




Lampiran 1 Asuhan keperawatan


 RANI CAHYA NUGRAHA, S.Kep., Ners
 NIP. 19810110 200501 2 011

**FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa : Alim mas darul
 Tempat Praktik : Cendana
 Tanggal : 4 Nov 2024

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama	: Tn. S	(LP)
2. Tempat/tanggal lahir	: Banyumas / 11-12-1960	
3. Golongan darah	: A ⁺ B/AB	
4. Pendidikan terakhir	: SD SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3	
5. Agama	: Islam	
6. Suku	: Jawa	
7. Status perkawinan	: kawin	
8. Pekerjaan	: belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)	
9. Alamat	: Serabutan	
10. Diagnosa medik	: Karang tengah RT 003/002 Kembangan PPok	

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama	: Ny. T
2. Umur	: 50 Tahun
3. Jenis kelamin	: Perempuan
4. Agama	: Islam
5. Suku	: Jawa
6. Hubungan dengan klien	: Anak
7. Pendidikan terakhir	: SMA
8. Alamat	: Karang tengah

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

- Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
pasien mengatakan Sesak napas
- Faktor pencetus :
Perokok
- Lamanya keluhan : Sejak satu bulan yang lalu
- Timbulnya keluhan : () bertahap (✓) mendadak
- Faktor yang memperberat : Ketika aktivitas berlebih

B. Status kesehatan masa lalu :

- Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :

SPPN UNAIC

57

2. Kecelakaan : Tidak ada
Tidak pernah

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : Hipertensi
2. Waktu : Tahun 2021
3. Riwayat operasi : Tidak ada

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri
Klien mengatakan Sehat itu penting dan ingin sehat dan senibuk
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
Pasien mengatakan mengetahui penyakit yang di derita
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
Pasien mengatakan mengurangi konsumsi tinggi lemak
 - 2). Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
Pasien mengatakan jika sakit langsung berobat ke Dr. terdekat atau RS
 - 3). Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - a). Yang dilakukan bila sakit
ke rumah sakit
 - b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit
ke Puskesmas atau rumah sakit
 - c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)
Merokok : ... 1 ... pak/hari, lama : ... 55 ... tahun
Alkohol : , lama Tahun
Kebiasaan olah raga, jenis : ... Badminton , frekuensi : ... 1 x sehari

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	-	-	-

- d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
- 1). Penghasilan : ± 2.000.000
 - 2). Asuransi/jaminan kesehatan : BPJS Non PO
 - 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal : Klien mengatakan lingkungan tempat tinggal bersih

-Tidak ada.....
 2. Kecelakaan :Tidak pernah.....

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : Hipertensi
 2. Waktu : Tahun 2021
 3. Riwayat operasi : Tidak ada

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri
 klien menyatakan Sehat itu Penting dan ingin sehat dan Sembuh
 2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
 pasien menyatakan mengetahui penyakit yang diderita
 3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
 pasien mengatakan mengurangi konsumsi tinggi lemak
 2). Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
 pasien menyatakan jika sakit langsung berobat ke Dr. fardikur atau RS
 3). Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 a). Yang dilakukan bila sakit
 ke rumah sakit
 b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit
 ke Fayankes atau rumah sakit
 c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)
 Merokok : ...1... pak/hari, lama : ...55... tahun
 Alkohol : , lama..... Tahun
 Kebiasaan olah raga, jenis : ...Badminton..., frekuensi : 1 x sehari

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	-	-	-

d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1). Penghasilan : ± 2.000.000
 2). Asuransi/jaminan kesehatan : BPJS Non PDI
 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal : klien mengatakan lingkungan tempat tinggal bersih

2. Nutrisi, cairan dan metabolik

a. Gejala (subyektif)

- 1). Diet biasa (tipe) : Rendah lemak jumlah makan/hari : 3x / hari
- 2). Pola diit : Nasi makan terakhir : maghrib / 18.00
- 3). Nafsu/selera makan : Baik Mual : Ya (Tidak) waktu :
- 4). Muntah : (✓) tidak ada () ada, jumlah :
Karakteristik : -
- 5). Nyeri ulu hati : (✓) tidak ada () ada,
Karakter/penyebab : -
- 6). Alergi makanan : (✓) tidak ada () ada
- 7). Masalah mengunyah/menelan : (✓) tidak ada
() ada, jelaskan
- 8). Keluhan demam : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 9). Pola minum/cairan : jumlah minum 5 gelas / hari
Cairan yang biasa diminum air bening
- 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan

b. Tanda (obyektif)

- 1). Suhu tubuh 36.6 °C
Diaphoresis : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 2). Berat badan : 60 kg Tinggi badan : 160 cm
Turgor kulit : < 3 detik Tonus otot : Baik
- 3). Edema : (✓) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
- 4). Ascites : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 5). Integritas kulit perut Kering Lingkar abdomen cm
- 6). Distensi vena jugularis : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 7). Hernia/masa : (✓) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
- 8). Bau mulut/halitosis : (✓) tidak ada () ada
- 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :
Baik

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

a. Gejala subyektif:

- 1). Dispneu : () tidak ada (✓) ada, jelaskan sesak saat aktivitas
- 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak aktivitas / istirahat
- 3). Pemajanan terhadap udara berbahaya : Tidak ada
- 4). Penggunaan alat bantu : () tidak ada (✓) ada,
Oksigen Nasal Kanul 4 lpm

b. Tanda obyektif :

- 1). Pernafasan : frekuensi 20x/mnt Kedalaman normal
Simetris
- 2). Penggunaan alat bantu nafas onsigen nasal kanul 4 lpm
Nafas cuping hidung Tidak ada
- 3). Batuk : ada Sputum (karakteristik) lendir berwarna putih
- 4). Fremitus : Tidak ada Bunyi nafas wheezing dan Ronchi
- 5). Egofoni : Tidak ada Sianosis : Tidak ada

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif :

- 1). Kegiatan dalam pekerjaan Klien menyatakan sedang buruh
- 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a). Pergerakan tubuh Sesak saat beraktivitas
 - b). Kemampuan merubah posisi : (✓) mandiri () perlu bantuan,
Jelaskan
 - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
(✓) mandiri () perlu bantuan, jelaskan
- 3). Toileting (BAB/BAK) : (✓) mandiri () perlu bantuan, jelaskan
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : () tidak ada (✓) ada,
Jelaskan Saat berjalan, Saat olahraga, Saat bekerja
- 5). Mudah merasa kelelahan : () tidak ada (✓) ada, jelaskan Saat sesan menjadi mudah lelah
- 6). Toleransi terhadap aktivitas : () baik (✓) kurang, jelaskan karena Saat aktivitas terasa sesak dan nyeri dada

b. Tanda obyektif :

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati Pasien mau berusaha duduk
- 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi) Status mental baik
- 3). Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : () tidak (✓) ya, jelaskan Tampilan berbaring
 - b). Kerapian berpakaian Baik
- 4). Pengkajian neuromuskuler :

Masa/tonus :	<u>Baik</u>
Kekuatan otot :	<u>Baik 5/5</u>
Rentang gerak :	<u>Baik</u>
Deformitas :	<u>Tidak ada</u>
- 5). Bau badan : Tidak ada Bau mulut : Tidak ada
Kondisi kulit kepala : Bersih
Kebersihan kuku : kuku bersih, pendek

5. Istirahat

a. Gejala subyektif :

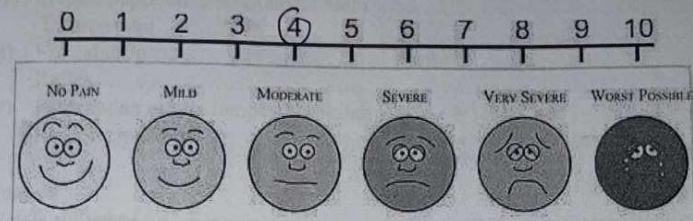
- 1). Kebiasaan tidur Sebelum sakit teratur, Saat dirawat Susah tidur
Lama tidur sebelum dirawat 5-6 jam/hari, Saat dirawat tidak bisa tidur
- 2). Masalah berhubungan dengan tidur

- a). Insomnia : () tidak ada (✓) ada
 b). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : (✓) tidak ada () ada,
 Jelaskan
 c). Lain-lain, sebutkan
- b. Tanda obyektif:
- 1). Tampak mengantuk/mata sayu : (✓) tidak ada () ada, jelaskan.....
 - 2). Mata merah : (✓) tidak ada () ada
 - 3). Sering menguap : (✓) tidak ada () ada
 - 4). Kurang konsentrasi : (✓) tidak ada () ada
6. Sirkulasi
- a. Gejala subyektif:
- 1). Riwayat hipertensi dan masalah jantung : () tidak ada (✓) ada,
 Jelaskan Riwayat HT 3 tahun lalu
 - 2). Riwayat edema kaki : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 3). Flebitis Tidak ada () Penyembuhan lambat
 - 4). Rasa kesemutan saat setelah aktivitas
 - 5). Palpitasi Tidak ada
- b. Tanda obyektif:
- 1). Tekanan darah 147/83 mmHg
 - 2). Mean Arteri Pressure (MAP) : 104
 - 3). Nadi :
 - a). Karotis : Teraba
 - b). Femoralis : Tidak teraba
 - c). Popliteal : Tidak teraba
 - d). Jugularis : Teraba
 - e). Radialis : Teraba
 - f). Dorsal pedis : Teraba
 - g). Bunyi jantung 1up dup Frekuensi : 92/mnt
 Irama : Reguler Kualitas : -
 - h). Murmur : Tidak ada Gallop : Tidak ada
 - i). Pengisian kapiler : < 3 det
 Varises : Tidak ada Phlebitis : Tidak ada
 - j). Warna membrane mukosa : merah muda Bibir : kenyal
 Konjungtiva : Tidak anemis (merah muda) Sklera : Tidak ikterik
 Punggung kuku : merah muda
7. Eliminasi
- a. Gejala subyektif:
- 1). Pola BAB : frekuensi : 1 x/hari konsistensi : lunak
 - 2). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : Tidak ada
 - 3). Kesulitan BAB : konstipasi : Tidak ada
 Diare : Tidak ada

- 4). Penggunaan laksatif : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Waktu BAB terakhir : ... pagi, jam 7
- 6). Riwayat perdarahan : ... Tidak ada
- Hemorrhoid : ... Tidak ada
- 7). Riwayat inkontinensia alvi : ... Tidak ada
- 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : ... Tidak ada
- 9). Riwayat penggunaan diuretik : ... Tidak ada
- 10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : ... Tidak ada
- 11). Kesulitan BAK : ... Tidak ada
- b. Tanda obyektif :
- 1). Abdomen :
- a). Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak, jelaskan
- b). Auskultasi : bising usus ... 15 x/mnt Bunyi abnormal : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- c). Perkusi
- Bunyi timpani () tidak ada ☒ ada
- Kembung ☒ tidak ada () ada
- Bunyi abnormal ☒ tidak ada () ada
- Jelaskan
- d). Palpasi :
- Nyeri tekan : ... Tidak ada
- Nyeri lepas : ... Tidak ada
- Konsistensi : ... lunak / keras : ... lunak
- Massa : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- Pola BAB : konsistensi ... lunak ... warna ... kuning
- Abnormal : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- Pola BAK : dorongan ... Tidak ada ... Frekuensi ... 3-5 x/hari
- Retensi ... Tidak ada
- Distensi kandung kemih : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- e). Karakteristik urin : ... kuning
- Jumlah ... 1350 cc ... Bau ... khos
- f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan ...
Tidak terpasang kolostomi

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif:



1). Adanya nyeri

P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri).....
saat beraktivitas

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan).....
seperti ditusuk

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)
ada bagian tengah

S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 – 10)
4

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya)
hilang timbul

2). Rasa ingin pingsan/pusing : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

3). Sakit kepala : lokasi nyeri
Tidak ada
 Frekuensi :
Tidak ada

4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi
Paha sebelah kiri

5). Kejang : (✓) tidak ada () ada
 Jelaskan

Cara mengatasi :

6). Mata : penurunan penglihatan (✓) tidak ada () ada,
 Jelaskan

7). Pendengaran : penurunan pendengaran (✓) tidak ada () ada,
 Jelaskan

8). Epistaksis : (✓) tidak ada () ada
 Jelaskan

b. Tanda obyektif:

1). Status mental:

Kesadaran : (✓) komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma

2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E)
4
 Respon motorik (M)
6 respon verbal (V)
5

3). Terorientasi/disorientasi : waktu
Baik
 Tempat
Baik Orang
Baik

4). Persepsi sensori : ilusi
Tidak ada halusinasi
Tidak ada

Delusi
Tidak ada Afek
Tidak ada Jelaskan

5). Memori :
 Saat ini
Baik

- Masa lalu
- 6). Alat bantu penglihatan/pendengaran : (✓) tidak ada () ada, sebutkan.....
- 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki-/-
Ukuran pupil4mm
- 8). Fascial drop Postur
- Reflek
- 9). Penampilan umum tampak kesakitan : (✓) tidak ada () ada
Respon emosional penyempitan fokus

9. Keamanan

a. Gejala subyektif :

- 1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :
Obat-obatan :Tidam ada
Makanan :Tidam ada
- 2). Riwayat penyakit hubungan seksua : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Riwayat tranfusi darahTidam ada
Riwayat adanya reaksi tranfusiTidam ada
- 4). Riwayat cedera : (✓) tidak ada () ada, sebutkan
- 5). Riwayat kejang : (✓) tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif :

- 1). Suhu tubuh36,6 °C Diaforesis
- 2). Integritas jaringanTidam ada
- 3). Jaringan parut : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Kemerahan/pucat : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Adanya luka : luasTidam ada kedalaman.....
Drainase purulen
Peningkatan nyeri pada luka
- 6). Ekimosis/tanda perdarahan lainTidam ada
- 7). Faktor resiko terpasang alat invasive : (✓) tidak ada () ada, jelaskan ...
- 8). Gangguan keseimbangan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 9). Kekuatan umumBaik tonus ototBaik
Parese/paralisa

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif :

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksualbaik
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)
.....Tidam ada

- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis
Gangguan prostat ... *Tidak ada.*
- 5). Pengkajian pada perempuan
a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)
.....
b). Riwayat kehamilan
.....
c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
.....
- b. Tanda obyektif :
1). Pemeriksaan payudara/penis/testis
.....
2). Kutil genital, lesi
.....*Tidak ada.*
11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping
a. Gejala subyektif :
1). Faktor stress
.....*Tidak ada.*
- 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu).....
.....*musyawarah dengan keluarga.*
- 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)
.....*meminta pendapat orang lain*
- 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
.....
- 5). Perasaan cemas/takut : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 6). Perasaan ketidakberdayaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 7). Perasaan keputusasaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 8). Konsep diri :
a). Citra diri : *klien menyatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya*
- b). Ideal diri : *klien berharap cepat sembuh dari penyakitnya*
- c). Harga diri : *klien tidak merasa harga dirinya rendah selama sakit*
- d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : *Tidak ada.*
- e). Konflik dalam peran : *Tidak ada.*
- b. Tanda obyektif :

- 1). Status emosional : (✓) tenang, () gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung
- 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah
Tidak ada

12. Interaksi sosial

a. Gejala subyektif:

- 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh
Istri
- 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah
Istri
- 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (✓) tidak ada () ada, sebutkan
- 4). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (✓) tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda obyektif:

- 1). Kemampuan berbicara : (✓) jelas () tidak jelas
Tidak dapat dimengerti Afasia
- 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan
Tidak ada
- 3). Penggunaan alat bantu bicara
Tidak ada
- 4). Adanya trakeostomi
Tidak ada
- 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain
Baik
- 6). Perilaku menarik diri : (✓) tidak ada () ada,
Sebutkan

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a. Gejala subyektif:

- 1). Sumber kekuatan bagi klien : diri sendiri
- 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : Sholat
frekuensi 5 waktu sebelum dirawat
- 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat
Kadang Sholat kadang enggan
- 5). Pemecahan oleh klien
- 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :
(✓) tidak ada () ada, jelaskan

b. Tanda obyektif :

- 1). Perubahan perilaku Tidak ada
- 2). Menolak pengobatan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

Data Penunjang

1. Laboratorium
Hb: 12.7, Leukosit = 3650, Ht = 38.2, Trombosit = 201000.
PMN: 45, ureum = 25-90, kreatinin 1.11, Glukosa = 91.7
kalsium = 8.6 Natrium = 1317, kalium = 4.22, klorida = 98
2. Radiologi
Thorax
Cordak membesar
Broncho pneumonia DO / TB paru
3. EKG
4. USG
5. CT Scan
6. Pemeriksaan lain
7. Obat-obatan
Inj. levofloxacin 750 mg / 24 jam, Ampisilin sulbactam 1.5 g / 8 jam
Oral = 40 mg / 24 jam MP = 62.5 mg / 24 jam, Oct 1g / 8 jam jika demam
Acetylsalicylic 3x1 kap, curcuma 3x1 tab. Nebu Pulmicort / 8 jam, 02 41pm
8. Diet

ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	4 November 2024 Jam 08.30	DS : - Pasien mengatakan sesak - Pasien mengatakan batuk hilang timbul DO : - Tampak sputum berlebih - Batuk tidak efektif - Bunyi napas tambahan (wheezing) - RR : 20 x/menit - SpO ₂ : 98 % - Terpasang O ₂ NK 4 lpm	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif (0.0001)
2.	4 November 2024 Jam 08.30	DS : - Pasien mengeluh nyeri dada - P : Saat sesak dada terasa nyeri Q : Nyeri seperti ditusuk R : dada tengah S : skala 4 T : Hilang timbul DO : - Tampak meringis - Tampak gelisah - Bersikap protektif menghindari nyeri - TD : 147/83 mmHg - N : 92 x/menit	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (0.0077)

ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
3.	4 Nov 2024 jam 08-30	Ds : - Pasien mengatakan sesak saat aktivitas dan sesak berkurang ketika istirahat - Pasien mengeluh mudah lelah Do : - Tampak lemah - Nadi : 92 x/menit - TD : 149 / 83 mmHg -	ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas (D.0056)

Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Diagnosa

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Prioritas
1.	1 Nov 2024 Jam 08.30	Bersihan Jalan napas tidak efektif b.d Hipersekresi Jalan napas d.d Pasien mengatakan sesak, batuk hilang timbul, tampak sputum berlebih, batuk tidak efektif, wheezing, RR 20 x/menit, SpO ₂ 98 %, terpasang O ₂ NK 1 Lpm	1
2.	1 Nov 2024 Jam 08.30	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d Pasien mengeluh nyeri dada, tampak meringis, gelisah, bersikap protektif, TD : 149/83 mmHg, KI 92 x/menit.	2
3.	1 Nov 2024 Jam 08.30	Intoleransi aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara Suplai dan kebutuhan oksigen d.d pasien mengatakan sesak saat aktivitas, tampak lemas.	3

RENCANA KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	4 Nov 2024 08.50	Bersihan Jalan napas tidak efektif	<p>Bersihan Jalan Napas (L01001)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Kriteria hasil IR ER</p> <p>Batuk efektif 2 5</p> <p>Keterangan:</p> <p>1 menurun 1 cukup meningkat</p> <p>2 cukup menurun 5 meningkat</p> <p>3 sedang</p> <p>Kriteria hasil IR ER</p> <p>produksi sputum 2 5</p> <p>wheezing 2 5</p> <p>Keterangan:</p> <p>1 meningkat 1 cukup menurun</p> <p>2 cukup meningkat 5 menurun</p> <p>3 sedang</p> <p>Kriteria hasil IR ER</p> <p>Dispnea 2 5</p> <p>gelisah 2 5</p> <p>Keterangan:</p> <p>1 membunuh 1 cukup membaik</p> <p>2 cukup membunuh 5 membaik</p> <p>3 sedang</p>	<p>Manajemen Jalan Napas (1.01011)</p> <p>observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi fowler atau fowler - Berikan oksigen <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik batuk efektif - Ajarkan terapi pursed lip breathing - Kolaborasi pemberian bronkodilator



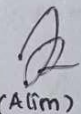
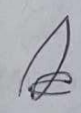

RENCANA KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI															
2	4 Nov 2024 Jam 08.50	Nyeri akut	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <table><tr><td>Kriteria hasil</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Sikap protektif</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none">1 meningkat2 cukup meningkat3 sedang4 cukup menurun5 menurun	Kriteria hasil	IR	ER	Keluhan nyeri	2	5	Meringis	2	5	Sikap protektif	2	5	Gelisah	2	5	<p>Manajemen Nyeri (L.08238)</p> <p>observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi PQRST nyeri- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam)- Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan penyebab nyeri- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian analgetik
Kriteria hasil	IR	ER																	
Keluhan nyeri	2	5																	
Meringis	2	5																	
Sikap protektif	2	5																	
Gelisah	2	5																	




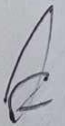

RENCANA KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI																																					
3	4 Nov 2024 Jam 08.50	Intoleransi aktivitas	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <table><tr><td>Kriteria hasil</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>Keluhan lelah</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Dispnea Saat aktivitas</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Perasaan lemah</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <table><tr><td>1 meningkat</td><td>4 cukup menurun</td></tr><tr><td>2 cukup meningkat</td><td>5 menurun</td></tr><tr><td>3 sedang</td><td></td></tr></table> <table><tr><td>Kriteria hasil</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>frekuensi nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Saturasi oksigen</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <table><tr><td>1 menurun</td><td></td></tr><tr><td>2 cukup menurun</td><td></td></tr><tr><td>3 sedang</td><td></td></tr><tr><td>4 cukup meningkat</td><td></td></tr><tr><td>5 meningkat</td><td></td></tr></table>	Kriteria hasil	IR	ER	Keluhan lelah	2	5	Dispnea Saat aktivitas	2	5	Perasaan lemah	2	5	1 meningkat	4 cukup menurun	2 cukup meningkat	5 menurun	3 sedang		Kriteria hasil	IR	ER	frekuensi nadi	2	5	Saturasi oksigen	2	5	1 menurun		2 cukup menurun		3 sedang		4 cukup meningkat		5 meningkat		<p>Manajemen Energi (L.05178)</p> <p>observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- monitor kelelahan fisik- monitor kenyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Sediakan lingkungan nyaman- Fasilitasi duduk disamping tempat tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
Kriteria hasil	IR	ER																																							
Keluhan lelah	2	5																																							
Dispnea Saat aktivitas	2	5																																							
Perasaan lemah	2	5																																							
1 meningkat	4 cukup menurun																																								
2 cukup meningkat	5 menurun																																								
3 sedang																																									
Kriteria hasil	IR	ER																																							
frekuensi nadi	2	5																																							
Saturasi oksigen	2	5																																							
1 menurun																																									
2 cukup menurun																																									
3 sedang																																									
4 cukup meningkat																																									
5 meningkat																																									

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1	4 Nov 2024 Jam 09.00	- Memonitor Pola napas - memonitor bunyi napas	S : Pasien mengatakan sesak O : - RR 20 x/menit - SpO ₂ 98 % - bunyi napas tambahan wheezing - terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm	 (Alim)
2.	Jam 09.10	- Mengidentifikasi PQRST nyeri - Mengidentifikasi memperingan 8 yg memperberat nyeri	S : -p: nyeri dada ketika aktivitas Q : seperti ditusuk R : di dada tengah S : skala 4 ↑ : Hilang timbul (-) Pasien mengatakan nyeri berkurang saat istirahat.	 (Alim)
3.	Jam 09.20	- Memonitor kelelahan fisik - memonitor ketidaknyamanan saat aktivitas	O : - Tampak meningis - Tampak gelisah S : Pasien mengatakan lelah dan sesak saat aktivitas O : - Tampak lemah	 (Alim)
4.	Jam 10.00	- Memonitor tanda-tanda vital	S : - O : - TD : 149/83 mmHg - N : 92 x/menit - SpO ₂ : 98 % - RR : 20 x/menit - Suhu : 36.0 °C	 Alim
5.	Jam 11.00	Memposisikan semi fowler	S : pasien mengatakan lebih nyaman O : - Tampak gelisah berkurang - tampak sesak berkurang	 (Alim)



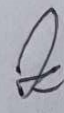
IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1.	5 Nov 2024 Jam 14.30	- Mengukur tanda-tanda vital - memonitor pola napas	S : Pasien mengatakan merasa sesak O : - RR : 21 x/menit - SpO ₂ : 94 % - TD : 135 / 60 - N : 30 x/menit - S : 36,2 °C - tidak terpasang O ₂	 (Alim)
2.	Jam 14.50	- Mengajarkan terapi Pursed Lip breathing	S : Pasien mengatakan lebih enak dan nyaman saat bernapas O : - Tampak sesak berkurang - RR : 20 x/menit - SpO ₂ : 97 %	 (Alim)
3.	Jam 16.30	- Memberikan obat Combivent : Pulmicort melalui nebulizer	S : Pasien mengatakan batuk menjadi lebih ringan O : - Tampak uap dihirup - Tampak kooperatif	 (Alim)
4.	Jam 16.45	- Memberikan obat injeksi levofloxacin 750 mg, injeksi ampicillin sulbactam 1,5 g, injeksi Omeprazole 40 mg.	S : Pasien mengatakan sakit saat obat masuk O : Tampak obat masuk melalui intravena	 (Alim)
5.	Jam 17.20	- Mempasilitasi duduk disamping tempat tidur	S : Pasien mengatakan masih merasa sedikit sesak O : Tampak duduk dengan hati-hati	 (Alim)


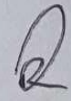

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1	6 Nov 2024 Jam 14.50	- Monitor pola napas	S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak O : - RR : 20 x/menit - SpO ₂ : 98 % - Tampak sesak berkurang - tidak terpasang oksigen nasal kanul	(Alim)
2	Jam 15.00	- Mengajarkan relaksasi napas dalam	S : Pasien merasa nyaman dan nyeri berkurang O : - Tampak tidak gelisah	(Alim)
3	Jam 15.20	- Memonitor PQRST nyeri	S : P : nyeri saat aktivitas berkurang Q : seperti ditusuk berkurang R : di dada S : skala 2 T : hilang timbul O : - Tampak meringis berkurang - sikap protektif berkurang	(Alim)
4	Jam 16.00	Mengajarkan aktivitas secara bertahap	S : Pasien mengatakan sudah bisa berjalan tanpa nyeri & sesak O : Tampak aktivitas meningkat	(Alim)

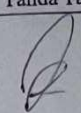
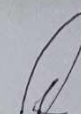
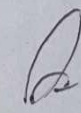
CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1	5 November 2024	Bersihkan jalan napas tidak efektif	S : Pasien mengatakan sesak berkurang O : - tidak terpasang nasal kanul - RR 20 x/menit - SpO ₂ 92 % A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	 Alim
2	6 Nov 2024	Nyeri akut	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang - skala 3 O : - Tampak gelisah dan menangis berkurang A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	 Alim
3	5 Nov 2024	Intoleransi aktivitas	S : Pasien sudah bisa duduk, sesak berkurang O : Tampak duduk disamping tempat tidur A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjut intervensi	 Alim

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1.	4 November 2024	Bersihan Jalan napas tidak efektif	<p>S : Pasien mengatakan sesak dan batuk hilang timbul</p> <p>O : - Tampak sputum berlebih</p> <p>- batuk tidak efektif</p> <p>- RR 20 x/menit</p> <p>- SpO₂ 98 %</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	 Alim
2.	4 Nov 2024	Nyeri akut	<p>S : P : nyeri saat beraktivitas</p> <p>Q : seperti ditusuk</p> <p>R : di dada tengah</p> <p>S : skala 4</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : - Tampak meringis</p> <p>- Tampak gelisah</p> <p>- TD : 147/83 mmHg</p> <p>- N : 92 x/menit</p>	 Alim
3.	4 Nov 2024	Intoleransi aktivitas	<p>S : Pasien mengatakan sesak saat aktivitas</p> <p>O : - Tampak lemah</p> <p>- Nadi : 92 x/menit</p> <p>- TD : 149/83 mmHg</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjut intervensi</p>	 Alim

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan
1.	6 Nov 2024	Bersihkan jalan napas tidak efektif	S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak O : - Tampak tidak sesak - RR : 20 x/menit - SpO ₂ : 98 % A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	 Alim
2.	6 Nov 2024	Nyeri akut	S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri - skala 2 O : - tampak tidak meningis A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	 Alim
3	6 Nov 2024	Intoleransi aktivitas	S : Pasien sudah bisa bergerak tanpa sesak O : Tampak gerakan pelan A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	 Alim

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) Teknik <i>PURSED LIPS BREATHING</i>	
1	2
Pengertian	<i>Purse lips breathing</i> adalah latihan pernapasan dengan menghirup udara melalui hidung dan mengeluarkan udara dengan cara bibir lebih dirapatkan atau dimonyongkan dengan waktu ekshalasi lebih di perpanjang. Terapi rehabilitasi paru-paru dengan <i>purse lips breathing</i> ini adalah cara yang sangat mudah dilakukan, tanpa memerlukan alat bantu apapun, dan juga tanpa efek negatif seperti pemakaian obat-obatan (Suzanne c. Smeltzer, 2013).
Tujuan	Meningkatkan kemampuan otot-otor pernapasan, meningkatkan ventilasi paru, memperbaiki oksigenisasi (Suzanne c. Smeltzer, 2013).
Prosedur : Persiapan alat	a. Jam Detik b. Buku catatan. c. Alat tulis. d. Lembar informed consent
Preinteraksi	a. Cek catatan keperawatan dan catatan medis pasien b. Cuci tangan c. Siapkan alat yang diperlukan
Tahap Orientasi	a. Lakukan kebersihan tangan sesuai dengan SOP. b. Sampaikan salam dan memperkenalkan diri. c. Lakukan identifikasi pasien sesuai dengan SOP. d. Sampaikan maksud dan tujuan tindakan. e. Jelaskan langkah dan prosedur tindakan. f. Kontrak waktu dengan pasien. g. Tanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan. h. Berikan privasi untuk pasien jika pasien membutuhkan.
Tahap kerja	a. Atur posisi pasien dalam posisi semi <i>fowler</i> . b. Instruksikan pasien untuk mengambil napas dalam, kemudian mengeluarkannya secara perlahan-lahan melalui bibir yang membentuk seperti huruf O. c. Ajarkan bahwa pasien perlu mengontrol fase ekshalasi lebih lama dari fase inhalasi. d. Menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat lalu jaga mulut agar tetap tertutup selama inspirasi dan tahan napas selama
Terminasi	a. Beritahukan kepada pasien bahwa teknik pernapasan <i>Pursed Lips Breathing</i> telah selesai b. Berikan reinforcement positif kepada pasien c. Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya d. Bereskan alat-alat e. Cuci tangan
Dokumentasi	Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan

Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur

Lampiran 3 Informed Consent

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang akan dilakukan oleh:

Nama : Alim Mas Darul, S.Kep

NIM : 41111241016

Setelah mendapat penjelasan, saya menyatakan bersedia dengan sukarela menjadi responden dengan menjawab pertanyaan jujur, terhadap penelitian kian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis Dengan Masalah Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Dan Penerapan Pursed Lips Breathing Di Rumah Sakit Margono Soekardjo”.

Jawaban yang saya berikan hanya untuk keperluan penelitian.

Demikian surat pernyataan ini saya buat.

Cilacap, 2025


Responden

Lampiran 4 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Alim mas Darul
 NIM : 41111241016
 Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Posisi Ppoc dengan masalah Bersihan jalan napas + Bore efektif

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	17/2/2025	Konsul BAB I dan II	At
2.	5/7/2025	Revisi BAB I dan Pathway	At
3.	9/7/2025	Konsul lengkap	At
4.	11/7/2025	Acc ujian Hasil	At

Pembimbing,

 (Todekum)

3

LOGBOOK BIMBINGAN KIAN PROFESI NERS UNIAJ

