

Lampiran 1 SOP Teknik *Pursed Lips Breathing*

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	<ul style="list-style-type: none"> a. Jam Detik b. Buku catatan. c. Alat tulis. d. Lembar informed consent
Preinteraksi	<ul style="list-style-type: none"> a. Cek catatan keperawatan dan catatan medis pasien b. Cuci tangan c. Siapkan alat yang diperlukan
Tahap Orientasi	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN NY. S DENGAN PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) DIRUANG FLAMBOYAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PREMBUN 2023**

**Diajukan untuk memenuhi Tugas Praktik Profesi Ners
Keperawatan Medikal Bedah**



Disusun Oleh :

IIN MARLINA, S.Kep

NIM. 41121231012

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
TAHUN 2024**

A. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. S L/P
Tempat/tanggal lahir : Kebumen, 04-05-1961
Golongan darah : A/O/B/AB
Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3
Agama : Islam
Suku : Jawa
Status perkawinan : Kawin/~~belum~~/janda/duda (cerai : hidup/mati)
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)
Alamat : Sirnobojo, RT 03/01 Bonoworo Kebumen
Diagnosa medik : Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK)

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. A
Umur : 35 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Suku : Jawa
Hubungan dengan pasien : Menantu
Pendidikan terakhir : SMA
Alamat : Krajan, RT 004/002 Kebumen

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Pasien datang dari IGD tanggal 29 Oktober 2023 pukul 20.50 WIB dengan keluhan sesak napas, lemas, mual dan muntah.
2. Faktor pencetus : PPOK
3. Lama keluhan : Mual muntah 2 hari
4. Timbulnya keluhan : (√) bertahap () mendadak
5. Faktor yang memperberat : Ketika banyak bergerak

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :
Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi
2. Kecelakaan :
Pasien mengatakan tidak ada riwayat kecelakaan

c. Pernah dirawat

1. Penyakit : PPOK
2. Waktu : 2 tahun yang lalu
3. Riwayat operasi : Pasien mengatakan tidak ada riwayat operasi

3. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

a. Persepsi dan Pemeliharaan Fisik

- 1) Persepsi tentang kesehatan diri
Pasien mengatakan kesehatan merupakan satu hal yang sangat penting.
- 2) Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
Pasien mengatakan mengetahui penyebab sakit yang dialami dan apa saja yang harus dihindari dan dilakukan.
- 3) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - a) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
Pasien mengatakan melakukan diet yang adekuat
 - b) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
Pasien mengatakan rutin kontrol 1 bulan sekali
 - c) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - 1) Yang dilakukan bila sakit
Pasien mengatakan jika sakit meriang biasa pasien akan menambah asupan cairan dan nutrisi dan ke pelayanan kesehatan.

2) Kemana pasien biasa berobat bila sakit

Pasien mengatakan jika sakit tidak sembuh-sembuh, pasien akan periksa ke Puskesmas atau Rumah Sakit

3) Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olahraga)

Merokok : - (pak/hari), lama : - (tahun)

Alkohol : - lama : - (tahun)

Kebiasaan olah raga, jenis : - , frekuensi : -

d) Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

1) Penghasilan : Tidak terkaji

2) Asuransi/jaminan kesehatan : BPJS

3) Keadaan lingkungan tempat tinggal : Nyaman

b. Nutrisi, Cairan dan Metabolik

1. Gejala (subyektif)

a) Diet biasa (tipe) : Nasi Jumlah makan/hari : 3x sehari

b) Pola diit : TKTP Makan terakhir : pagi hari

c) Nafsu/selera makan : Nafsu makan kurang. Mual : Ya/Tidak,
waktu : mencium aroma makanan

d) Muntah:() tidak ada (√) ada, jumlah : ± 200 cc

Karakteristik : Cairan makanan

e) Nyeri uluh hati : (√) tidak ada () ada

Karakter/penyebab : -

f) Alergi makanan : (√) tidak ada () ada

g) Masalah mengunyah/menelan : (√) tidak ada () ada

Jelaskan : -

h) Keluhan demam : (√) tidak ada () ada

Jelaskan : -

i) Pola minum/cairan : Jumlah minum ± 1-2 liter

j) Cairan yang biasa diminum air putih

k) Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : (√) tidak ada () ada

Jelaskan : -

5. Tanda (obyektif)

a) Suhu tubuh = 36,9 °C

Diaphoresis : () tidak ada (√) ada

Jelaskan : Pasien mengatakan mengalami keringat dingin setiap sore hari dan malam hari

b) Berat badan : 52 kg Tinggi badan = 150 cm

Turgor kulit : Baik, 1 detik Tonus otot = kuat

c) Edema : (√) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik

d) Acites : (√) tidak ada () ada, Jelaskan

e) Integritas kulit perut = elastis

Lingkar abdomen = tidak terkaji

f) Distensi vena jugularis : (√) tidak ada () ada, Jelaskan

g) Hernia/masa : (√) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik

h) Bau mulut/halitosis : (√) tidak ada () ada

i) Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :

(-) sianosis, (-) luka, mukosa bibir kering, lidah bersih, gigi lengkap.

c. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

1. Gejala subyektif :

a) Dispneu : () tidak ada (√) ada, jelaskan pasien mengatakan sesak napas setelah beraktivitas

b) Yang meningkatkan/mengurangi sesak : pasien mengatakan yang meningkatkan sesak napas yaitu asap, debu, setelah beraktivitas

c) Pemajanan terhadap udara berbahaya : tidak ada

d) Penggunaan alat bantu : () tidak ada (√) ada, pasien terpasang alat bantu napas nasal kanul 3 l/menit

2. Tanda obyektif :

a) Pernafasan = frekuensi 26 x/menit Kedalaman = napas cepat dan dangkal

Simetris = simetris kanan dan kiri

b) Penggunaan alat bantu nafas = nasal kanul 5 L/menit

Nafas cuping hidung = ada

- c) Batuk = tidak ada sputum (karakteristik) : tidak ada
- d) Fremitus = taktil fremitus Bunyi nafas = wheezing
- e) Egofoni = tidak ada Sianosis = tidak ada

d. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

1. Gejala subyektif :

- a) Kegiatan dalam pekerjaan = pasien adalah seorang ibu rumah tangga
- b) Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - 1) Pergerakan tubuh = terbatas
 - 2) Kemampuan merubah posisi : () mandiri (√)perlu bantuan, jelaskan = aktivitas pasien dibantu oleh keluarga
 - 3) Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll) () mandiri (√) perlu bantuan, jelaskan = karena ketika beraktivitas pasien akan merasa sesak
 - 4) Toileting (BAB/BAK) : () mandiri (√) perlu bantuan jelaskan = pasien mengatakan jika ke kamar mandi dibantu keluarga
 - 5) Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : () tidak ada(√) ada, jelaskan = Pasien mengatakan sesak napas setelah beraktivitas
 - 6) Mudah merasa kelelahan : () tidak ada (√) ada, jelaskan = Pasien mengatakan mudah lelah melakukan kegiatan
 - 7) Toleransi terhadap aktivitas : () baik (√) kurang, jelaskan = Pasien mengatakan mudah lelah dan setelah beraktivitas merasa sesak napas

2. Tanda obyektif :

- a) Respon terhadap aktivitas yang teramati = pasien kooperatif
- b) Status mental (misalnya menarik diri, letargi) = pasien tidak ada gangguan mental
- c) Penampilan umum :
 - 1) Tampak lemah : () tidak (√) ya, jelaskan

= Pasien tampak lemah, sesak napas dan berbaring di tempat tidur

2) Kerapian berpakaian = cukup rapih

d) Pengkajian neuromuskuler :

Masa/tonus : lemah

Kekuatan otot : lemah

Rentang gerak : terbatas

Deformitas : tidak ada

e) Bau badan : tidak ada

Bau mulut : tidak ada

Kondisi kulit kepala : Cukup bersih

Kebersihan kuku : Cukup bersih

e. Istirahat

1. Gejala subyektif :

a) Kebiasaan tidur = pasien mengatakan sebelum sakit tidur tidak terganggu, saat sakit tidak bisa tidur

Lama tidur = pasien mengatakan tidur 4-6 jam

b) Masalah berhubungan dengan tidur

1) Insomnia : () tidak ada () ada

2) Kurang puas/segar setelah bangun tidur : () tidak ada
() ada

3) Lain-lain, sebutkan

2) Tanda obyektif :

a) Tampak mengantuk/mata sayu () tidak ada (-) ada

b) Mata merah () tidak ada (-) ada

c) Sering menguap () tidak ada (-) ada

d) Kurang konsentrasi () tidak ada (-) ada

f. Sirkulasi

1) Gejala subyektif :

a) Riwayat hipertensi dan masalah jantung = () tidak ada () ada, jelaskan

= Pasien mengatakan ada riwayat hipertensi

- b) Riwayat edema kaki = (√) tidak ada () ada, jelaskan
- c) Flebitis = Pasien mengatakan tidak mengalami flebitis ()
Penyembuhan lambat
- d) Rasa kesemutan = Pasien mengatakan tidak merasa kesemutan
- e) Palpitasi = Pasien mengatakan tidak ada palpitasi

2) Tanda obyektif :

- a) Tekanan darah= 160/90 mmHg
- b) *Mean Arteri Pressure* (MAP) : 116 mmHg

c) Nadi :

- 1) Karotis : Teraba
- 2) Femoralis : Teraba
- 3) Popliteal : Teraba
- 4) Jugularis : Teraba
- 5) Radialis : Teraba
- 6) Dorsal pedis : Teraba
- 7) Bunyi jantung : Lup Dup Frekuensi : 100x/menit
Irama : Irregular Kualitas : Baik
- 8) Murmur : (-) Gallop : (-)
- 9) Pengisian kapiler : < 2 detik
Varises : (-) Phlebitis : (-)
- 10) Warna membrane mukosa : Merah kehitaman
Bibir : Mukosa kering
Konjungtiva : Merah. (-) anemis
Sklera : (-) Ikterik
Punggung kuku : Merah Muda

g. Eliminasi

1) Gejala subyektif :

- a) Pola BAB : frekuensi : 2 hari sekali konsistensi : Lembek
- b) Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal :
terpasang kolostomi/ileostomy : Pasien mengatakan tidak ada
perubahan dalam kebiasaan BAB

- c) Kesulitan BAB : Konstipasi : Pasien mengatakan tidak ada konstipasi
Diare : Pasien mengatakan tidak ada diare
- d) Penggunaan laksatif : (√) tidak ada () ada, jelaskan
- e) Waktu BAB terakhir : Pasien mengatakan saat sebelum dirawat di Rumah Sakit
- f) Riwayat perdarahan : Pasien mengatakan tidak ada riwayat perdarahan
Hemoroid : Pasien mengatakan tidak ada hemoroid
- g) Riwayat inkontinensia alvi : Pasien mengatakan tidak ada inkontinensia alvi
- h) Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : Pasien mengatakan tidak ada terpasang kateter
- i) Riwayat penggunaan diuretik : Pasien mengatakan tidak ada penggunaan diuretik
- j) Rasa nyeri/terbakar saat BAK : Pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri /terbakar saat BAK
- k) Kesulitan BAK : Pasien mengatakan tidak ada kesulitan BAK

2) Tanda obyektif :

a) Abdomen :

1) Inspeksi : abdomen membuncit ~~ada~~/tidak, jelaskan abdomen rata berbentuk seperti dapan

2) Auskultasi : bising usus = 14 x/menit

Bunyi abnormal : (√) tidak ada () ada, jelaskan

3) Perkusi

Bunyi timpani () tidak ada (√) ada

Kembung (√) tidak ada () ada

Bunyi abnormal (√) tidak ada () ada

4) Palpasi :

Nyeri tekan : Tidak ada

Nyeri lepas : Tidak ada

Konsistensi : lunak/keras : lunak

Massa : (√) tidak ada () ada, jelaskan

Pola BAB : konsistensi = lunak Warna=kuning kecoklatan

Abnormal = (√) tidak ada () ada, jelaskan

Pola BAK : dorongan = tidak ada Frekuensi = 3 -5x/ hari

Retensi = tidak ada

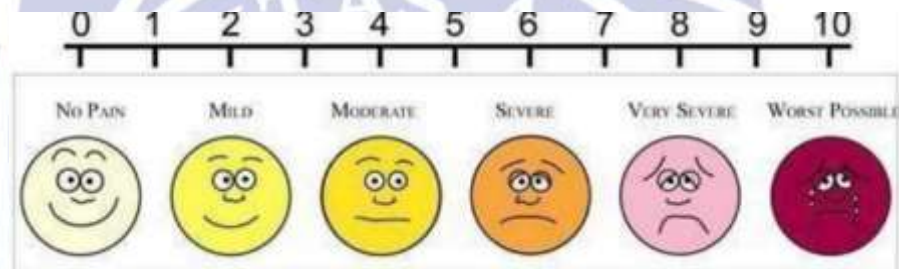
Distensi kandung kemih : (√) tidak ada () ada, jelaskan

5) Karakteristik urin : k kuning jernih

Jumlah = 200 cc Bau = ada

6) Bila terpasang kolostomi/ileustomi : keadaan = tidak ada

h. Neurosensori dan kognitif



1) Gejala subyektif :

a) Adanya nyeri

P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri) (-)

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsisifat nyeri yang dirasakan) (-)

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya) (-)

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

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya) (-)

b) Rasa ingin pingsan/pusing : (√) tidak ada () ada, jelaskan

c) Sakit kepala : lokasi nyeri = tidak ada

Frekuensi :tidak ada

d) Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi = tidak ada

e) Kejang : (√) tidak ada () ada

Cara mengatasi = (-)

f) Mata : penurunan penglihatan (√) tidak ada () ada

- g) Pendengaran : penurunan pendengaran () tidak ada () ada
- h) Epistaksis : () tidak ada () ada
- 2) Tanda obyektif :
- a) Status mental :
- Kesadaran : () komposmentis () apatis () somnolen () sopor
() koma
- b) *Glasgow Coma Scale* (GCS) : respon membuka mata (E) = 4,
respon motorik (M) = 6, respon verbal (V) = 5
- c) Terorientasi/disorientasi :
- Waktu = terorientasi baik
Tempat = terorientasi baik
Orang = terorientasi baik
- d) Persepsi sensori : ilusi = tidak ada halusinasi= tidak ada
Delusi = tidak ada Afek= tidak ada Jelaskan = (-)
- e) Memori :
- Saat ini = Pasien mengingat bahwa sekarang sedang dirawat di RS.
Masa lalu = Pasien mengingat pertama kalinya mengalami sesak napas
- f) Alat bantu penglihatan/pendengaran : () tidak ada () ada
- g) Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki = Isokor
Ukuran pupil = Tidak terkaji
- h) Fascial drop= Tidak ada Postur = Tegap
Reflek = Baik
- i) Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada () ada
Respon emosional = Tidak ada
Penyempitan fokus = Tidak ada

i. Keamanan

- 1) Gejala subyektif :
- a) Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :
- Obat-obatan : tidak ada alergi
Makanan : tidak ada alergi

- b) Riwayat penyakit hubungan seksual : (√) tidak ada () ada
- c) Riwayat tranfusi darah : tidak pernah
- d) Riwayat adanya reaksi tranfusi : tidak ada
- e) Riwayat cedera : (√) tidak ada () ada, sebutkan
- f) Riwayat kejang : (√) tidak ada () ada, sebutkan

2) Tanda Obyektif

- a) Suhu tubuh : 36,9 °C
Diaforesis : setiap sore hari dan malam hari
- b) Integritas jaringan : baik
- c) Jaringan parut : (√) tidak ada () ada, jelaskan
- d) Kemerahan/pucat : (√) tidak ada () ada, jelaskan
- e) Adanya luka : luas : tidak ada kedalaman : tidak ada
Drainase purulen : tidak ada
Peningkatan nyeri pada luka : tidak ada
- f) Ekimosis/tanda perdarahan lain : tidak ada
- g) Faktor resiko terpasang alat invasive : (√) tidak ada () ada
- h) Gangguan keseimbangan : (√) tidak ada () ada
- i) Kekuatan umum = lemah tonus otot : Lemah
Parese/paralisa : Tidak ada

j. Seksual dan reproduksi

1) Gejala subyektif :

- a) Pemahaman terhadap fungsi seksual
Pasien mengatakan memahami terkait fungsi seksualnya
- b) Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)
Pasien mengatakan tidak ada masalah seksual
- c) Permasalahan selama aktivitas seksual : (√) tidak ada () ada
- d) Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis = (-) Gangguan prostat (-)
- e) Pengkajian pada perempuan
 - 1) Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)

Pasien mengatakan sudah menopause

2) Riwayat kehamilan

G4P4A0

3) Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)

Pasien mengatakan tidak ada riwayat pap smear

2) Tanda obyektif :

a) Pemeriksaan payudara/penis/testis

Tidak terkaji

b) Kutil genital, lesi

Tidak terkaji

k. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping

1) Gejala subyektif :

a) Faktor stress

Pasien mengatakan sudah mengalami riwayat PPOK sudah lama

b) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)

Pasien mengatakan mengambil keputusan sendiri, terkadang diskusi dengan keluarga

c) Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)
Pasien mengatakan memecahkan masalah, berbicara dengan orang lain

d) Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang

Pasien mengatakan mengikuti pengobatan saat ini dengan kepercayaan penuh

e) Perasaan cemas/takut : () tidak ada () ada, jelaskan

f) Perasaan ketidakberdayaan : () tidak ada () ada, jelaskan

g) Perasaan keputusasaan : () tidak ada () ada, jelaskan

h) Konsep diri :

1) Citra diri : Pasien mengatakan mengalami sakit PPOK sudah lama

- 2) Ideal diri : Pasien mengatakan seorang istri dan ibu dari 4 orang anak
- 3) Harga diri : Pasien mengatakan tetap semangat dan ingin sembuh dari sakitnya
- 4) Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Pasien mengatakan tidak ada perubahan identitas pada pasien
- 5) Konflik dalam peran : Pasien mengatakan tidak ada konflik dalam peran

2) Tanda obyektif :

- a) Status emosional : () tenang, (√) gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung
- b) Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah
Pasien tampak lemah

I. Interaksi sosial

1) Gejala subyektif :

- a) Orang terdekat & lebih berpengaruh
Pasien mengatakan orang terdekat adalah keluarga
- b) Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah
Pasien mengatakan meminta bantuan kepada keluarga
- c) Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (√) tidak ada () ada, sebutkan
- d) Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (√) tidak ada () ada, sebutkan

2) Tanda obyektif :

- a) Kemampuan berbicara : (√) jelas () tidak jelas
Tidak dapat dimengerti = (-) Afasia = (-)
- b) Pola bicara tidak biasa/kerusakan = Pola bicara baik
- c) Penggunaan alat bantu bicara = Pasien tidak menggunakan alat bantu bicara
- d) Adanya trakeostomi = Tidak ada
- e) Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain

Pasien dan keluarga komunikasinya baik, keluarganya membantu menjelaskan

f) Perilaku menarik diri : () tidak ada () ada

m. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

a. Gejala subyektif :

1) Faktor stress

Pasien mengatakan sudah mengalami riwayat PPOK sudah lama

2) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)

Pasien mengatakan mengambil keputusan sendiri, terkadang diskusi 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)

Pasien mengatakan memecahkan masalah, berbicara dengan orang lain

4) Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang

Pasien mengatakan mengikuti pengobatan saat ini dengan kepercayaan penuh

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 :

f) Citra diri : Pasien mengatakan mengalami sakit PPOK sudah lama

g) Ideal diri : Pasien mengatakan seorang istri dan ibu dari 4 orang anak

h) Harga diri : Pasien mengatakan tetap semangat dan ingin sembuh dari sakitnya

i) Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Pasien mengatakan tidak ada perubahan identitas pada pasien

j) Konflik dalam peran : Pasien mengatakan tidak ada konflik dalam

peraan

b. Tanda obyektif :

- 1) Status emosional : () tenang, (√) gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung
- 2) Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah
Pasien tampak lemah

n. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

- 1) Gejala subyektif :
 - a) Sumber kekuatan bagi klien : sang pencipta (Allahh SWT)
 - b) Perasaan menyalahkan tuhan : (√) tidak ada () ada
 - c) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : Sholat frekuensi = 5 kali/hari
 - d) Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat
Pasien melakukan ibadah sholat ditempat tidur
 - e) Pemecahan oleh klien
 - f) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (√) tidak ada () ada, jelaskan
 - g) Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani : (√) tidak ada () ada, jelaskan
- 2) Tanda obyektif :
 - a) Perubahan perilaku : (√) tidak ada () ada, jelaskan
 - b) Menolak pengobatan : (√) tidak ada () ada, jelaskan
 - c) Berhenti menjalankan aktivitas agama : (√) tidak ada () ada, jelaskan
 - d) Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : (√) tidak ada () ada, jelaskan

Data Penunjang

1. Laboratorium

Nama : Ny. S

Tanggal Pemeriksaan : 29 Oktober 2023 Pukul : 23.05 WIB

Diagnosa Medis : PPOK

Pemeriksaan	Hasil		Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI				
Hematologi Rutin				
Hemoglobin	15.1		g/dL	13.2-17.3
Leukosit	8.6		Ribu/uL	3.8-10.6
Trombosit	205		Ribu/uL	150-450
Eritrosit	5.0		$10^6/uL$	4.1-5.5
Hematokrit	44		%	40-52
Hitung Jenis				
Eosinofil	4.3		%	1-5
Basofil	0.7		%	0-1
Neutrofil	80.7		%	43-71
Limfosit	10.6		%	20-45
Monosit	3.7		%	4-10
MCH	30.2	L	pg	22.6-31
MCV	88.6	H	fL	71.8-92
MCHC	34.1	L	g/dL	30.8-35.2
KIMIA KLINIK				
SGOT	27		U/I	<37
SGPT	22		U/I	<42
GDS	133	H	mg/dL	74-121
Ureum	26		mg/dL	10-50
Creatinin	1.1		mg/dL	0.8-1.3
Elektrolit				
Natrium	143		mmol/L	135-147
Kalium	3.4		mmol/L	3.1-5
Chlorida	110	H	mmol/L	95-105

2. Radiologi

No Ro :

Ro Thorax : Hasil :

- Apeks kedua pulmo bersih
- Corakan bronkovaskuler bertambah, infiltrat (+)
- Sinus cf Dextra lancip, sinistra tumpul, diafragma licin, letak rendah dan mendatar

- CTR < 0,5

Kesan :

- Brochitis dengan emfisima pulmonum
- COR tampak membesar

3. EKG

- 0872 Tachycardia
- 0911 (I, II, III) Low Voltage (LIMB)
- 0942 (V4) Clockwise Rotation

4. Obat-Obatan

k) Oral

- Amlodipine 10mg
- Candesertan 8mg
- Acetylesistein 200mg/8 jam

l) Injeksi

- Injeksi Ceftriaxone 1gr
- Injeksi Ranitidin 25mg
- Injeksi Paracetamol 1gr
- Injeksi Methylprednisolone 31,25mg

Infus RL 20 tpm

5. Diit : (Tinggi Kalori dan Tinggi Protein) TKTP

6. Analisa Data

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	30/10/2023 14.00 WIB	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas sejak 2 hari yang lalu dan bertambah berat sejak tadi malam. - Pasien mengatakan sulit berbicara pada saat sesak. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bernapas menggunakan otot bantu pernapasan (cuping hidung). - Tampak fase ekspirasi memanjang. - Tampak pola napas pasien cepat (takipnea). - Ro : Brochitis dengan emfisima pulmonum, COR tampak membesar. - RR : 26x/menit 	Hambatan upaya nafas	Pola Napas Tidak Efektif (D. 0005)
2.	30/10/2023 14.00 WIB	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit tidur karena sesak - Pasien mengeluh tidurnya tidak puas - Pasien mengeluh istirahatnya tidak cukup <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas dan sesak - Pasien tidak dapat beristirahat 	Kurang Kontrol Tidur	Gangguan Pola Tidur (D. 0055)

		dengan baik - Mata pasien tampak sayu karena kurang tidur		
3.	30/10/2023 14.00 WIB	DS : - Pasien mengeluh lelah, lemas, merasa sesak napas ketika beraktivitas dan setelah beraktivitas DO : - Tekanan darah sebelum aktivitas (ke kamar mandi)/ istirahat 120/80 mmHg - Tekanan darah setelah aktivitas (ke kamar mandi) 160/90 mmHg	Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas (D.0056)

7. Diagnosa Prioritas Keperawatan :

- Pola Napas Tidak Efektif b.d Hambatan upaya nafas (D. 0005)
- Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D. 0055)
- Intoleransi Aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen (D. 0056)

8. Intervensi Keperawatan

No	Dx	SLKI	SIKI												
1.	Pola Nafas Tidak Efektif b.d hambatan upaya nafas (D. 0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: SLKI : Pola Nafas (L. 01001) Ekspetasi : Membaik Kriteria Hasil : <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu nafas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pernafasan cuping hidung</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	IR	ER	Dispnea	3	5	Penggunaan otot bantu nafas	3	5	Pernafasan cuping hidung	3	5	SIKI: Manajemen jalan nafas I.01011 <i>Observasi :</i> 1. Monitor pola & frekuensi nafas 2. Monitor bunyi nafas tambahan <i>Terapeutik :</i> 1. Posisikan semi fowler/fowler
INDIKATOR	IR	ER													
Dispnea	3	5													
Penggunaan otot bantu nafas	3	5													
Pernafasan cuping hidung	3	5													

		<table border="1"> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman nafas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Keterangan: 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik</p>	Frekuensi nafas	3	5	Kedalaman nafas	3	5	<p>2. Berikan tindakan <i>pursed lips breathing</i></p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>1. Ajarkan teknik <i>pursed lips breathing</i></p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>-</p>									
Frekuensi nafas	3	5																
Kedalaman nafas	3	5																
2.	Gangguan Pola Tidur b.d kurangnya kontrol tidur (D. 0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan:</p> <p>SLKI : Pola Tidur (L. 05045)</p> <p>Ekspetasi : Membaik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan istirahat tidak cukup</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan beraktivitas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan: 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan</p>	INDIKATOR	IR	ER	Keluhan sulit tidur	3	5	Keluhan tidak puas tidur	3	5	Keluhan istirahat tidak cukup	3	5	Kemampuan beraktivitas	3	5	<p>SIKI: Manajemen Tidur (I. 05178)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>1. Modifikasi lingkungan</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p>
INDIKATOR	IR	ER																
Keluhan sulit tidur	3	5																
Keluhan tidak puas tidur	3	5																
Keluhan istirahat tidak cukup	3	5																
Kemampuan beraktivitas	3	5																
3.	Intoleransi Aktivitas b/d kurangnya kontrol tidur (D. 0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan:</p> <p>SLKI: Toleransi Aktivitas (L. 0056)</p> <p>Ekspektasi : Meningkatkan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemudahan dalam melakukan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	IR	ER	Kemudahan dalam melakukan	3	5	<p>SIKI: Manajemen cairan I.03098</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>1. Identifikasi gangguan gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Monitor kelelahan fisik</p>									
INDIKATOR	IR	ER																
Kemudahan dalam melakukan	3	5																

		<table border="1"> <tr> <td>aktivitas sehari-hari</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan lemah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table>	aktivitas sehari-hari			Keluhan lelah	3	5	Perasaan lemah	3	5	<p>3. Monitor pola dan jam tidur</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
aktivitas sehari-hari												
Keluhan lelah	3	5										
Perasaan lemah	3	5										
		<p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 										

9. Implementasi

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon	Paraf
30/10/2023 09.00 WIB	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Nafas (D.0005)	Memonitor pola nafas dan memonitor bunyi nafas tambahan	<p>S :</p> <p>Pasien mengeluh sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Terdengar suara <i>wheezing</i> - RR : 26x/menit 	Iin

10.30 WIB		Menganjurkan minum air hangat	S : Pasien mengatakan mau diberikan air hangat O : Pasien tampak minum air hangat	Iin
11.00 WIB		Mengajarkan teknik nonfarmakologis tindakan <i>Pursed Lips Breathing</i>	S : Pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan tindakan <i>Pursed Lips Breathing</i> O : - Pasien tampak mendengarkan dan mengerti anjuran yang diberikan - Pasien tampak kooperatif selama diajarkan tindakan <i>pursed lips breathing</i>	Iin
11.30 WIB		Memposisikan pasien semi-flower atau flower	S : Pasien mengatakan sesak O : Pasien tampak kooperatif saat diposisikan semi flower	Iin
30/10/2023 09.10 WIB	Gangguan Pola Tidur b/d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	Mengidentifikasi aktivitas dan pola tidur	S : - Pasien mengatakan sulit tidur karena sesak - Sesak bertambah ketika banyak gerak	Iin

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidurnya tidak puas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas dan sesak - Mata pasien tampak sayu 	
09.25 WIB		Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan fakotr pengganggu tidur karena sesak</p> <p>O : pasien tampak tidak beristirahat dengan baik</p>	Iin
10.15 WIB		Menjelaskan pentingnyan tidur cukup selama sakit	<p>S :</p> <p>pasien mengatakan paham dengan penjelasan tidur cukup selama sakit</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak kooperatif</p>	Iin
10.45 WIB		Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan paham makanan/ minuman apa yang harus dihindari</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak paham</p>	Iin
30/10/2023 09.45 WIB	Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen (D. 0056)	memonitor kelelahan fisik	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sesak saat beraktivitas</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak sesak</p>	Iin
10.15 WIB		memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak sesak</p>	Iin

11.40 WIB			Pasien mengatakan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas	
		memfasilitasi duduk disisi tempat tidur dan menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.	S : Pasien mengatakan sedikit-sedikit melakukan aktivitas O : Pasien tampak kooperatif	Iin
31/10/2023 15.20 WIB	Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas (D.0005)	Memonitor pola nafas dan memonitor bunyi nafas tambahan	S : Pasien mengatakan sesak mulai berkurang O : - Pasien tampak lemah - Tampak penggunaan otot bantu nafas - RR : 24x/menit	Iin
16.30 WIB		Menganjurkan minum air hangat	S : Pasien mengatakan mau diberikan air hangat O : Pasien tampak minum air hangat	Iin
19.00 WIB		Mengajarkan teknik nonfarmakologis tindakan <i>Pursed Lips Breathing</i>	S : Pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan tindakan <i>Pursed Lips Breathing</i> O : - Pasien tampak mendengarkan dan mengerti anjuran yang diberikan	Iin

20.00 WIB			- Pasien tampak kooperatif selama diajarkan tindakan <i>pursed lips breathing</i>	
		Memposisikan pasien semi-flowler atau Flower	S : Pasien mengatakan sesak O : Pasien tampak kooperatif saat diposisikan semi flower	Iin
31/10/2023 15.30 WIB	Gangguan Pola Tidur b/d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	Mengidentifikasi aktivitas dan pola tidur	S : - Pasien mengatakan sudah bisa tidur sedikit-sedikit O : - Pasien tampak lemas dan sesak - Mata pasien tampak sayu	Iin
16.00 WIB		Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	S : pasien mengatakan paham dengan penjelasan tidur cukup selama sakit O : Pasien tampak kooperatif	Iin
16.15 WIB		Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	S : Pasien mengatakan paham makanan/minuman apa yang harus dihindari O : Pasien tampak paham	Iin

31/10/2023 15.45 WIB	Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen (D. 0056)	Memonitor kelelahan fisik	S : Pasien mengatakan sesak sudah berkurang O : Pasien tampak sesak	lin
16.00 WIB		Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	S : Pasien mengatakan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas O : Pasien tampak sesak Pasien mengatakan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas	lin
16.20 WIB		Memfasilitasi duduk disisi tempat tidur dan menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.	S : Pasien mengatakan sudah bisa duduk disisi tempat tidur O : Pasien tampak kooperatif	lin
01/11/2023 15.30 WIB	Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas (D.0005)	Memonitor pola nafas dan memonitor bunyi nafas tambahan	S : Pasien mengatakan sesak sudah berkurang O : - Tampak penggunaan otot bantu nafas RR : 20x/menit	lin
16.00 WIB		Mengajarkan teknik nonfarmakologis tindakan <i>Pursed Lips Breathing</i>	S : pasien mengatakan sudah paham tentang teknik <i>pursed lips breathing</i> . O : - pasien tampak kooperatif saat diajarkan teknik	lin

			<p><i>pursed lips breathing</i> dan tampak dapat mempraktekan ulang <i>pursed lips breathing</i> dengan tepat.</p>	
01/11/2023 15.45 WIB	Gangguan Pola Tidur b/d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	Mengidentifikasi aktivitas dan pola tidur	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih segar - Pasien tampak sudah bisa tidur nyenyak 	Iin
19.30 WIB		Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	<p>S :</p> <p>pasien mengatakan paham dengan penjelasan tidur cukup selama sakit</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak kooperatif</p>	Iin
01/11/2023 16.00 WIB	Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen (D. 0056)	Memonitor kelelahan fisik	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sesak sudah berkurang</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak sesak</p>	Iin
16.50 WIB		Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak sesak</p>	Iin

17.10 WIB			Pasien mengatakan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas	
		Memfasilitasi duduk disisi tempat tidur dan menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.	S : Pasien mengatakan sudah bisa duduk disisi tempat tidur O : Pasien kooperatif	Iin

10. Evaluasi Keperawatan

No	Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf																		
1.	30/10/2023 14.00 WIB	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Nafas	<p>S : pasien mengatakan sesak nafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Tampak penggunaan otot bantu nafas - Pasien tampak nafas cepat - RR 26x/menit <p>A : Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu nafas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pernafasan cuping hidung</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman nafas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola nafas dan bunyi nafas tambahan - Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu tindakan <i>pursed lips breathing</i> 	INDIKATOR	IR	ER	Dispnea	3	5	Penggunaan otot bantu nafas	3	5	Pernafasan cuping hidung	3	5	Frekuensi nafas	3	5	Kedalaman nafas	3	5	Iin
INDIKATOR	IR	ER																				
Dispnea	3	5																				
Penggunaan otot bantu nafas	3	5																				
Pernafasan cuping hidung	3	5																				
Frekuensi nafas	3	5																				
Kedalaman nafas	3	5																				

2.	30/10/2023 14.00 WIB	Gangguan Pola Tidur b/d Kurang Kontrol Tidur	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan mengeluh sulit tidur karena sesak, sesak bertambah ketika banyak gerak. - pasien mengatakan mengeluh tidurnya tidak puas. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak lemas dan sesak - pasien tidak dapat beristirahat dengan baik dan mata pasien tampak sayu karena kurang tidur. <p>A : Masalah Keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="826 943 1251 1240"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan istirahat tidak cukup</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan beraktivitas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - mengidentifikasi faktor pengganggu tidur - Memodifikasi lingkungan - Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 	INDIKATOR	IR	ER	Keluhan sulit tidur	3	5	Keluhan tidak puas tidur	3	5	Keluhan istirahat tidak cukup	3	5	Kemampuan beraktivitas	3	5	lin
INDIKATOR	IR	ER																	
Keluhan sulit tidur	3	5																	
Keluhan tidak puas tidur	3	5																	
Keluhan istirahat tidak cukup	3	5																	
Kemampuan beraktivitas	3	5																	
3.	30/10/2023 14.00 WIB	Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan	<p>S :</p> <p>Pasien mengeluh lelah, lemas, merasa sesak napas ketika beraktivitas dan setelah beraktivitas.</p>	lin															

		kebutuhan oksigen	<p>O :</p> <p>Tekanan darah sebelum aktivitas (ke kamar mandi)/ istirahat 120/80 mmHg tekanan darah setelah aktivitas (ke kamar mandi) 160/90 mmHg.</p> <p>A : Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan lemah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Memonitor kelelahan fisik - Memfasilitasi duduk disisi tempat tidur - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 	INDIKATOR	IR	ER	Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	3	5	Keluhan lelah	3	5	Perasaan lemah	3	5	
INDIKATOR	IR	ER														
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	3	5														
Keluhan lelah	3	5														
Perasaan lemah	3	5														
1.	31/10/2023 20.30 WIB	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Nafas	<p>S : pasien mengatakan sesak nafas mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak masih lemas - Tampak penggunaan otot bantu nafas - Pasien tampak nafas cepat - RR 24x/menit 	Iin												

			<p>A : Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu nafas</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pernafasan cuping hidung</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman nafas</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola nafas dan bunyi nafas tambahan - Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu tindakan <i>pursed lips breathing</i> 	INDIKATOR	IR	ER	Dispnea	4	5	Penggunaan otot bantu nafas	4	5	Pernafasan cuping hidung	4	5	Frekuensi nafas	4	5	Kedalaman nafas	4	5	
INDIKATOR	IR	ER																				
Dispnea	4	5																				
Penggunaan otot bantu nafas	4	5																				
Pernafasan cuping hidung	4	5																				
Frekuensi nafas	4	5																				
Kedalaman nafas	4	5																				
2.	31/10/2023 20.30 WIB	Gangguan Pola Tidur b/d Kurang Kontrol Tidur	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah bisa tidur akan tetapi sebentar-sebentar kebangun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak lemas - pasien tampak bisa tidur akan tetapi sebentar-sebentar bangun - mata pasien tampak sayu karena kurang tidur. <p>A : Masalah Keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan istirahat tidak cukup</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan beraktivitas</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	IR	ER	Keluhan sulit tidur	4	5	Keluhan tidak puas tidur	4	5	Keluhan istirahat tidak cukup	4	5	Kemampuan beraktivitas	4	5	lin			
INDIKATOR	IR	ER																				
Keluhan sulit tidur	4	5																				
Keluhan tidak puas tidur	4	5																				
Keluhan istirahat tidak cukup	4	5																				
Kemampuan beraktivitas	4	5																				

			<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - mengidentifikasi faktor pengganggu tidur - Memodifikasi lingkungan - Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 													
3.	31/10/2023 20.30 WIB	Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen	<p>S : Pasien mengeluh lelah, lemas, merasa sesak napas ketika beraktivitas dan setelah beraktivitas.</p> <p>O : Tekanan darah sebelum aktivitas (ke kamar mandi)/ istirahat 120/80 mmHg tekanan darah setelah aktivitas (ke kamar mandi) 160/90 mmHg.</p> <p>A : Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan lemah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Memonitor kelelahan fisik 	INDIKATOR	IR	ER	Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	4	5	Keluhan lelah	4	5	Perasaan lemah	4	5	Iin
INDIKATOR	IR	ER														
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	4	5														
Keluhan lelah	4	5														
Perasaan lemah	4	5														

			<ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi duduk disisi tempat tidur - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 																			
1.	01/11/2023 20.30 WIB	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Nafas	<p>S : pasien mengatakan sesak nafas sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lega - Tampak penggunaan otot bantu nafas - RR 20x/menit <p>A : Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu nafas</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pernafasan cuping hidung</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman nafas</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p>Melanjutkan intervensi di rumah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan teknik <i>pursed lips breathing</i> secara mandiri dirumah. 	INDIKATOR	IR	ER	Dispnea	5	5	Penggunaan otot bantu nafas	5	5	Pernafasan cuping hidung	5	5	Frekuensi nafas	5	5	Kedalaman nafas	5	5	Iin
INDIKATOR	IR	ER																				
Dispnea	5	5																				
Penggunaan otot bantu nafas	5	5																				
Pernafasan cuping hidung	5	5																				
Frekuensi nafas	5	5																				
Kedalaman nafas	5	5																				
2.	01/11/2023 20.30 WIB	Gangguan Pola Tidur b/d Kurang Kontrol Tidur	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah bisa tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak sudah bisa beristirahat dengan baik 	Iin																		

			<p>A : Masalah Keperawatan gangguan pola tidur teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan istirahat tidak cukup</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan beraktivitas</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : hentikan intervensi</p>	INDIKATOR	IR	ER	Keluhan sulit tidur	5	5	Keluhan tidak puas tidur	5	5	Keluhan istirahat tidak cukup	5	5	Kemampuan beraktivitas	5	5	
INDIKATOR	IR	ER																	
Keluhan sulit tidur	5	5																	
Keluhan tidak puas tidur	5	5																	
Keluhan istirahat tidak cukup	5	5																	
Kemampuan beraktivitas	5	5																	
3.	01/11/2023 20.30 WIB	Intoleransi Aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas berkurang - Pasien mengatakan sudah bisa duduk di tempat tidur akan tetapi dibantu oleh keluarga <p>O :</p> <p>Tekanan darah sebelum aktivitas (ke kamar mandi)/ istirahat 125/80 mmHg tekanan darah setelah aktivitas (ke kamar mandi) 130/90 mmHg.</p> <p>A : Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan lemah</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	INDIKATOR	IR	ER	Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	5	5	Keluhan lelah	5	5	Perasaan lemah	5	5	Iin			
INDIKATOR	IR	ER																	
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	5	5																	
Keluhan lelah	5	5																	
Perasaan lemah	5	5																	

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

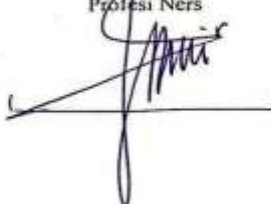
LEMBAR KONSULTASI

Nama : Iin Marlina, S.Kep
 Nim : 41121231012
 Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) dengan Masalah keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif dan Penerapan Pused Lips Breathing di Ruang Flamboyan RSUD Prembun

REKAPITULASI KONSULTASI KIANI




NO	TANGGAL	POKOK BAHASAN	PARAF
1.	27/5/2024	Konsul umum	R
2.	30/5/2024	Konsul judul	R
3.	16/6/2024	Konsul BAB I - III	R
		Perbaiki Definisi	
		Operasional, Daftar	
		Pustaka	
4.	26/6/2024	Konsul BAB IV - V	R
		Perbaiki pengkajian,	
		Intervensi keperawatan	
		dan y: kary	R


Ketua Program Studi
Profesi Ners



LEMBAR KONSULTASI



Nama : Iin Marlina, S.Kep
Nim : 41121231012
Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) dengan Masalah keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif dan Penerapan Pused Lips Breathing di Ruang Flamboyan RSUD Prembun

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	27/5 2024	- Konsul terkait jurnal	
2.	30/5 2024	- Konsul jurnal	
3.	16/6 2024	- Bab 1 - 3 - Perbaikan Definisi Operasional - Daftar pustaka	

Pembimbing,


LEMBAR KONSULTASI

Nama : Iin Marlina, S.Kep
Nim : 41121231012
Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) dengan Masalah keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif dan Penerapan Pused Lips Breathing di Ruang Flamboyan RSUD Prembun

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
4.	26/6 2024	- Bab 4 - 5 - perbaiki pengkajian - intervensi Keperawatan.	
5.		- asesi jri kron	

Pembimbing,
(_____)