

# LAMPIRAN

**Lampiran 1 *informed consent***

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN  
(*INFORMED CONCENT*)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama :  
Umur :  
Agama :  
Pekerjaan :  
Alamat :

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap a.n :

Nama Mahasiswa : Sheva Andira Herdinan

NIM : 106121009

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus ini, akan dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, ... Juni 2024

Yang bersangkutan

(.....)  
Nama pasien / wali pasien

## Lampiran 2 SOP Batuk Efektif



# UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

### PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN BATUK EFEKTIF

NAMA :  
TANGGAL :  
NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program batuk efektif	3		
2	Menyiapkan alat	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucap basmallah</b>			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen	5		
4	Melatih pasien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan ,jaga mulut tetap tertutup)	6		
5	Meminta pasien merasakan pengembangannya abdomen (cegah lengkung pada punggung )	6		
6	Meminta pasien menahan nafas hingga 3 hitungan	6		
7	Meminta menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut bibir seperti meniup)	6		
8	Meminta pasien merasakan mengepisnya abdomen dan kontraksi dari otot	6		

9	Memasang alas pernak dan bengkok ( dipangkuan pasien bila duduk atau didekat mulut bila tidur miring )	6		
10	Meminta pasien untuk melakukan nafas dalam dua kali yang ketiga inspirasi dan batukkan dengan kuat	8		
11	Menampung lendir dalam sputum pot	4		
12	Merapihkan pasien	3		
13	Merapihkan alat	3		
14	Mencuci tangan	3		
	<b>Mengucap hamdallah</b>			
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	3		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
3	Berpamitan	3		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan

:

Observer,

tidak : Tidak dilakukan

ya : Dilakukan dengan sempurna

Standar kelulusan nilai 75

( )

### Lampiran 3 SOP pemeriksaan tanda tanda vital



## UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

### PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN PENGUKURAN TEKANAN DARAH

NAMA :

TANGGAL :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program Pengukur tekanan darah	3		
2	Menyiapkan alat	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucapkan Hamdallah</b>			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Mengatur posisi pasien supinasi	4		
4	Menempatkan diri disebelah kanan pasien ,bila mungkin membebaskan lengan pasien dari baju	4		
5	Memasang manset 2 jari diatas mediana cubiti,selang sejajar arteri brachialis	4		
6	Meraba denyut nadi arteri brachialis	4		
7	Palpasi arteri brachialis memompa setinggi 30 mmHg diatas titik	6		

	hilangnya denyut arteri, perlahan mengempiskan manset sampe denyut tidak teraba lagi			
8	Memompa manset setinggi 30 mmHg diatas hasil palpasi sistolik menghilang	6		
9	Meletakkan diafragma stetoskop diatas arteri tersebut	6		
10	Membuka sekrup balon perlahan-lahan sambil melihat turunya air raksa /jarum dan dengarkan bunyi denyut pertama (sistole) hingga bunyi terakhir (diastole) sampai tekanan nol	6		
11	Melakukan validasi dengan mengulang poin 8-10 (bila hasil pengukuran berbeda ulangi sekali lagi)	6		
12	Mengunci air raksa dan melepas manset	4		
13	Mencatat hasil pengukuran pada buku catata	3		
14	Merapihkan pasien	3		
15	Merapihkan alat	3		
16	Mencuci tangan	3		
	<b>Mengucapkan Hamdallah</b>			
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	3		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
3	Berpamitan	3		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan :

tidak : Tidak dilakukan

ya : Dilakukan dengan sempurna

Observer,

Standart nilai kelulusan 75

( )



# UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

## PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN PENGUKURAN SUHU BADAN

NAMA : TANGGAL :  
NIM : OBSER  
VER :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program pengukuran suhu badan	3		
2	Menyiapkan alat	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucapkan basmallah</b>			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Mengatur posisi pasien	4		
4	Mebebaskan axilla pasien pada lengan yang jauh	4		
5	Membersihkan axilla dengan tisue	4		
6	Memeriksa termometer ,pastikan pada skala dibawah 35 derajat celcius,bila belum turunkan dengan cara mengibaskan termometer	4		
7	Memasang reservoir tepat pada tengah axilla	4		
8	Menyilangkan tangan didepan ,memegang bahu	6		
9	Mengangkat termometer setelah 10 menit	6		
10	Mengusap termometer dengan tisue kering kearah reservoir	6		

11	Membaca hasil pengukuran	6		
12	Membersihkan termometer :mencelupkan kedalam air sabun	6		
	kemudian usap kearah reservoir,mencelupkan kedalam larutan			
	desinfektan selanjutnya dibersihkan dengan air bersih dan usap			
	dari arah reservoir			
13	Menurunkan air raksa	3		
14	Merapihkan pasien	3		
15	Merapihkan alat	3		
16	Mencuci tangan	3		
	<b>Mengucapkan Hamdallah</b>			
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	3		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
3	Berpamitan	3		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan :

TID

AK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Observer,

Standart nilai kelulusan 75

( )





# UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

## PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN PENGUKURAN NADI DAN PERNAFASAN

NAMA : TANGGAL :  
NIM : :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			Y A	TIDA K
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program pengukuran nadi dan pernafasan	3		
2	Menyiapkan alat	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucapkan Basmallah</b>			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Mengatur posisi pasien	8		
4	Meraba denyut nadi dengan 2 jari (telunjuk dan tengah )	10		
5	Menghitung nadi sekurang kurangnya 1/2 menit dan 1 menit untuk pasien aritmia dan pasien anak	10		
6	Mengamati gerakan dada/perut pasien selama satu menit	10		
7	Menilai hasil pengukuran	7		
8	Merapihkan pasien	5		
9	Merapihkan alat	5		

10	Mencuci tangan	4		
	<b>Mengucapkan Hamdallah</b>			
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan	4		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan :

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Observer,

Standart nilai kelulusan 75

( )

## Lampiran 4 SOP Nafas Dalam



# UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

### PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN LATIHAN NAFAS DALAM

NAMA	:		TANGGAL	:	
NIM	:				
NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI		
			YA	TIDAK	
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>				
1	Cek program latihan nafas dalam	3			
2	Menyiapkan alat	3			
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>				
1	Memberi salam/ menyapa klien	3			
2	Memperkenalkan diri	3			
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3			
4	Menjelaskan langkah prosedur	3			
5	Menanyakan kesiapan pasien	3			
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>				
	<b>Mengucap basmallah</b>				
1	Mencuci tangan	4			
2	Menjaga privacy pasien	4			
3	Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen	5			
4	Melatih pasien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan ,jaga mulut tetap tertutup)	8			
5	Meminta pasien merasakan pengembangannya abdomen (cegah lengkung pada punggung )	8			
6	Meminta pasien menahan nafas hingga 3 hitungan	8			
7	Meminta menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut bibir seperti meniup)	8			

8	Meminta pasien merasakan mengepisnya abdomen dan kontraksi dari otot	8		
9	Menjelaskan pada pasien untuk melakukan latihan ini bila mengalami sesak nafas	5		
10	Merapihkan pasien	4		
11	Merapihkan alat	4		
12	Mencuci tangan	4		
	<b>Mengucap hamdallah</b>			
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	3		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
3	Berpamitan	3		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan

:

tidak : Tidak dilakukan  
ya : Dilakukan dengan sempurna

Standar kelulusan nilai 75

Observer,

( )

## Lampiran 5 SOP Nebulizer



# UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

### PENILAIAN PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN INHALASI NEBULIZER

Nama : \_\_\_\_\_ Tanggal : \_\_\_\_\_  
Nim : \_\_\_\_\_

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			y a	tidak
<b>A</b>	<b>TAHAP PRE INTERAKSI</b>			
1	Melakukan verifikasi program	4		
2	Mencuci tangan	3		
3	Menempatkan alat didekat pasien	3		
<b>B</b>	<b>TAHAP ORIENTASI</b>			
1	Memberikan salam dan menyapa nama pasien	3		
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur	3		
3	Menanyakan kesiapan pasien	3		
<b>C</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
	<b>Mengucap basmallah</b>			
1	Mencuci tangan	3		
2	Menjaga privacy klien	3		
3	Mengatur pasien dalam posisi duduk	6		
4	Menempatkan alat didekat pasien	6		
5	Mengisi nebulizer dengan aquadest	8		
6	Memasukkan obat sesuai dosis	8		
7	Memastikan alat berfungsi dengan baik	6		
8	Memasang masker pada pasien	6		
9	Menghidupkan nebulizer dan meminta pasien nafas dalam sampai obat habis	10		
10	Bersihkan mulut & hidung dg tissue	4		
11	Membereskan alat	3		
12	Mencuci tangan	3		
	<b>Mengucap hamdallah</b>			
<b>D</b>	<b>TAHAP TERMINASI</b>			

1	Melakukan evaluasi tindakan	3		
2	Berpamitan dengan klien	3		
3	Membersihkan alat-alat	3		
4	Mencuci tangan	3		
5	Mencatat kegiatan dlm lembar catatan	3		
	Keperawatan	100		
	<b>JUMLAH</b>			

Keterangan :

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Standart nilai kelulusan 75

Observer,

( )

## Lampiran 6 Format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah

### PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PRODI D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

#### Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama :  
Umur :  
Jenis kelamin :  
Agama :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Suku Bangsa :  
Status perkawinan` :  
Golongan darah :  
No. CM :  
Tanggal masuk :  
Tanggal pengkajian :  
Diagnosa medis :  
Alamat :

2) Identitas Penanggung Jawab Nama :

Umur :  
Jenis kelamin :  
Agama :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Suku Bangsa :  
Hubungan dg Klien :  
Alamat :

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

2) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan masuk RS dan PQRST)

3) Riwayat penyakit dahulu

4) Riwayat penyakit keluarga

c. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital

Tanggal/Jam	Tanggal
TD (mmHg)	
HR	
RR	
Suhu (°C)	

2) Kepala dan Leher

Yang Dikaji	Keterangan
Bentuk Rambut Mata Telinga Hidung Mulut Leher	

Ket: (-); tidak ada, (+); ada



3) Jantung

Tanggal	
Inspeksi	
Palpasi	
Perkusi	
Auskultasi	

4) Paru-paru

Tanggal	
Inspeksi	
Palpasi	
Perkusi	
Auskultasi	

5) Abdomen

Tanggal	
Inspeksi	
Auskultasi	
Palpasi	
Perkusi	

6) Ekstermitas

***Ekstermitas Atas***

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

***Ekstermitas Bawah***

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri

Ket: (-); tidak ada, (+); ada Sistem Integumen

Tanggal	Warna Kulit	Turgor	Mukosa Bibir	Capilar Refill	Kelainan

**POLA PENGKAJIAN FUNGSIONAL GORDON**

**1) PERSEPSI DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN**

.....

**2) POLA NUTRISI DAN METABOLIK**

Subyektif

..... Obyektif:

a. **Antropometri**

***Sebelum masuk rumah sakit (>2 bulan yang lalu)***

BB : .....kg      TB : .....cm      LILA ..... cm

**Saat Dirawat** : Tanggal

BB : .....kg      TB : .....cm LILA ..... cm  
(normal 29,3 cm)

**Kesimpulan:**.....

**Perhitungan :**

BB ideal = (TB – 100) – 10% (TB – 100) kg

= .....

= ..... kg

**IMT ( Indeks Massa Tubuh )**

**standar IMT**

BB IMT = \_\_\_\_\_

TB(m)<sup>2</sup>

= \_\_\_\_\_

= ..... **Kesimpulan:**.....

Nilai	Kategori
<20	Underweight
20-25	BB normal
25-30	Overweight
>30	Obesitas

b. **Biokimia**

Hb : ..... ( tgl..... )

Albumin : .....(tgl ..... )

c. **Penampilan fisik**

.....

d. **Diet**

• Jenis.....

• BEE laki-laki =  $66 + (13.7 \times \text{BB kg}) + (5 \times \text{TB cm}) - (6,8 \times \text{U.thn})$

= .....

= ..... Kkal

• BEE perempuan =  $655 + (9.6 \times \text{BB kg}) + (1.8 \times \text{TB cm}) - (4.7 \times \text{U. th})$

= .....

= ..... Kkal

Tabel perkiraan jumlah kalori  $\pm$  ..... Kkaldalam .....

Tgl	Kalori Buah	Kalori makanan	Total kalori

**3) POLA ELIMINASI**

Sebelum dirawat :

Subyektif: .....

Selama dirawat

Subyektif: .....

Obyektif:

- **BAB**

TGL	Frekuensi	Warna	Konsistensi

- **BAK**

TGL	Frekuensi	Warna	Kelainan

**4) POLAAKTIFITAS DAN LATIHAN**

Status higienis

Tanggal	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	Keramas

Ket: (-); tidak dilakukan

**ADL**

Tanggal	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continance	Feeding	Indeks KATZ

**Status Mobilisasi**

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan

**Skor Norton**

Tgl	Kondisi Fisikumum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinensia	Jumlah

Kategoriskor:

16-20: kecil sekali/tidak terjadi 12-15: kemungkinan kecil terjadi

<12: kemungkinan besar terjadi

**Kesimpulan:**.....

**5) POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT**

**Sebelum masuk RS: Kualitatif:..... Kuantitatif:..... Setelah**

**masuk RS: Kualitatif:..... Kuantitatif:.....**

**6) POLA PERSEPTUAL**

**Halusinasi:** .....

**7) POLA PERSEPSI DIRI**

**Konsep diri**

Citra tubuh:..... Identitas diri:..... Peran

diri:..... Ideal diri:..... Harga

diri:.....

***Masalah Keperawatan :*** .....

**8) POLA SEKSUALITAS DAN REPRODUKSI**

**Subjektif:**..... **Objektif:**.....

**9) POLA PERAN-HUBUNGAN**

**Keluarga:**..... **Masyarakat:**.....

**10) POLA MANAJEMEN KOPING-STRESS**

Masalah:..... Koping:.....

**11) SISTEM NILAI DAN KEYAKINAN**

Nilai dan Keyakinan:..... Kegiatan ibadah:.....

**12) PENGKAJIAN SISTEM PERSYARAFAN**

***Fungsi Serebral***

Tanggal/Jam		
Status Mental	Tingkat Kesadaran	
	CSE V M	
	Gaya Bicara	
Fungsi Intelektual	Orientasi Waktu	
	Orientasi Orang	

	Orientasi Tempat	
<b>Daya Pikir</b>	Spontan, alamiah, masuk akal	
	Kesulitan Berpikir	
	Halusinasi	
<b>Status Emosional</b>	Amiah dan Datar	
	Pemarah	
	Cemas	
	Apatis	
<b>Nyeri Kepala</b>		
<b>Pandangan Kabur</b>		

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

### 13) Badan dan anggota gerak

Badan

Motorik

..... Refleks

..... Sensibilitas

<b>Tanggal/Jam</b>	
<b>Sensasi taktil</b>	
<b>Sensasi suhu dan nyeri</b>	
<b>Vibrasi dan propriosepsi</b>	
<b>Integrasi sensasi</b>	

Anggota gerak atas Motorik

<b>Motorik</b>	<b>Kanan</b>	<b>Kiri</b>
Pergerakan		
Kekuatan		
Tonus		
Trofik		

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps		
Triceps		
Radius		
Ulna		

Sensibilitas

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	
Sensasi suhu dan nyeri	
Vibrasi dan proprioepsi	
Integrasi sensasi	

14) Sistem imunitas :

Alergi : ..... Antibiotic : ..... WBC :

.....

.....

15) Status cairan

Tabel cairan dalam 24 jam

Tanggal	Intake	Output	Balance cairan
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	
	Infus =	Urine =	
	Minum =	IWL =	
	Total input =	Total output =	

16) Status Ekonomi Kesehatan

.....

17) Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

a. Laboratorium ke..... tanggal.....

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan		
			Nilai	Keterangan
Dst....				

b. Hasil foto rontsen tanggal .....

**Kesan :**

c. Hasil .....

18) Terapi Medis

.....

19) Terapi Nutrisi

**Diit:** .....



### ANALISA DATA

No	Sign	Problem	Etiologi

## INTERVENSI

No	Dianosa Keperawatan	SLKI	SIKI

## IMPLEMENTASI

No	Tgl& Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf

## EVALUASI

No	Tgl, Jam	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf

## PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH

PRODI D3 KEPERAWATAN

LINIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

### Ringkasan Data

#### Identitas

#### Identitas Pasien

Nama : Ny. T  
Umur : 40 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : -  
Suku Bangsa : Jawa  
Status Perkawinan : Belum menikah  
Golongan darah : B  
No. CM : 00110172  
Tanggal masuk : 14.6.24  
Tanggal pengkajian : 18.6.24  
Diagnosa medis : Bronkhitis  
Alamat : Ujungmanik 5/4 Kawanganten, Cilacap

#### Identitas Penanggung Jawab

Nama : Sarni  
Umur : 75 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Tani  
Suku Bangsa : Jawa  
Hubungan dg Klien : Ibu Kandung  
Alamat : Ujungmanik 5/4 Kawanganten, Cilacap

### b) Riwayat Kesehatan.

#### 1.) Keluhan Utama

Batuk, Sesak nafas, Dada sakit saat batuk

#### 2.) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan masuk RS dan PQRST)

Pasien mengatakan batuk, sesak nafas, dada merasa sakit saat batuk, skala sedang, nyeri seperti di tekan, di tusuk, hilang timbul, durasi 30 menit. Keluhan sudah dirasakan  $\pm$  2 bulan lalu.

#### 3.) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan pernah kecelakaan 20 tahun lalu mengakibatkan patah tulang dan lendi mematai sendi palsu.

#### 4.) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga.

### c.) Pemeriksaan fisik

#### 1.) Tanda-tanda vital

Tanggal dan Waktu 18-06-2024 / 15.00	Keterangan
TD (mmHg)	138/83 mmHg
HR	116
RR	35
Suhu (°C)	36,1 °C

#### 2.) Kepala dan leher

Yang di Kaji	Keterangan
Bentuk	Mesocephal
Rambut	Hitam bersih
Mata	Normal / tidak ada kelainan
Telinga	Bersih
Hidung	Bersih
Mulut	Mukosa lembab, bersih
Leher	Normal, tidak ada kelainan

→ at  
sdek

## 3.) Jantung

Tanggal	Keterangan
Inspeksi	Dada Bembung, Simetris
Palpasi	nyeri tekan, Gerak dada simetris
Perkusi	Sonor
Auskultasi	S1 S2

## 4.) Paru-paru

Tanggal	Keterangan
Inspeksi	Dada Cembung
Palpasi	Gerak dada simetris
Perkusi	redup
Auskultasi	Bunyi ronchi (+)

## 5.) Abdomen

Tanggal	Keterangan
Inspeksi	Bentuk Abdomen datar, Pusing simetris
Auskultasi	Bising: usus 26 x /menit
Palpasi	Tidak ada nyeri tekan
Perkusi	Timpani



6.) Ekstermitas

Ekstermitas Atas

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
18/24	-	-	-	-	-	-	-	-

Ekstermitas Bawah

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
18.6.24	+	-	-	+	-	-	-	-

ket = (-); tidak ada, (+) ada

Sistem Integumen

Tanggal	Warna kulit	Turgor	Mukosabibir	Capilar refill	Kelainan
18/24 /6	Sawo matang	baik	lembab	baik	tidak ada

BOLA PENGEKSIAN FUNSIONAL GORDON

1) Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan jika sakit parah langsung ke rumah sakit

2.) Pola Nutrisi dan Metabolik

Subyektif: Pasien mengatakan tidak ada masalah nutrisi

Objektif: Pasien tampak mencukupi gizi

a.) Antropometri

Sebelum masuk rumah sakit (> 2 bulan yang lalu)

BB: 58 Kg TB: 158 cm LILA: ... cm

Saat dirawat: tanggal 14 Juni 2024

BB: 58 Kg TB: 158 cm LILA: ... cm

Kesimpulan: Tidak ada penurunan berat badan.



Perhitungan:

$$\begin{aligned} \text{BB ideal} &= (TB - 100) - 10\% (TB - 100) \text{ Kg} \\ &= (158 - 100) - 10\% \\ &= 58 - 5,8 = 52,2 \text{ Kg} \end{aligned}$$

IMT (Indeks Massa Tubuh)

$$\begin{aligned} \text{IMT} &= \frac{\text{BB}}{\text{TB}^2 (\text{m}^2)} \\ &= \frac{58}{2,49} \\ &= 23,29 \quad \text{Kesimpulan BB Normal} \end{aligned}$$

Nilai Standar IMT

Nilai	Kategori
< 20	Underweight
20-25	BB normal
25-30	overweight
> 30	obesitas

b.) Bio Kimia

Hb : 8.8 (g/l 14 Juni 2024 )  
Albumin : (g/l )

c.) Penampilan fisik

d.) Diet

• Jenis T+k+p

$$\begin{aligned} \text{BEE perempuan} &= 655 + (9,6 \times \text{BB Kg}) + (1,8 \times \text{TB cm}) - (4,7 \times \text{U. th}) \\ &= 655 + (9,6 \times 58 \text{ Kg}) + (1,8 \times 158) - (4,7 \times 40) \\ &= 655 + 556,8 + 284,4 - 188 \\ &= 1.308,2 \end{aligned}$$

1) / 6 - 24 19 57  
Revisi

### 3) Pola Eliminasi

Sebelum dirawat :

Subyektif : Pasien mengatakan tidak ada keluhan eliminasi setelah dirawat.

Subyektif : Pasien mengatakan belum BAB selama dirawat di RS

Obyektif : Pasien tidak BAB selama dirawat

#### - BAB

Tanggal	Frekuensi	Warna	Konsistensi
18-6-2024	-	-	-

#### - BAK

Tanggal	Frekuensi	warna	Kelainan
18-6-2024	3 x sehari	Kuning	Tidak ada.

### 4) Pola aktifitas dan Latihan

#### Status Higienis

Tanggal	Mandi	Menggosok gigi	memotong kuku	Keramas
18-6-2024	-	+	+	-

Ket: (-) : tidak dilakukan

#### ADL

Tanggal	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continance	feeding	Index KATZ
18/6/24	dibantu	mandiri	dibantu	dibantu	dibantu	mandiri	Ketergantungan ringan

#### Status mobilisasi

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan
18-6-2024	dibantu	dibantu	dibantu

### Skor Norton

Tanggal	Condisi fisik umum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinensia	Jumlah
16-6-24	4	4	3	3	2	19

Kategori Skor :

16 - 20 : Kecil sekali / tidak

terjadi 12 - 15 : Kemungkinan kecil terjadi

< 12 : Kemungkinan besar terjadi

Kesimpulan : .. Kecil sekali / tidak

### 5.) Pola tidur dan Istirahat

Sebelum masuk RS :

Kualitatif : Pasien mengatakan sulit tidur karena sering terbangun karena batuk

Kuantitatif : Tidur = 3 jam dalam sehari.

Setelah masuk RS :

Kualitatif : Pasien mengatakan masih sulit tidur karena batuk.

Kuantitatif : Tidur = 3 jam dalam sehari.

### 6.) Pola Perseptual

Halusinasi : pasien mengatakan tidak ada halusinasi.

### 7.) Pola Persepsi diri

Konsep diri :

Citra tubuh : pasien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya

Identitas diri : pasien mengatakan dirinya seorang anak

Peran diri : pasien menjadi anak yang baik

Ideal diri : pasien mengatakan cepat sembuh dan ingin pulang

Harga diri : pasien.

masalah keperawatan :

### 8.) Pola Seksualitas dan Reproduksi

Subjektif : Pasien mengatakan belum pernah berhubungan

Objektif : pasien belum menikah dan belum memiliki anak.

### 9.) Pola Peran - Hubungan

Keluarga : Pasien mengatakan berperan baik di keluarga

Masyarakat : Pasien mengatakan berperan baik di masyarakat



21/8/2024

(Listya)  
AF 2 hr. DW. 5



10.) Pola manajemen Koping - Stress masalah. Tidak ada

Koping - Koping Pasrah baik tidak ada masalah

11.) Sistem nilai dan Keyakinan

Nilai dan Keyakinan =

Kegiatan ibadah =

12.) Pengkajian Sistem Persyarafan

fungsi serebrum

Tanggal / Jam		
	Tingkat Kesadaran	CM
Status mental	GCS	
	E	4
	V	
	M	
Fungsi Intelektual	Gaya bicara	baik
	Orientasi Waktu	baik
	Orientasi Orang	baik
	Orientasi tempat	baik
Daya Pikir	Spontan, alamiah, matuk akal	+
	Kesulitan berhitung	± -
	Halusinasi	-
Status Emosional	alamiah dan Datar	-
	Pemarah	-
	Cemas	-
	Apatis	-
Nyeri Kepala		-
	Pendengaran Kabur	-

13.) Badan dan anggota gerak

badan

Motorik

baik

Refleks

baik

Sensi hilitas

Tinggal/jam	18 . 6 201
Sensasi taktil	Baik
Sensasi suhu dan nyeri	Baik
Vibrasi dan Propriosepsi	Baik
Integrasi - Sensasi	Baik

Anggota gerak atas motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergeseran	baik	baik
Kekuatan	baik	baik
Tonus	baik	baik
Tropik	baik	baik

refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	baik	baik
Triceps	baik	baik
Radius	baik	baik
Ulna	baik	baik

Sensibilitas

Tanggal/Jam	19 Juni 2024
Sensasi taktil	baik
Sensasi suhu dan nyeri	baik
Vibrasi dan Propriosepsi	baik
Integrasi Sensasi	baik

Anggota gerak bawah

Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	Terbatas	baik
Keluatan	Lemah	baik
Tonus	Lemah	baik
Trofik	Lemah	baik.

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Patella	lemah	baik
Achilles	lemah	baik
Babinski	lemah	baik
Chaddock	lemah	baik
Rossolimo	lemah	baik
Clonus kaku	lemah	baik
Lasseque	lemah	baik
Kernig	lemah	baik

Sensibilitas

Tanggal/Jam	20 Juni 2024
Sensasi taktil	baik
Sensasi suhu dan nyeri	baik
Vibrasi dan Propriosepsi	baik
Integrasi Sensasi	baik





3) Sistem imunitas

Alergi : Tidak ada.  
 Anti biotik : Tidak ada.  
 WBC : Tidak ada.

4) Status Cairan

Tabel cairan dalam 24 Jam

Tanggal	Intake	Out put	Balance Cairan
18/24 /6	Infus : 1500 Minum = 1500 cc Total Input = 3000	Urine = 2000 cc LWL = 1035 cc Total output = 3035	-35 cc
19/24 /6	Infus : 1500 Minum = 1500 Total Input = 3000	Urine : 1900 LWL = 1035 cc Total output = 2935	+65 cc
20/24 /6	Infus : 1500 Minum = 1500 Total Input = 3000	Urine : 1900 LWL = 1035 Total output = 2935	+65 cc

5) Status Ekonomi Kesehatan

Pasien menggunakan BPJS kelas 3.

6) Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

a. Laboratorium Ke ... tanggal 14 Juni 2024

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Nilai	Keterangan
Hemoglobin	P: 12.0-16.0	g/dl	8.8	
Leukosit	4400-11300	$10^3/dl$	19500	
Hematokrit	P: 35-47	%	28.8	
Trombosit	PL 3,6-3,8	$10^3/ul$	258000	
Eritrosit	5b.000-450.000	$10^6/UL$	3.57	
Eosinofil	0-5.100	%	6.5	
Neutrofil	50-70	%	70.7	
Basofil	0-1	%	0.5	
Limfosit	25-40	%	20.4	
Monosit	2-8	%	1.9	

b.) Hasil foto rontgen thorax  
Kesimpulan:

c.) Hasil = 1. Pembesaran ventrikel sinistra

2. Pleural effusi duplex

3. Bronchopneumonia paru (BPN) non spesifik, spesifik (TB paru)

7.) Terapi medis

- Infus set RL
- Ceftriaxon
- Ranitidin
- Farbivent
- Budesma

8.) Terapi Nutrisi

Diet: THTP

22/6/24

Christy

Rizki. avi. 5



## Analisa Data

Data	Problem	Etiologi
<p>DS: Pasien mengatakan batuk, sesak napas, sulit mengeluarkan dahak.</p> <p>DO: Pasien tampak batuk, sesak napas dan sulit mengeluarkan sekret.</p> <p>TO = 138/83 mmHg                      N = 166 x/menit                      RR = 33 x/menit                      S = 36,1                      SpO<sub>2</sub> = 94                      Ronkhi (+), Wheezing (-)</p>	<p>Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif</p>	<p>Hiperskresi jalan napas</p>
<p>DS: Pasien mengatakan nyeri dada saat batuk</p> <p>DO: Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>P = Saat batuk                      Q = Seperti di tusuk                      R = Dada                      S = 5                      T = Hilang timbul</p>	<p>Nyeri Akut</p>	<p>Agen pencedera Fisik</p>
<p>DS: Pasien mengatakan pmas dan lemah saat/sesudah batuk</p> <p>DO: Pasien tampak lemas dan semua aktifitas di bantu keluarga.</p>	<p>Intoleransi Aktifitas</p>	<p>Kelemahan</p>

## Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan Jalan Napas tidak efektif b.d Hipersekresi jalan napas
2. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik
3. Intoleransi Aktifitas b.d Kelemahan

## Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI															
Bersihan Jalan Napas tidak Efektif (0-0149)	Bersihan jalan Napas (-S1001) Setelah dilakukan tindakan Keperawatan x 24 jam diharapkan masalah Keperawatan ini kembali Ekspektasi: membaik. Dengan Kriteria hasil:	Manajemen jalan napas (S1011) Observasi: - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (oris gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik: - Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head tilt dan chin-tilt, (Jaw thrust jika ada trauma servikal) - Posisikan Semi Fowler atau Fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisio terapi dada, jika perlu - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan hiper-oksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal - Keluarkan sumbatan benda pada forsep mc gill - Berikan oksigen, jika perlu Edukasi: - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak kontraindikasi - Ajarkan teknik batuk efektif															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Batuk efektif</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	SA	ST	Gelisah	3	5	Produksi sputum	2	5	Batuk efektif	2	5	Frekuensi napas	2	5	
INDIKATOR	SA	ST															
Gelisah	3	5															
Produksi sputum	2	5															
Batuk efektif	2	5															
Frekuensi napas	2	5															
	<p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun, meningkat, membaik, memburuk</li> <li>2. Cukup menurun, cukup meningkat, cukup memburuk, cukup membaik</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat, cukup menurun, cukup membaik, cukup memburuk</li> <li>5. Meningkat, menurun, membaik, memburuk.</li> </ol>																

		Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian broncodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.		
Nyeri Akut (D)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan Keperawatan x 24 jam Diharapkan masalah Keperawatan teratasi Ekspektasi : Menurun. Dengan Kriteria hasil :	Manajemen nyeri (I.08258) Tindakan Observasi		
	INDIKATOR	SA	ST	- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
	Keluhan nyeri	2	5	- Identifikasi skala nyeri
	Meringis	2	5	- Identifikasi respon nyeri non verbal
	Gelisah	3	5	- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
	Kesulitan tidur	2	5	- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
	Keterangan :			- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
	1. Meningkat, menurun			- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
	2. Cukup meningkat, cukup menurun			- Monitor keberhasilan terap.
	3. Sedang			Komplementer yang sudah diberikan
	4. Cukup menurun, cukup meningkat			- Monitor efek samping penggunaan analgetik.
	5. Menurun			Terapeutik
				- Berikan teknik non farmakologi untuk meredakan nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeed back, terapi pijat, aromaterapi, imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
				- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
				- Fasilitasi istirahat dan tidur
				- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dlm pemeliharaan strategi meredakan nyeri.





					<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>- Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>- Ajarkan teknik non farmakologi untuk meredakan nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.</li> </ul>															
Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Toleransi Aktivitas (L.05047)	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan x24 jam diharapkan masalah Keperawatan Teratasi. Ekspektasi: Membaik Dengan kriteria hasil:	Manajemen Energi (I.05178)	Tindakan Observasi.	<p>22/6/24</p> <p>Handwritten signature</p> <p>Handwritten initials</p>															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan Lelah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan Lemah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemudahan dalam Melakukan Aktivitas Sehari-hari</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	SA	ST	Keluhan Lelah	2	5	Perasaan Lemah	2	5	Kemudahan dalam Melakukan Aktivitas Sehari-hari	2	5	Frekuensi napas	2	5		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Monitor Kelelahan fisik dan emosional</li> <li>- Monitor pola dan jam tidur</li> <li>- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan yang nyaman dari rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>- Lakukan latihan rentang gerak pasif / aktif</li> <li>- Bersihkan aktivitas diupayakan istirahat</li> <li>- Fasilitas duduk disisi tempat tidur, jika tidak bisa berjalan</li> </ul>	
INDIKATOR	SA	ST																		
Keluhan Lelah	2	5																		
Perasaan Lemah	2	5																		
Kemudahan dalam Melakukan Aktivitas Sehari-hari	2	5																		
Frekuensi napas	2	5																		
		<p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. menurun, meningkat; membaik, memburuk</li> <li>2. cukup membaik, cukup memburuk, cukup menurun, cukup meningkat.</li> <li>3. sedang</li> <li>4. cukup membaik, cukup memburuk, cukup meningkat, cukup menurun</li> <li>5. membaik, memburuk, meningkat, menurun</li> </ol>		<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan tirah baring</li> <li>- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>- Anjurkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul>																

## Implementasi Keperawatan

No	Tgl / Jam	Dx / Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1	18/6/24	Bersihkan jalan Napas tidak Efektif			
	10-30		- Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	S = pasien menyatakan sesak napas O = RR = 35 x / menit Pasien tampak sesak napas.	↓
	10-33		- Memonitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)	S = - O = Ronchi (+) Wheezing (-)	↓
	10-35		- Memonitor Sputum (jumlah, warna, bau)	S = Pasien mengatakan sulit mengeluarkan Sputum / Sekret O = Produksi Sputum ber lebih	↓
	10-40		memposisikan pasien - Semi Fowler atau Fowler	S = Pasien mengatakan lebih nyaman posisi Setengah duduk O = Pasien tampak lebih nyaman posisi Semi fowler	↓
	13.00		Mengajarkan teknik batuk efektif	S: Pasien mengatakan paham prosedur dan mau melakukannya. O = Pasien melakukan batuk efektif dan Sekret keluar	↓
2	19.10	Nyeri Akut	- Mengidenifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, Frekuensi, Intensitas nyeri.	S = Pasien mengatakan nyeri Pada dada, nyeri saat batuk, nyeri seperti ditusuk, hilang timbul O = Pasien tampak mengalami kesulitan Saat batuk P = Nyeri Saat batuk A = Seperti di tusuk-tusuk R = dada T = hilang timbul	↓

13-13		Mengidentifikasi skala nyeri	5: Pasien mengatakan skala nyeri sedang 0: 5 = 5	J
13-15		Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	5: Pasien mengatakan sakit / nyeri bertambah saat batuk 0: Pasien tampak kesakitan usai batuk	J
13-18		Mengajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (nafas dalam)	5: Pasien mengatakan paham prosedur 0: Pasien melakukan nafas dalam	J
13-25	Intoleransi Aktivitas	- Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	5: Pasien mengatakan lemas setelah batuk dan mengeluarkan sekret 0: Pasien tampak lemas	J
13-30		- Monitor pola dan jam tidur	5: Pasien mengatakan tidak bisa tidur terhadang tidur terbangun karena batuk. 0: Pasien tampak kurang tidur. Tidur 3 jam dalam sehari	J
13-35		- Mengajarkan tirah baring - Mengajarkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	5: Pasien mengatakan paham prosedur 0: pasien tampak paham 5: Pasien mengatakan paham 0: Pasien tampak paham	J J



08.50	Intoleransi: Aktivitas	memonitor kelelahan	S: Pasien mengatakan lemas karena setelah di nebulizer muntah dahak O: Pasien tampak lemas	J
09.20		Melakukan aktivitas bertahap (duduk)	S: Pasien mengatakan harus dibantu O: Pasien duduk dibantu keluarga	J
	Bersihan Jalan nafas tidak efektif			
08.10		memonitor pola nafas	S: Pasien mengatakan nafasnya sudah tidak sesak O: Nafas pasien sudah membaik RR: 22 x/menit	J
08.13		mengkolaborasi pemberian Nebulizer	S: - O: Pasien kooperatif	J
13.00		melakukan batuk efektif	S: Pasien mengatakan paham prosedur O: Pasien tampak paham dan mengikuti arahan	J
13.15		memonitor Sputum	S: Pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahak dan O: Produksi sputum ↓	J
13.18	Nyeri akut	memonitor skala nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri sudah ringan dan nyeri sangat jarang dirasakan. O: S: 2	J

## Evaluasi Keperawatan

No	Tgl / Jam	Dx Keperawatan	Evaluasi (S.O.A.P)	Paraf																				
1	18/6 14.00	Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif	<p>S: Pasien mengatakan masih sesak nafas dan sulit mengeluarkan dahak</p> <p>O: Pasien tampak gelisah, sesak nafas dan tidak bisa mengeluarkan sekret dengan baik. RR = 35x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">INDIKATOR</th> <th style="text-align: center;">A</th> <th style="text-align: center;">T</th> <th style="text-align: center;">S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gelisah</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Produksi Sputum</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Batuk efektif</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>2. Monitor Sputum (jumlah, warna, bau)</li> <li>3. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik</li> <li>4. Implementasi batuk efektif</li> </ol>	INDIKATOR	A	T	S	Gelisah	3	5	3	Produksi Sputum	2	5	2	Batuk efektif	2	5	2	Frekuensi nafas	2	5	2	↓
INDIKATOR	A	T	S																					
Gelisah	3	5	3																					
Produksi Sputum	2	5	2																					
Batuk efektif	2	5	2																					
Frekuensi nafas	2	5	2																					
2	18/6 14.10	Nyeri Akut	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada dada, nyeri seperti di tusuk, skala sedang, hilang timbul, nyeri saat batuk</p> <p>O: Pasien tampak meringis (kesulitan)</p> <p>P: Saat batuk</p> <p>Q: Seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R: Dada</p> <p>S: 5</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">INDIKATOR</th> <th style="text-align: center;">A</th> <th style="text-align: center;">T</th> <th style="text-align: center;">S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. monitor skala nyeri</li> <li>2. Implementasi Nafas dalam</li> </ol>	INDIKATOR	A	T	S	Keluhan nyeri	2	5	2	Meringis	2	5	2	Gelisah	3	5	3	Kesulitan tidur	2	5	2	↓
INDIKATOR	A	T	S																					
Keluhan nyeri	2	5	2																					
Meringis	2	5	2																					
Gelisah	3	5	3																					
Kesulitan tidur	2	5	2																					



No	Tgl/jam	Dx Keperawatan	Evaluasi (S-O-A-P)	Paraf																				
3	18/6/24 14.15	Intoleransi Aktivitas	<p>S: Pasien mengatakan masih sangat lemas sesudah bangun, semua aktivitas harus dibantu oleh keluarganya.</p> <p>O: Pasien tampak lemas dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan lekas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Perasaan lemah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari.</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kelelahan</li> <li>2. Lakukan aktivitas bertahap</li> </ol>	INDIKATOR	A	T	S	Keluhan lekas	2	5	2	Perasaan lemah	2	5	2	Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari.	2	5	2	Frekuensi nafas	2	5	2	
INDIKATOR	A	T	S																					
Keluhan lekas	2	5	2																					
Perasaan lemah	2	5	2																					
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari.	2	5	2																					
Frekuensi nafas	2	5	2																					
1-	19/6/24 14.00	Bersihkan Jalan Nafas tidak efektif	<p>S: Pasien mengatakan nafas sudah membaik, sudah bisa mengeluarkan dahak sedikit</p> <p>O: RR = 28 x / menit, Produksi Sputum ↓</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Produksi Sputum</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Batuk efektif</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>2. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, ekspektoran.</li> <li>3. Implementasi batuk efektif</li> </ol>	INDIKATOR	A	T	S	Gelisah	3	5	4	Produksi Sputum	2	5	5	Batuk efektif	2	5	3	Frekuensi nafas	2	5	5	
INDIKATOR	A	T	S																					
Gelisah	3	5	4																					
Produksi Sputum	2	5	5																					
Batuk efektif	2	5	3																					
Frekuensi nafas	2	5	5																					

No	Tgl / Jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1	19/6/24	Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif			
	08.00		Memonitor pola nafas (Frekuensi, Kealaman, Usaha nafas)	S = - O = RR = 28 Nafas Pasien tampak lebih baik dari sebelumnya	J
	08.02		Memonitor Sputum (jumlah, warna, bau)	S: Pasien mengatakan masih sulit mengeluarkan sekret O: Produksi Sputum (+)	J
	08.10		Mengkolaborasi pemberian bronko dilator, ekspektoran, mukolitik (pemberian Nebulizer Fariivent, budesma)	S: - O: Pasien kooperatif	J
	09.00		melakukan batuk efektif	S: Pasien paham prosedur O: pasien tampak paham dan melakukannya	J
	09.05	Nyeri Akut	Memonitor skala nyeri	S: Pasien mengatakan skala nyeri masih sedang, tetapi lebih baik dari sebelumnya. O: S = 4	J
	09.00		melakukan nafas dalam	S: Pasien menyatakan paham prosedur O: Pasien tampak mengikuti arahan	J
	09.30		Fasilitasi istirahat dan tidur.	S: Pasien menyatakan ingin beristirahat O: pasien beristirahat	J



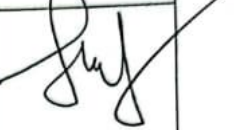
No	Tgl/jam	Dx Keperawatan	Evaluasi (S.O.A.P)	Paraf																				
2	19/6/24 14.10	Nyeri Akut	<p>S: Pasien mengatakan nyeri berumurang lebih baik dari sebelumnya.</p> <p>O: Pasien lebih rileks, S: 4</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <table border="1"><thead><tr><th>INDIKATOR</th><th>A</th><th>T</th><th>S</th></tr></thead><tbody><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Kesulitan tidur</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr></tbody></table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor Skala nyeri</p>	INDIKATOR	A	T	S	Keluhan nyeri	2	5	3	Meringis	2	5	4	Gelisah	3	5	4	Kesulitan tidur	2	5	3	
INDIKATOR	A	T	S																					
Keluhan nyeri	2	5	3																					
Meringis	2	5	4																					
Gelisah	3	5	4																					
Kesulitan tidur	2	5	3																					
3	19/6/24	Intoleransi Aktivitas	<p>S: Pasien mengatakan kelelahan berkurang, aktivitas masih dibantu keluarganya</p> <p>O: Pasien tampak lebih rileks, aktivitas masih dibantu. RR: 28 x/menit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <table border="1"><thead><tr><th>INDIKATOR</th><th>A</th><th>T</th><th>S</th></tr></thead><tbody><tr><td>Keluhan lelah</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Perasaan lemah</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>Frekuensi nafas</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr></tbody></table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor kelelahan 2. Lakukan aktivitas sehari-hari</p>	INDIKATOR	A	T	S	Keluhan lelah	2	5	3	Perasaan lemah	2	5	3	Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	2	5	2	Frekuensi nafas	2	5	3	 dit ditulis
INDIKATOR	A	T	S																					
Keluhan lelah	2	5	3																					
Perasaan lemah	2	5	3																					
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	2	5	2																					
Frekuensi nafas	2	5	3																					



No	Tgl/Jam	Dx Keperawatan	Evaluasi (S.O.A.P)	Paraf																				
1	20/6/24 14.00	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak merasa nafas, bisa mengeluarkan dahak dgn baik</p> <p>O: Pasien tampak membaik dan rileks RR. 22 x/menit, Sputum ↓</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Produksi Sputum</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Katuk efektif</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi</p>	INDIKATOR	A	T	S	Gelisah	3	5	5	Produksi Sputum	2	5	5	Katuk efektif	2	5	5	Frekuensi nafas	2	5	5	J
INDIKATOR	A	T	S																					
Gelisah	3	5	5																					
Produksi Sputum	2	5	5																					
Katuk efektif	2	5	5																					
Frekuensi nafas	2	5	5																					
2	20/6/24 14.10	Nyeri Akut	<p>S: Pasien mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan. nyeri skala ringan</p> <p>O: Pasien tampak rileks. S = 2</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi</p>	INDIKATOR	A	T	S	Keluhan nyeri	2	5	5	Meringis	2	5	5	Gelisah	3	5	5	Kesulitan tidur	2	5	5	J
INDIKATOR	A	T	S																					
Keluhan nyeri	2	5	5																					
Meringis	2	5	5																					
Gelisah	3	5	5																					
Kesulitan tidur	2	5	5																					
3	20/6/24 14.15	Intoleransi Aktivitas	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak lemas, sudah bisa duduk mandiri, berjalan masih dibantu</p> <p>O: Pasien tampak bugar, pasien dapat duduk mandiri, berjalan masih dibantu</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan lemah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi</p>	INDIKATOR	A	T	S	Keluhan lelah	2	5	5	Perasaan lemah	2	5	5	Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	2	5	4	Frekuensi nafas	2	5	5	J
INDIKATOR	A	T	S																					
Keluhan lelah	2	5	5																					
Perasaan lemah	2	5	5																					
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	2	5	4																					
Frekuensi nafas	2	5	5																					

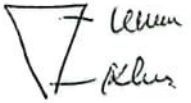
Lampiran 8 :

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
F.	3/6 24	Bab I ⊖ Materi PPOK ⊕ Intervensi Bersihan Jalan napas dan Efektif Tandu kean- 3 manifest (lihat Panduan) ⊕ Depresi PDK1 Bersihan jalan napas dan efektif Patway fokus bersihan jalan napas dan bagian Efektif ⊕ Etika studi kasus.	



Lampiran 8 :

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	29/8/2021	<p>Gob J</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tiap paragraf harus runtut.</li> <li>- SPK (deskripsi, Analisis, Kesimpulan, Keterangannya)</li> <li>- Trafo kelas tinggi = panel tegang rendah jadi kejut listrik</li> <li>- Cara sel &amp; freat dari keceram - kimia atau pinda, kobalt.</li> </ul> <p style="text-align: center;">  </p>	<p>OK Orsis</p>



Lampiran 8 :

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
2	27/5/2024	Gab I - perbaikan tata urutan Paragraf - SPOR.	
3	29/5/2024	- Gab I . perbaikan susunan Kalimat . SPOR. - Tambahan gambar	

Lampiran 8 :




## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
A	3/6/2024	Sub II perbaikan rencana kerja, pelaksanaan - Pathway & telenet, jaringan Program Sub II perbaikan rencana kerja	
E	4/6/2024	Sub II perbaikan Konseptor perbaikan Pathways perbaikan cara ambil sumber - Pathways & perbaikan Sub II perbaikan rencana kerja	



Lampiran 8 :

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK



NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
6	5/6 2024	Bab 2 - Bab Konsep TSP Perencanaan & Waktu Kerja Kandang upr. Bekal Bab III Lampiran dalam lampiran 101 Struktur efektif	 
7	6/6 2024	- Bab I, II, III • Perencanaan Refensi Kerja Nama/keang. • Daftar Pertakutan cel. kembang Lokasi manual & mendel	

Lampiran 8 :



## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
8	27/6/2022	<p>- Gab IV            perbaikan / tambahkan data            Pglajm (Foreach dan            level lain per kintat            ke klind)</p> <p>- Gab V            perubahan menggunakan            penyimpangan            - ketidaksi            - analisis data            - deskriptor            - Evaluasi</p>	<p>Bl            Jatin</p>
9	28/6/2022	<p>- Gab panel + 25 detail            dengan satr</p> <p>- Gab I, II, III, IV, V panel            dengan perbaikan / tambah            kemampuan dengan fungsi</p>	<p>Bl            Jatin</p>

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
10	1/7/2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bab Judul diganti Kasus mydi. Kasus.</li> <li>- Bab II</li> <li>Tambahan Konsep Bprn (Etiologi, tanda/gejala)</li> <li><del>- Pathways</del></li> <li>- Pathways digabungkan dgn Bprn nya!</li> </ul>	
11	7/7/2024	Ae upan hasil	

LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
2		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bab IV ditambah materi</li> <li>- Bab II Pathways</li> </ul>	
3		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Judul "Course"</li> <li>- Bab II Pathways di tambah kom brpm</li> </ul>	
4		Acc Bab 1- v	