

L

A

M

P

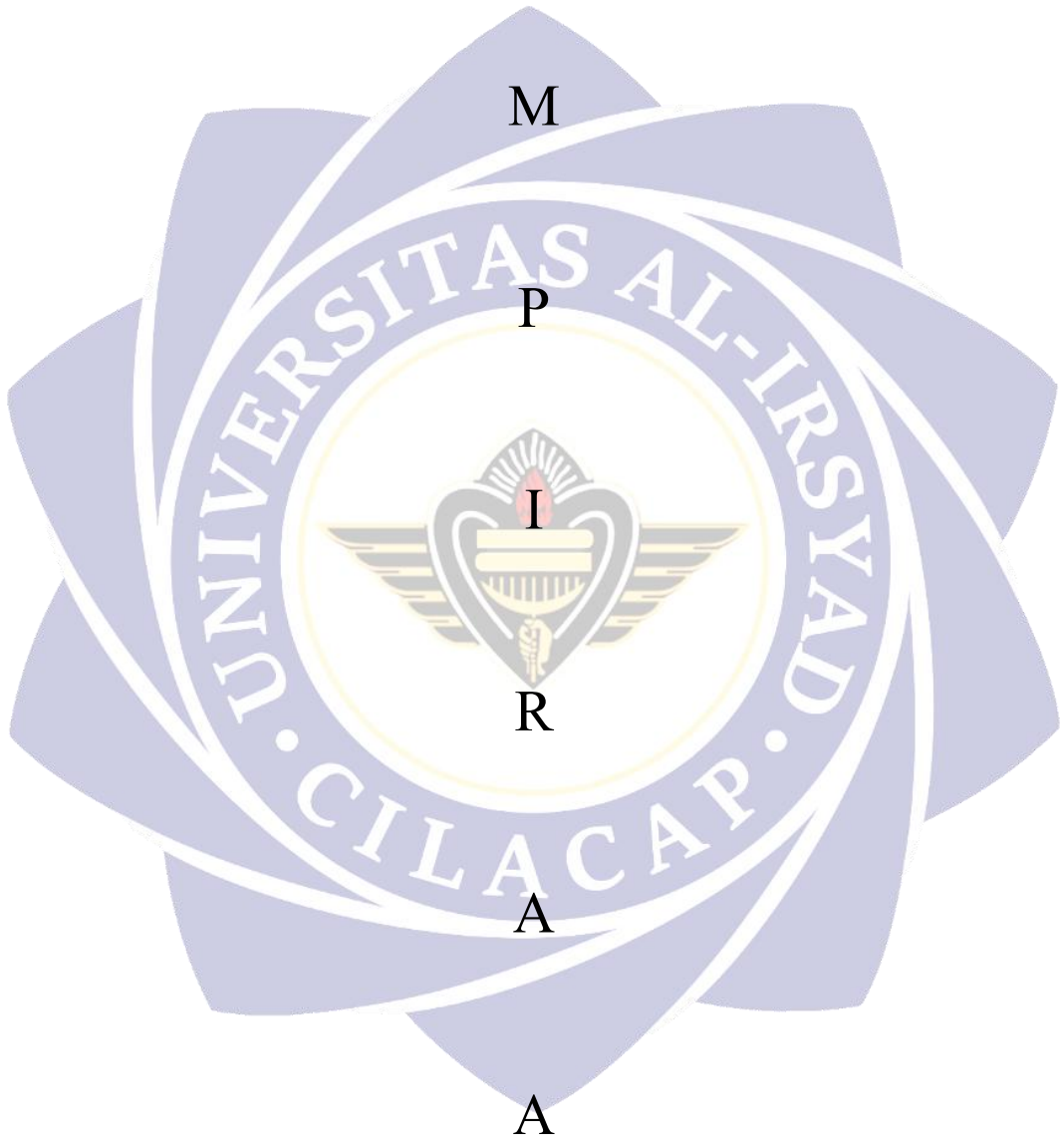
I

R

A

A

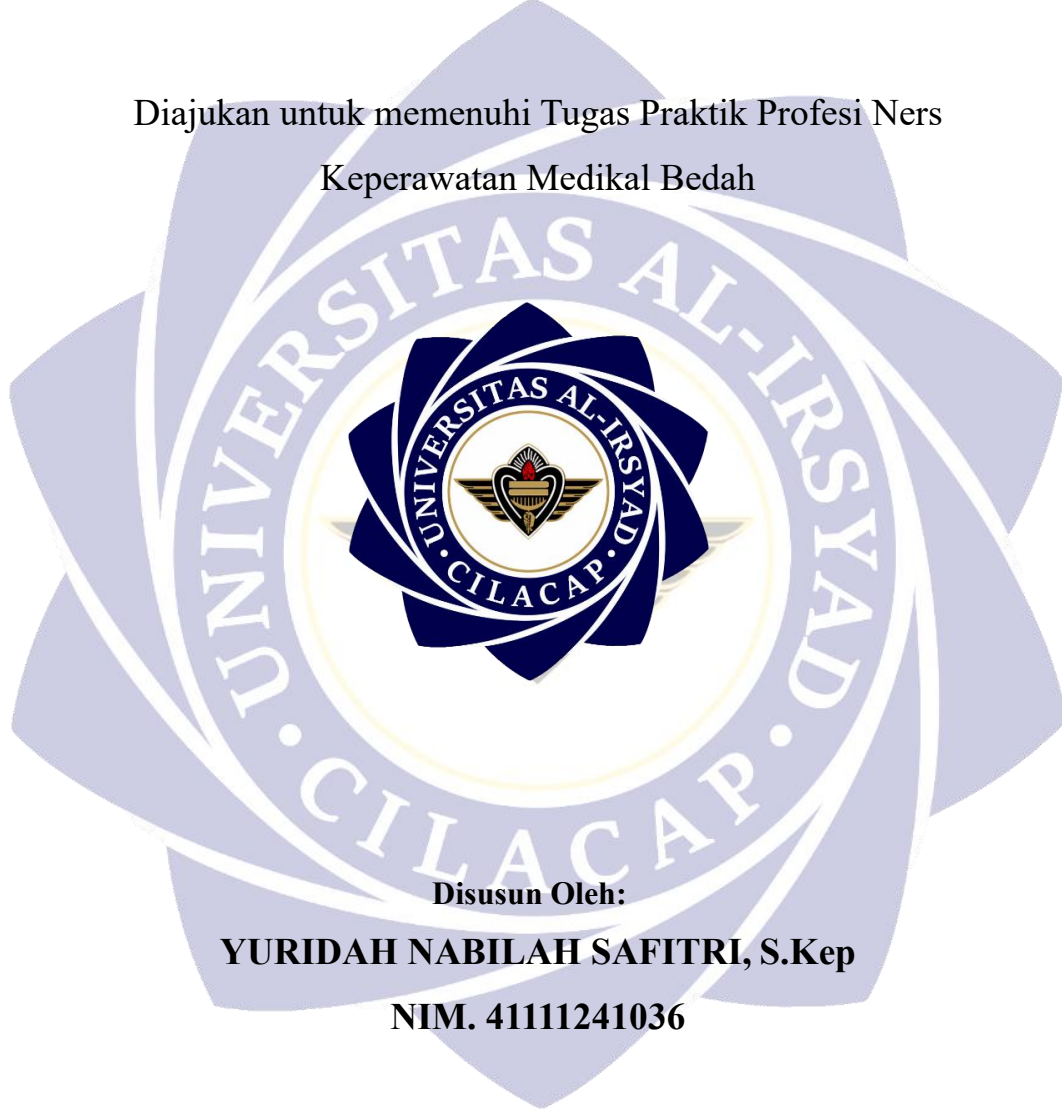
N



Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T DENGAN PENYAKIT
EFUSI PLEURA DI RUANG SOEPARJO RUSTAM
RSUD Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

Diajukan untuk memenuhi Tugas Praktik Profesi Ners
Keperawatan Medikal Bedah



Disusun Oleh:

YURIDAH NABILAH SAFITRI, S.Kep

NIM. 41111241036

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
TAHUN 2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN
PRAKTIK PROFESI KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH (PPKMB)**

Nama Mahasiswa : Yundah Nabilah Safitri
Tempat Praktik : Ruang Soeparjo Rustam
Tanggal : 3 Desember 2024

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama : In.T (60 th) L/P
2. Tempat/tanggal lahir : Cilacap 05-06-1964
3. Golongan darah : A/OB/AB
4. Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3
5. Agama : Islam/Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : kawin/belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)
8. Pekerjaan : Pensiun PNS
9. Alamat : Majenang
10. Diagnosa medik : Emusi pleura

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Ny. C
2. Umur : 50 th
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Istri
7. Pendidikan terakhir : SMP
8. Alamat : Majenang

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Pasien mengeluh sesak dan napas terasa berat
2. Faktor pencetus :
Aktivitas Berat
3. Lamanya keluhan : 2 Bulan yang lalu

4. Timbulnya keluhan : (✓) bertahap () mendadak
5. Faktor yang memperberat : Aktivitas berat

B. Status kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :
CHF (gagal jantung)
2. Kecelakaan
tidak ada

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : CHF
2. Waktu : Oktober 2024
3. Riwayat operasi : peradangan usus Besar tahun 2008

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri
Pasien mengatakan kesehatan itu penting dan
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
Pasien mengatakan perawatan yang diberikan sudah sesuai dengan penyakitnya, pasien mengatakan ingin segera sembuh dan penyakit yang di derita
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
- 1) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
tidak ada kebiasaan diet
- 2). Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
Pasien mengatakan rutin kontrol, dan sudah pernah melakukan 3x vaksinasi covid 19
- 3). Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
- a). Yang dilakukan bila sakit
Pasien memeriksakan kondisinya ke klinik/RS terdekat
- b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit
klinik / RS terdekat
- c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga) Merokok : (-)... pak/hari, lama : ... (-)... tahun
Alkohol : ... (-)..., lama ... (-)... Tahun
Kebiasaan olah raga, jenis : ... (-)..., frekuensi : ... (-)...

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1). Penghasilan Rp. 3.000.000
- 2). Asuransi/jaminan kesehatan BPJS
- 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal Berdekatan dengan saudara

2. Nutrisi, cairan dan metabolik

a) Gejala (subyektif)

- 1) Diet biasa (tipe) : Nasi lunak jumlah makan/hari : 3 sup / 3x sehari
- 2) Pola diit : ... Nasi ... makan terakhir :
- 3) Nafsu/selera makan : Kurang. Mual : Ya Tidak, waktu : Pada saat makan
- 4) Muntah : (✓) tidak ada () ada, jumlah :
Karakteristik :
- 5) Nyeri ulu hati : (✓) tidak ada () ada,
Karakter/penyebab:
- 6) Alergi makanan : (✓) tidak ada () ada
Jelaskan
- 7) Masalah mengunyah/menelan : (✓) tidak ada () ada
Jelaskan
- 8) Keluhan demam : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 9) Pola minum/cairan : jumlah minum 1 liter air putih setiap hari
Cairan yang biasa diminum Air putih
- 10) Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : () tidak ada (✓) ada,
Jelaskan BB sebelum sakit 70 kg BB sekarang 70 kg

b) Tanda (obyektif)

- 1) Suhu tubuh °C
Diaphoresis : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 2) Berat badan: 70 kg Tinggi badan: 165 cm
Turgor kulit: < 3 detik Tonus otot: 4/4
- 3) Edema : (✓) tidak ada () ada,

lokasi dan karakteristik.....

- 4) Ascites : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 5) Integritas kulit perut Baik ada luka post op usus besar Lingkar abdomen: tidak tercapai
- 6) Distensi vena jugularis : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 7) Hernia/masa : (☒) tidak ada () ada,
lokasi dan karakteristik.....
- 8) Bau mulut/halitosis: (☒) tidak ada () ada
- 9) Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :
Mulut bersih, gigi bersih, mukosa bibir pucat, lidah bersih

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

a) Gejala subyektif:

- 1) Dispneu : () tidak ada (☒) ada, jelaskan
- 2) Yang meningkatkan/mengurangi sesak sesak berkurang jika posisi semi fowler
- 3) Pemajanan terhadap udara berbahaya tidak ada
- 4) Penggunaan alat bantu : () tidak ada (☒) ada,
terapi oksigen menggunakan nasal kanul 3 lpm

b) Tanda obyektif:

- 1) Pernafasan : frekuensi 32x/menit Kedalaman Napas dangkal dan cepat
Simetris ada kanan dan kiri
- 2) Penggunaan alat bantu nafas Tidak ada
Nafas cuping hidung Tidak ada
- 3) Batuk : tidak ada Sputum (karakteristik) tidak ada
- 4) Fremitus : tidak ada Bunyi nafas Ronchi
- 5) Egofoni : tidak ada Sianosis : tidak ada

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

1) Gejala subyektif:

- a) Kegiatan dalam pekerjaan Tidak ada
- b) Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
- a) Pergerakan tubuh Terbatas
- b) Kemampuan merubah posisi : () mandiri (☒) perlu bantuan,
Jelaskan Pasien mengeluh badan terasa lemah
- c) Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
- d) () mandiri (☒) perlu bantuan, jelaskan
- c) Toileting (BAB/BAK) : () mandiri (☒) perlu bantuan,
jelaskan.....

Pasien mengeluh badan terasa lemas, sehingga untuk
baik memerlukan bantuan

- d) Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : () tidak ada (✓) ada, Jelaskan
Pasien mengatakan terasa sesak jika setelah aktivitas
- e) Mudah merasa kelelahan : () tidak ada (✓) ada, jelaskan
Pasien mengatakan mudah terasa lelah
- f) Toleransi terhadap aktivitas : () baik (✓) kurang, jelaskan
Pasien mengatakan badan terasa lemas

2) Tanda obyektif :

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati Baik tetapi perlu bantuan
- 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi). Tidak ada
- 3). Penampilan umum :
1. Tampak lemah : () tidak (✓) ya, jelaskan Tampak lemah di atas bad
2. Kerapian berpakaian Sedikit kurang rapih
- 4). Pengkajian neuromuskuler :
- Masa/tonus : ~~5/5~~
- Kekuatan tot : Sedikit melemah
- Rentang gerak : Terbatas
- Deformitas : Tidak ada
- 5). Bau badan : Tidak ada bau Bau mulut : Tidak ada bau mulut
- Kondisi kulit kepala : Sedikit berminyak
- Kebersihan kuku : kuku tampak sedikit panjang

5. Istirahat

a) Gejala subyektif :

- 1) Kebiasaan tidur Tidur siang 1-2 jam, tidur malam 6-7 jam
Lama tidur 7-8 jam
- 2) Masalah berhubungan dengan tidur
- Insomnia : (✓) tidak ada () ada
- Kurang puas/segar setelah bangun tidur : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- Lain-lain, sebutkan Pasien mengatakan istirahat cukup

b) Tanda obyektif :

- 1) Tampak mengantuk/mata sayu : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 2) Mata merah : (✓) tidak ada () ada
- 3) Sering menguap : (✓) tidak ada () ada
- 4) Kurang konsentrasi : (✓) tidak ada () ada

6. Sirkulasi

a) Gejala subyektif :

- 1) Riwayat hipertensi dan masalah jantung : (✓) tidak ada () ada,

- Jelaskan
- 2) Riwayat edema kaki : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 3) Flebitis Tidak ada () Penyembuhan lambat
- 4) Rasa kesemutan Tidak ada
- 5) Palpitasi Tidak ada
- b) Tanda obyektif :
- 1) Tekanan darah 132/81 mmHg
- 2) Mean Arteri Pressure (MAP) : 100% / menit
- 3) Nadi :
1. Karotis : Tidak terkaifi
2. Femoralis : tidak terkaifi
3. Popliteal : Tidak terkaifi
4. Jugularis : Tidak terkaifi
5. Radialis : Tidak terkaifi
6. Dorsal pedis : Tidak terkaifi
7. Bunyi jantung : Irreguler
- Frekuensi : tidak terkaifi Irama : Teratur
- Kualitas : Baik Murmur : Tidak ada
- Gallop : Tidak ada
8. Pengisian kapiler : < 3 detik Varises : Tidak ada
- Phlebitis : Tidak ada
9. Warna membrane mukosa : Pucat Bibir : Kering
- Konjungtiva : Tidak anemis Sklera : Putih
- Punggung kuku : Seditit berwarna ungu pucat putih

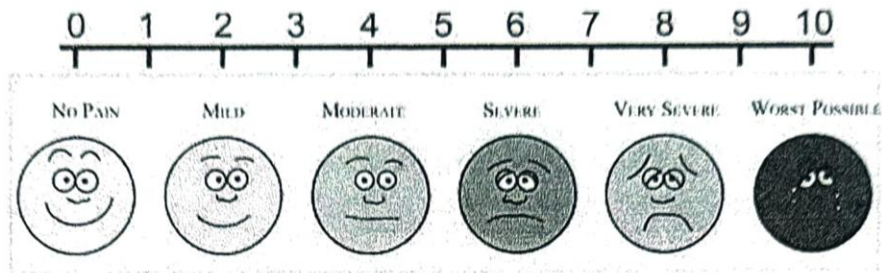
7. Eliminasi

- a) Gejala subyektif :
- 1) Pola BAB : frekuensi : 1 kali konsistensi : lunak keluar hanya sedikit
- 2) Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : Tidak ada
- 3) Kesulitan BAB : Tidak ada konstipasi : Tidak ada
- Diare : Tidak ada
- 4) Penggunaan laksatif : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 5) Waktu BAB terakhir : Pagi tadi
- 6) Riwayat perdarahan : Tidak ada
- Hemorrhoid : Tidak ada

- 7) Riwayat inkontinensia alvi : Tidak ada
- 8) Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : Tidak ada
- 9) Riwayat penggunaan diuretik : Tidak ada
- 10) Rasa nyeri/terbakar saat BAK : Tidak ada
- 11) Kesulitan BAK : Tidak ada
- b) Tanda obyektif:
- 1) Abdomen :
- (a) Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak jelaskan tidak tampak membuncit
- (b) Auskultasi : bising usus 35x/menit
Bunyi abnormal : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- (c) Perkusi
Bunyi timpani ☒ tidak ada () ada
Kembung ☒ tidak ada () ada
Bunyi abnormal ☒ tidak ada () ada
Jelaskan.....
- (d) Palpasi :
Nyeri tekan : tidak ada
Nyeri lepas : tidak ada
Konsistensi : padat lunak/keras : lunak
Massa : ☒ tidak ada () ada, jelaskan.....
- 2) Pola BAB : konsistensi lunak
warna cahlat kuning Abnormal : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan.....
- 3) Pola BAK : dorongan tidak ada Frekuensi 3-4 kali
Retensi tidak ada
Distensi kandung kemih : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
1. Karakteristik urin : kuning sedikit pekat
Jumlah 600-800 cc Bau kuat
2. Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan
- Tidak terpasang kolostomi

8. Neurosensori dan kognitif

a) Gejala subyektif :



1) Adanya nyeri

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

Nyeri berkurang jika posisi semi Fowler

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

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)

Nyeri di dada sebelah kiri

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

skala nyeri 5

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya)

hilang timbul

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

3) Sakit kepala : lokasi nyeri Tidak ada

Frekuensi :

4) Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi Tidak ada

5) Kejang : ☒ tidak ada () ada

Jelaskan.....

Cara mengatasi:.....

6) Mata : penurunan penglihatan ☒ tidak ada () ada,

Jelaskan

7) Pendengaran : penurunan pendengaran ☒ tidak ada () ada,

Jelaskan

8) Epistaksis : ☒ tidak ada () ada

Jelaskan

b) Tanda obyektif :

1) Status mental :

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

- 2) Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) 4
 Respon motorik (M) 6 respon verbal (V) 5
- 3) Terorientasi/disorientasi :
 waktu Batu Tempat Orientasi baik
 Orang Orientasi baik
- 4) Persepsi sensori : ilusi Tidak ada
 halusinasi Tidak ada Delusi Tidak ada
 Afek Baik Jelaskan
- 5) Memori :
 Saat ini Memori baik
- 6) Masa lalu Baik
- 7) Alat bantu penglihatan/pendengaran : (☒) tidak ada () ada,
 sebutkan.....
- 8) Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki Baik
 Ukuran pupil 3mm
- 9) Fascial drop Tidak ada Postur Baik
 Reflek Baik
- 10) Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada (☒) ada
 Respon emosional Baik penyempitan fokus Tidak ada

9. Keamanan

a) Gejala subyektif :

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

b) Tanda Obyektif :

- 1) Suhu tubuh 36,4 °C Diaforesis Tidak ada
- 2) Integritas jaringan
Terdapat Jaringan Parut pada bagian abdomen post OP Peradangan usus besar
- 3) Jaringan parut : () tidak ada (☒) ada, jelaskan
Panjang Jaringan Parut ± 15 cm post OP Peradangan usus besar
- 4) Kemerahan/pucat : (☒) tidak ada () ada, jelaskan

- 5) Adanya luka : luas... Tidak ada luka
kedalaman... (-) Drainase purulen... (-)
- 6) Peningkatan nyeri pada luka
Tidak ada luka
- 7) Ekimosis/tanda perdarahan lain... Tidak ada
- 8) Faktor resiko terpasang alat invasive : () tidak ada (✓) ada,
jelaskan... Terpasang infus pada tangan kiri
- 9) Gangguan keseimbangan : (✓) tidak ada () ada,
jelaskan...
- 10) Kekuatan umum... lemah tonus otot... 4/4
Parese/paralisa... Tidak ada

10. Seksual dan reproduksi

a) Gejala subyektif :

- 1) Pemahaman terhadap fungsi seksual... Baik
- 2) Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)
Istri memahami kondisi pasien yang sedang sakit
- 3) Permasalahan selama aktivitas seksual : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 4) Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis... Pasien mengatakan alat kelamin lengkap
Gangguan prostat... Tidak ada gangguan prostat
- 5) Pengkajian pada perempuan
 1. Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)
(-)
 2. Riwayat kehamilan
(-)
 3. Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
(-)

b) Tanda obyektif :

- 1) Pemeriksaan payudara/penis/testis
Pasien mengatakan alat kelamin lengkap
- 2) Kutil genital, lesi
Pasien mengatakan tidak ada lesi

11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping

a) Gejala subyektif :

- 1) Faktor stress... Tidak ada
- 2) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu).....

Pengambilan keputusan dibantu oleh 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)

Berdiskusikan dengan keluarga

- 4) Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang

Berdoa kepada Allah dan mengikuti anjuran dokter dalam perawatan

- 5) Perasaan cemas/takut : ☒ tidak ada () ada, jelaskan

- 6) Perasaan ketidakberdayaan : ☒ tidak ada () ada, jelaskan

- 7) Perasaan putusasaan : ☒ tidak ada () ada, jelaskan

- 8) Konsep diri :

Citra diri : Pasien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang paung disukai maupun yang tidak disukai, semuanya biasa saja

Ideal diri : pasien mengatakan ingin segera pulang dan sembuh

Harga diri : Pasien mengatakan tidak merasa harga dirinya rendah selama sakit

Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas :

Tidak ada

Konflik dalam peran : Tidak ada

- b) Tanda obyektif :

- 1) Status emosional : ☒ tenang, () gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung

- 2) Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah Sedikit meringis menahan nyeri

12. Interaksi sosial

- a) Gejala subyektif :

- 1) Orang terdekat & lebih berpengaruh

Istri dan anak

- 2) Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah

Istri dan keluarga

- 3) Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : ☒ tidak ada () ada, sebutkan

- 4) Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : ☒ tidak ada () ada, sebutkan

- b) Tanda obyektif :

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

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a) Gejala subyektif:

- 1) Sumber kekuatan bagi klien : Allah SWT dan keluarga
- 2) Perasaan menyalahkan Tuhan : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan
- 3) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya :
Macam : sholat, puasa dan berdoa
Frekuensi sholat 5 waktu
- 4) Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat tidak ada
- 5) Pemecahan oleh klien diskusi dengan keluarga
- 6) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : ☒ tidak ada () ada,
jelaskan
- 7) Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :
☒ tidak ada () ada, jelaskan

b) Tanda obyektif:

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

a. Data Penunjang

1) Laboratorium

Pemeriksaan Darah Lengkap: Tanggal 28-11-2024

PEMERIKSAAN	HASIL	INTERPRETASI	SATUAN	NILAI NORMAL
Darah lengkap				
Hemoglobin	12.7	L	g/dL	13.4-17.3
Leukosit	22890	H	/mm ³	5070-111000
Hematokrit	39	L	%	40-51
Eritrosit	4.57	L	106/uL	4.74-6.32
Trombosit	306000	N	/mm ³	185000-398000
MCV	85.4	N	fL	73.4-91
MCH	27.9	N	Pg	24.2-31.2
Hitung jenis				
Basofil	0.0	L	%	0.1
Eosinofil	0.4	L	%	0.7-5.4
Batang	0.8	H	%	3-5
Segmen	83.4	L	%	50-70
Limfosit	6.9	N	%	20.4-44.6
Monosit	8.5	H	%	3.6-9.9
Neutrofil	84.2	H	%	42.5-5.71
Granulosit	19080	N	%	1500-8500
Total limfosit count	1570	H	%	1000-10000
Neutrofit limfosit	12.264	N	Rasio	0.78-3.53
SGOT	45	N	U/L	< 50
SGPT	30	HH	U/L	< 41
Ureaum	72.20	H	Mg/dL	18-55
Kreatinin	1.70	N	Mg/dL	0-12
Glukosa Sewaktu	97	N	Mg/dL	80-139
Natrium	132	L	Mmol/dL	136-145
Kalium	5.18	H	Mmol/dL	3.5-5.1
Klorida	94	L	Mmol/dL	97-107

(a) Pemeriksaan Bilirubin: Tanggal 29-11-2024

PEMERIKSAAN	HASIL	INTERPRETASI	SATUAN	NILAI NORMAL
Bilirubin total	1.96	H	Mg/dL	< 1.1
Bilirubin direk	1.30	H	Mg/Dl	< 0.2
Bilirubin indirek	0.66	N	Mg/dL	0-1
HBsAg	Non Reaktif		COI	Non Reaktif
CEA	2.13	N	Ng/Ml	< 4.7
Anti HCV	Non Reaktif	N		Non Reaktif
Anti HAV IgM	Non Reaktif		COI	Non Reaktif

(b) Pemeriksaan Albumin: Tanggal 30-11-2024

PEMERIKSAAN	HASIL	INTERPRETASI	SATUAN	NILAI NORMAL
Albumin	3.37	L	g/dL	3.97-4.94

2) Radiologi

a) Pemeriksaan X-Foto Thorax Ap: Tanggal 29-11-2024

Trachea di Tengah
Cor : CRT < 56% (Inspirasi kurang optimal)
Bentuk dan letak jantung normal
Pulmo : Corakan vaskuler normal

Tak tampak bercak pada kedua lapang paru
 Diafragma bilateral intak
 Tampak opasitas di aspek laterobasal hemithorax bilateral, yang menumpulkan
 sinuscostophrenius bilateral
 Sistema tulang yang tervisualisasi intak

KESAN:
 Cor tak membesar
 Efusi Pleura Bilateral

b) Pemeriksaan TKA Darah: Tanggal 04-12-2024

Pemeriksaan	Hasil	Interpretasi	Satuan	Nilai Normal
Kultur TKA Darah	Hasil pengecetan: TIDAK DITEMUKAN BAKTERI Hasil Kultur: TIDAK ADA PERTUMBUHAN BAKTERI Hasil Diterima: 1 Botol sempel kultur	N		

3) Obat-obatan

a) Oral:

- Spironolaktone 1x 25 mg
- Clopidogrel 1x75 mg
- Nitrokaf 2x 2.5 mg
- Curcuma 2x 20 mg

b) Injeksi:

- Furosemide 1x 20 mg
- Metoclopramide 3x10 mg
- Ranitidin 2x 25 mg
- Ceftriaxone 2x1 gr
- Mecobalamin 2x 500 mcq
- Omeprazole 1x 40 mg

c) Infus:

- Nacl 0.9% 20 tpm
- Clinimix 15 tpm
- Diet Asering 1500

4) Diit: Nasi Lunak

ANALISA DATA



Symptom (DS/DO)	Etiologi	Problem
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh dada terasa sesak napas dan berat Pasien mengeluh sesak bertambah jika tidur terlentang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak sesak napas Tampak pola napas Pasien cepat dan dangkal RR: 32x/ menit SpO₂: 94% (dengan terpasang terapi oksigen nasal kanul 3 lpm) Terdapat bunyi Ronchi 	<p>Hambatan upaya Napas</p>	<p>Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh nyeri pada dada bagian kiri <p>P: Nyeri berkurang jika posisi Semi Fowler</p> <p>Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri pada dada sebelah kiri</p> <p>S: Skala nyeri 5</p> <p>T: Nyeri hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis menahan nyeri TD: 132/81 mmHg Nadi: 105 x/ menit 	<p>Agen Pencedera Fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh nafsu makan menurun, mual Pasien mengatakan makan sehari 3 kali dengan sekali makan hanya 3 sendok. Pasien mengatakan BB sebelum sakit 78 kg, BB sekarang: 70 kg 	<p>Ketidakmampuan mencerna makanan</p>	<p>Defisit Nutrisi (D.0019)</p>


<ul style="list-style-type: none"> • Tampak mukosa bibir kering • Tampak masih banyak sisa makanan yang diberikan • Bising usus 35x/menit 		
DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh mudah lelah, badan terasa lemah, lemas • Pasien mengeluh sesak setelah aktivitas 	ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas (D.0056)
DD: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemah terbaring di atas tempat tidur 		


Prioritas Diagnosa Keperawatan:

1. Pola napas tidak efektif (D.0005)
2. Nyeri akut (D.0077)
3. Defisit nutrisi (D.0019)
4. Intoleransi aktivitas (D.0056)

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Paraf															
1.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (D.0005)	<p>Luaran: Pola Nafas (L.010004) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x24 jam, diharapkan pola nafas membaik dengan memenuhi kriteria hasil:</p> <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>Dispnea</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Ortopnea</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Frekuensi nafas</td><td>2</td><td>5</td></tr></table>	Kriteria Hasil	IR	ER	Dispnea	3	5	Ortopnea	2	5	Frekuensi nafas	2	5	<p>Intervens: Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)- Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronki)- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Posisikan semi-fowler atau fowler- Berikan minum hangat- Lakukan fisioterapi dada, jika perlu- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik.- Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	 (Yurida)			
Kriteria Hasil	IR	ER																	
Dispnea	3	5																	
Ortopnea	2	5																	
Frekuensi nafas	2	5																	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>Luaran: Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan memenuhi kriteria hasil:</p> <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Frekuensi nadi</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Kriteria Hasil	IR	ER	Keluhan nyeri	3	5	Meringis	3	5	Frekuensi nadi	4	5	Tekanan darah	4	5	<p>Intervensi: Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.- Identifikasi skala nyeri- Identifikasi respon nyeri non verbal- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	 (Yurida)
Kriteria Hasil	IR	ER																	
Keluhan nyeri	3	5																	
Meringis	3	5																	
Frekuensi nadi	4	5																	
Tekanan darah	4	5																	

			<ul style="list-style-type: none">- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan- Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri- Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (misalkan suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)- Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan strategi meredakan nyeri- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat- Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi dalam pemberian analgetik																			
3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan (D.0019)	<p>Luaran: Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan memenuhi kriteria hasil:</p> <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>Porsi makan yang dihabiskan</td><td>1</td><td>5</td></tr><tr><td>Nafsu makan</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Berat badan</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Bising usus</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Membran mukosa</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Kriteria Hasil	IR	ER	Porsi makan yang dihabiskan	1	5	Nafsu makan	2	5	Berat badan	2	4	Bising usus	2	5	Membran mukosa	3	5	<p>Intervensi: Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi status nutrisi- Identifikasi alergi dari intoleransi makanan- Identifikasi makanan yang disukai- Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient- Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastik- Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu	 (Yurida)
Kriteria Hasil	IR	ER																				
Porsi makan yang dihabiskan	1	5																				
Nafsu makan	2	5																				
Berat badan	2	4																				
Bising usus	2	5																				
Membran mukosa	3	5																				

			<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi menentukan pedoman diet - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk, jika mampu Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalkan pereda nyeri, antilemetik), jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu 										
4.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)</p>	<p>Luaran : Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan memenuhi kriteria hasil:</p> <table border="1"> <tr> <td>Kriteria Hasil</td> <td>IR</td> <td>ER</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispnea setelah aktivitas</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table>	Kriteria Hasil	IR	ER	Keluhan lelah	2	5	Dispnea setelah aktivitas	2	5	<p>Intervensi: Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama aktivitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 	 (Yurida)
Kriteria Hasil	IR	ER											
Keluhan lelah	2	5											
Dispnea setelah aktivitas	2	5											

			<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Ajarkan coping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 	
--	--	--	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI																	
Tgl/Jam	Dx. Ikep	Implementasi	Evaluasi Formatif	Evaluasi Sumatif	Petaf												
3/12/24 (13.00)	Pola Napas Tidak Efektif (D. 0005)	<ul style="list-style-type: none">• Memposisikan Semi fowler• Mengajarkan Purseel Ups Breathing (PLB)• Memonitor Pola napas	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan bersedia untuk diposisikan Semi Fowler dan diajarkan teknik PLB <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak lebih nyaman dengan posisi Semi Fowler• pasien tampak dapat melakukan PLB dengan baik dan benar• RR: 30x/menit• SpO₂: 95% (dengan tambahan terapi O₂ nasal kanul 3 lpm)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• pasien tampak masih ada sesak• Tampak pola napas pasien cepat dan dangkal• RR: 30x/menit• SpO₂: 95% (dengan tambahan terapi O₂ nasal kanul 3lpm)• Terdapat bunyi Ronchi <p>A =</p> <ul style="list-style-type: none">• Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi <table border="1"><thead><tr><th>kriteria Hasil</th><th>IR</th><th>EP</th></tr></thead><tbody><tr><td>• Dispnea</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>• Ortopnea</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>• Frekuensi napas</td><td>2</td><td>5</td></tr></tbody></table> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lanjutkan intervensi• Monitor pola napas• Berikan minum hangat• Ajarkan PLB	kriteria Hasil	IR	EP	• Dispnea	3	5	• Ortopnea	2	5	• Frekuensi napas	2	5	Yh Chanda
kriteria Hasil	IR	EP															
• Dispnea	3	5															
• Ortopnea	2	5															
• Frekuensi napas	2	5															
3/12/24 (13.25)	Nyeri Akut (D. 0077)	Memberikan teknik non farmakologi (Relaksasi napas dalam & Distraksi)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan teknik nonfarmakologi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada dada sebelah kiri namun nyeri sedikit berkurang	Yh Chanda												

O=

- Pasien tampak mempraktikkan teknik yang diberikan

P= Nyeri berkurang
jika posisi semi
Fowler

Q= Nyeri seperti
di tusuk-tusuk

R= Nyeri pada dada
sebelah kiri

S= Skala nyeri 4

T= Nyeri hilang timbul

O=

- pasien tampak masih sedikit meringis menahan nyeri

· TD: 130/84 mmHg

· Nadi: 100 x/menit

A=

- Masalah nyeri akut teratasi sebagian

Kriteria Hasil	IR	ER
· Keluhan nyeri	3	5
· Meringis	3	5
· Frekuensi Nadi	5	5
· Tekanan darah	5	5

P=

- Lanjutkan intervensi
- Identifikasi status nyeri

- kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri

3/12/2021 (13-30)	Defisit Nutrisi (D.001)	Memonitor asupan makanan	<p>S:</p> <p>pasien mengatakan hari ini sampai siang makan 2x hanya 3 suap</p> <p>O:</p> <p>tampak masih banyak sisa makanan yang diberikan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">pasien mengatakan nafsu makan menurun, disertai mualMakan sehari 3x dengan sekali makan hanya 3 suapPasien mengatakan BB sebelum sakit 78 kg, sekarang 70 kg <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">Tampak mukosa bibir kering & pecahTampak masih banyak sisa makanan yang diberikanBising usus 35x/menit <p>A:</p> <p>Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <table><tr><th>Intervensi</th><th>12</th><th>14</th></tr><tr><td>• Portsi makan yang diberikan</td><td>1</td><td>5</td></tr><tr><td>• Nafsu makan</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>• Berat badan</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>• Bising usus</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>• Membran mukosa</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> <p>P:</p> <p>lanjutan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">Monitor asupan makananIdentifikasi adanya alergi dan toleransi makananKolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (anti mual)	Intervensi	12	14	• Portsi makan yang diberikan	1	5	• Nafsu makan	2	5	• Berat badan	2	4	• Bising usus	2	5	• Membran mukosa	2	5	yh Cyndy
Intervensi	12	14																					
• Portsi makan yang diberikan	1	5																					
• Nafsu makan	2	5																					
• Berat badan	2	4																					
• Bising usus	2	5																					
• Membran mukosa	2	5																					

3/12/24 (13.45)	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	• Memonitor kelelahan Fisik	S: • Pasien mengatakan badan terasa lemas dan lelah setelah ke kamar mandi (BAK) dan terasa sesak O=	S: • Pasien mengeluh badan terasa mudah lelah, lemah & lemas • Pasien mengeluh sesak setelah aktivitas O=	Yh (Yurida)									
			• Tampak pasien lemah terbaring di atas tempat tidur	• Pasien tampak lemah terbaring di atas tempat tidur tidur A=										
				• Masalah Intoleransi aktivitas belum teratasi										
				<table><tr><td>Kriteria Hasil</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>• Keluhan lelah</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>• Dispnea setelah aktivitas</td><td>2</td><td>5</td></tr></table>	Kriteria Hasil	IR	ER	• Keluhan lelah	2	5	• Dispnea setelah aktivitas	2	5	
Kriteria Hasil	IR	ER												
• Keluhan lelah	2	5												
• Dispnea setelah aktivitas	2	5												
				P=										
				• Lanjutkan intervensi										
				• Monitor pola dan Jam tidur										
				• Anjurkan melakukan aktivitas bertahap										
4/12/24 (13.15)	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)	• Memberikan minum hangat • Mengajarkan untuk PLB • Memonitor Pola napas	S: • Pasien mengatakan bereseda untuk minum hangat O=	S: • Pasien mengatakan sesak berkurang O=	Yh (Yurida)									
			• Pasien tampak lebih nyaman	• Pasien tampak masih sedikit sesak										
			• Pasien tampak kooperatif dan dapat mengikuti anjuran yang diberikan	• Tampak pola napas pasien masih sedikit cepat dan dangkal										
				• RR = 28 x/menit										
				• SpO ₂ = 95% (dengan terapi O ₂ nasal kanul 2 LPM)										
				• Terdengar masih sedikit ronchi										
SIDU														

			<ul style="list-style-type: none">• RR: 28 x/menit• SpO₂: 95% (dengan terapi O₂ nasal kanul 2 lpm)	A: <ul style="list-style-type: none">• Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>• Dispnea</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>• ortopnea</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>• frekuensi napas</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan intervensi- Monitor pola napas- Anjurkan PLB	Kriteria Hasil	IR	ER	• Dispnea	4	5	• ortopnea	3	5	• frekuensi napas	3	5				
Kriteria Hasil	IR	ER																		
• Dispnea	4	5																		
• ortopnea	3	5																		
• frekuensi napas	3	5																		
4/12/24 (13.40)	Nyeri Akut (D.0077)	Mengidentifikasi kasi skala nyeri	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan skala nyeri 3 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak lebih baik dari sebelumnya	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri berkurang <p>P: nyeri berkurang jika posisi semi Fowler</p> <p>Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri pada dada sebelah kiri</p> <p>S: skala nyeri 3</p> <p>T: Nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak meringis berkurang• TD: 128 / 78 mm Hg• Nadi: 97 x/menit <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none">• Masalah nyeri akut teratasi sebagian <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>• keluhan nyeri</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>• meringis</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>• frekuensi nadi</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>• Tekanan darah</td><td>5</td><td>5</td></tr></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifikasi skala nyeri	Kriteria Hasil	IR	ER	• keluhan nyeri	4	5	• meringis	4	5	• frekuensi nadi	5	5	• Tekanan darah	5	5	1/2 (Minick)
Kriteria Hasil	IR	ER																		
• keluhan nyeri	4	5																		
• meringis	4	5																		
• frekuensi nadi	5	5																		
• Tekanan darah	5	5																		
SIDU																				

4/12/2024 (13.45)	Defisit nutrisi (D. 6019)	<ul style="list-style-type: none">• Mengidentifikasi adanya alergi makanan• Memonitor asupan makanan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan apapun• Saat ini sudah makan 2x dengan sekali makan hanya 3 suap <p>O:</p> <p>tampak masih banyak makanan yang tersisa</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• pasien mengatakan kadang masih mau, nafsu makan menurun• makan hanya 3x sehari hanya 3 suap sekali makan• Pasien mengata kan BB sebelum sakit 78 kg, BB sekarang 70 kg <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tampak mukosa bibir kering dan pucat• Tampak masih banyak makanan yang tersisa• Bising usus 33x/ menit <p>A:</p> <p>Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <table><tr><th>Kriteria Hafi</th><th>12</th><th>13</th></tr><tr><td>Porsi makan yang dihabiskan</td><td>1</td><td>5</td></tr><tr><td>Nafsu makan</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Berat badan</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Bising usus</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Membran mukosa</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>P:</p> <p>lanjutan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitor asupan makanan	Kriteria Hafi	12	13	Porsi makan yang dihabiskan	1	5	Nafsu makan	2	5	Berat badan	2	5	Bising usus	3	5	Membran mukosa	3	5	2th (Corda)
Kriteria Hafi	12	13																					
Porsi makan yang dihabiskan	1	5																					
Nafsu makan	2	5																					
Berat badan	2	5																					
Bising usus	3	5																					
Membran mukosa	3	5																					

4/12/24 (19.00)	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	- Memonitor Pola dan Jam tidur	S: • Pasien mengatakan semalam tidur cukup dan siang ini sudah tidur siang 1 Jam O: • Tampak pasien lebih nyaman	S: • Pasien mengatakan badan masih sedikit terasa lelah, lemas • Pasien mengatakan sesak setelah aktivitas berkurang O: • Pasien tampak lebih rileks A: • Masalah Intoleransi aktivitas teratasi sebagian <table border="1"><thead><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>IP</th><th>EP</th></tr></thead><tbody><tr><td>• Keluhan lelah</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>• Dispnea setelah aktivitas</td><td>3</td><td>5</td></tr></tbody></table> P: • Lanjutkan intervensi • Monitor kelelahan fisik	Kriteria Hasil	IP	EP	• Keluhan lelah	3	5	• Dispnea setelah aktivitas	3	5	Yh (Yurida)
Kriteria Hasil	IP	EP												
• Keluhan lelah	3	5												
• Dispnea setelah aktivitas	3	5												
5/12/24 (23.00)	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)	- Mengajarkan untuk PLB - Memonitor Pola napas	S: • pasien mengatakan sesak berkurang O: • Pasien tampak kooperatif • Pola napas pasien tampak masih sedikit cepat dan dangkal • RR = 26x/menit • SpO ₂ = 95% (dengan terapi O ₂ nasal kanul 2 Lpm)	S: • Pasien mengatakan sesak berkurang O: • Pasien tampak sesak berkurang • Tampak pola napas masih sedikit cepat dan dangkal • RR = 26x/menit • SpO ₂ = 95% (dengan terapi O ₂ nasal kanul 2 Lpm) • Terdapat masih sedikit ronchi	Yh (Yurida)									

A:
Masalah pola napas
tidak efektif teratasi
sebagian

Kriteria Hasil	IR	ER
• Dispnea	4	5
• Ortopnea	4	5
• Frekuensi napas	4	5

P:
Lanjutan Intervensi
• Monitor pola napas

5/11/2024
(23.15)

Nyeri akut
(D-0077)

• Mengidentifikasi
kasi skala
nyeri

S:
• Pasien mengatakan
skala nyeri 2
O:
• Pasien tampak
lebih baik dan
sebelumnya

S:
• Pasien mengatakan
nyeri pada dada
sebelah kiri terakut
masih terasa sedikit
P: Nyeri berkurang
jika posisi semi
Fowler
Q: Nyeri seperti
ditusuk-tusuk
R: Nyeri dada
sebelah kiri
S: Skala nyeri 2
T: Hilang timbul

Yh
(Yunda)

O:
• Pasien tampak
tidak meringis
• TD: 127/80 mmHg
• Nadi: 95 x/menit

A:
Masalah nyeri akut
hampir teratasi

Kriteria Hasil	IR	ER
Keluhan nyeri	4	5
Meringis	5	5
Frekuensi nadi	5	5
Tekanan darah	5	5

P: Lanjutkan Intervensi
• Identifikasi skala
nyeri

5/11/2024 (23.30)	Defisit nutrisi (D.0019)	Memonitor asupan makanan	S: • Pasien mengatakan hari ini makan 3x sehari 4 sendang suap 1 kali makan O: • tampak masih banyak makanan yang tersisa	S: • pasien mengatakan kadang masih mual, nafsu makan masih menurun. • Makan 3x sehari hanya 4 suap sekali makan • Pasien mengatakan BB sebelum sakit 78 kg, BB sekarang 70 kg O: • Tampak mukosa bibir masih pucat • tampak masih banyak makanan yang tersisa • Bising usus 3x / menit A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi <table><tr><th>kriteria Hasil</th><th>12 ER</th></tr><tr><td>• Porsi makan yang dihabiskan</td><td>2 5</td></tr><tr><td>• Nafsu makan</td><td>2 5</td></tr><tr><td>• Berat badan</td><td>2 5</td></tr><tr><td>• Bising usus</td><td>3 5</td></tr><tr><td>• Membran mukosa</td><td>3 5</td></tr></table> P: • Lanjutan intervensi • Monitor asupan makanan	kriteria Hasil	12 ER	• Porsi makan yang dihabiskan	2 5	• Nafsu makan	2 5	• Berat badan	2 5	• Bising usus	3 5	• Membran mukosa	3 5	lyh Guride
kriteria Hasil	12 ER																
• Porsi makan yang dihabiskan	2 5																
• Nafsu makan	2 5																
• Berat badan	2 5																
• Bising usus	3 5																
• Membran mukosa	3 5																
5/11/2024 (23.40)	Intoleransi aktivitas (D.0056)	• Monitor kelelahan fisik • Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap	S: • Pasien mengatakan masih sedikit terasa lelah dan lemas O: • Pasien tampak lebih baik dari yang sebelum nya	S: • Pasien mengatakan masih sedikit terasa lelah • Pasien mengatakan sesak berkurang setelah aktivitas	lyh (Yunok)												

A:

• Masalah Intoleransi
teratasi sebagian

Kriteria Hasil	IP	FP
• keluhan lelah	4	5
• Dispnea setelah aktivitas	4	5

P:

• lanjutkan intervensi
• Monitor kelelahan
Fisik.

Lampiran 2 SOP Pursed Lips Breathing (PLB)

SATANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	
TEKNIK <i>PURSED LIPS BREATHING</i>	
1	2
Pengertian	<i>Pursed lip breathing</i> adalah latihan pernapasan dengan menghirup udara melalui hidung dengan mulut tertutup dan kemudian mengeluarkan udara dengan secara perlahan melalui mulut dengan bibir lebih di rapatkan kedepan atau di monyongkan seperti bersiul (Supardi <i>et al.</i> , 2023). Terapi <i>pursed lip breathing</i> merupakan terapi komplementer tambahan tanpa memerlukan alat bantu apapun dan juga tanpa efek negatif seperti pemakaian obat-obatan (Smeltzer & Bare, 2013; Situmorang <i>et al.</i> , 2023).
Tujuan	Tujuan <i>pursed lip breathing</i> yaitu untuk mengatur frekuensi dan pola pernapasan sehingga mengurangi sesak napas dan memperbaiki saturasi oksigen (Windartik & So'emah, 2022; Isa <i>et al.</i> , 2024)
Prosedur: Persiapan Alat	<ul style="list-style-type: none"> a. Jam detik b. Alat tulis
Prainteraksi	<ul style="list-style-type: none"> a. Cek catatan keperawatan dan catatan medis pasien b. Siapkan alat yang diperlukan c. Cuci tangan
Tahap Orientasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan kebersihan tangan sesuai dengan SOP b. Ucapkan salam dan memperkenalkan diri c. Sampaikan tujuan tindakan d. Jelaskan langkah dan prosedur tindakan e. Kontrak waktu dengan pasien f. Tanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan g. Berikan privasi untuk pasien jika pasien membutuhkannya
Tahap Kerja	<ul style="list-style-type: none"> a. Atur posisi pasien dalam posisi <i>semi fowler</i> b. Anjurkan pasien untuk meletakkan satu tangan klien di abdomen dan tangan lainnya di tengah dada c. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dalam dari hidung selama 3 detik sampai dada dan perut terasa terangkat dan jaga mulut tetap tertutup selama inspirasi, tahan napas selama 2 detik. d. Anjurkan pasien untuk menghembuskan napas melalui mulut dengan memonyongkan ke depan seperti bersiul selama 4 detik untuk merelaksasikan otot dada dan perut e. Anjurkan pasien untuk melakukan secara berulang (3-5 kali) pada setiap sesi atau sampai pola napas terasa mulai membaik
Terminasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Berikan reinforcement positif kepada pasien b. Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya c. Bereskan alat d. Cuci tangan
Dokumentasi	Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

