



Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

Tri Agus S, S.Kep.,Ns
Perawat

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa : Mayda Nurazizah
Tempat Praktik : Ruang Wiyaya Kusuma
Tanggal : 28 Oktober 2019

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama : Ny. K
2. Tempat/tanggal lahir : Banyumas, 25-12-1973
3. Golongan darah : A/OB/AB
4. Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3
5. Agama : Islam
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : kawin belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)
8. Pekerjaan : IRT
9. Alamat : RT 02 / RW 05 Wangon
10. Diagnosa medik : CKD on HD

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Tn. S
2. Umur : 53 tahun
3. Jenis kelamin : Laki-laki
4. Agama : Islam
5. Suku : Minang
6. Hubungan dengan klien : suami
7. Pendidikan terakhir : SMP
8. Alamat : RT 02 / RW 05 Wangon

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama : Sesak, kaku sedikit bengek, lemas
2. Faktor pencetus : CKD on HD
3. Lamanya keluhan : 4 t. dari 1 hari yg lalu
4. Timbulnya keluhan : () bertahap (X) mendadak
5. Faktor yang memperberat : klien mengatakan berdiri dan berjalan

B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :

- ...klien mengatakan sudah pernah HD
 2. Kecelakaan : ...klien mengatakan tidak pernah

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit :
 2. Waktu :
 3. Riwayat operasi :

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri
 ...klien mengatakan sehat itu penting.....
 2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
 ...klien mengatakan mengetahui penyakit dan perawatannya.....
 3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
 ...klien mengatakan tidak suka melakukan diet.....
 2). Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
 ...klien mengatakan selalu menjaga kebersihan dan rutin pergi ke kesehatan.....
 3). Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 a). Yang dilakukan bila sakit
 ...klien mengatakan bila sakit berobat dan minum obat.....
 b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit
 ...klien mengatakan puskesmas.....
 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
	Vitamin	1 x 1	tidak rutin

d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1). Penghasilan : ± 1.000.000
 2). Asuransi/jaminan kesehatan : BPJS
 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal : klien mengatakan lingkungan bersih

2. Nutrisi, cairan dan metabolik

a. Gejala (subyektif)

- 1). Diet biasa (tipe) : Diet khusus jumlah makan/hari : 3 x / hari
- 2). Pola diit : normal makan terakhir : tgl. 28 pagi
- 3). Nafsu/selera makan : menurun Mual : Ya/Tidak, waktu : -
- 4). Muntah : (☒) tidak ada () ada, jumlah :
Karakteristik :
- 5). Nyeri ulu hati : (☒) tidak ada () ada,
Karakter/penyebab :
- 6). Alergi makanan : (☒) tidak ada () ada
- 7). Masalah mengunyah/menelan : (☒) tidak ada
() ada, jelaskan
- 8). Keluhan demam : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 9). Pola minum/cairan : jumlah minum dibatasi (tidak terkontrol)
Cairan yang biasa diminum air bening
- 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan

b. Tanda (obyektif)

- 1). Suhu tubuh : 36,9 °C
Diaphoresis : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 2). Berat badan : 54 kg Tinggi badan : 155 cm
Turgor kulit : normal < 2 detik Tonus otot : lemah
- 3). Edema : () tidak ada (☒) ada, lokasi dan karakteristik :
sedikit, di kaki kanan & kiri
- 4). Ascites : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 5). Integritas kulit perut : Lingkar abdomen : cm
- 6). Distensi vena jugularis : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 7). Hernia/masa : (☒) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik :
- 8). Bau mulut/halitosis : (☒) tidak ada () ada
- 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :
gigi bersih, mukosa bibir sedikit kering, lidah bersih

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

a. Gejala subyektif:

- 1). Dispneu : (☒) tidak ada (☒) ada, jelaskan :
- 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak : Menurunkan diposisikan semi Fowler
- 3). Pemajanan terhadap udara berbahaya : tidak ada
- 4). Penggunaan alat bantu : () tidak ada (☒) ada,
nasal kanul

b. Tanda obyektif:

- 1). Pernafasan : frekuensi $24 \times$ /mnt Kedalaman tidak tercapai
Simetris ada
- 2). Penggunaan alat bantu nafas tidak ada
Nafas cuping hidung tidak ada
- 3). Batuk : tidak ada Sputum (karakteristik) tidak ada
- 4). Fremitus : tidak ada Bumi nafas tidak ada
- 5). Egofoni : tidak ada Sianosis : tidak ada

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif:

- 1). Kegiatan dalam pekerjaan klien mengatakan seorang IRT
- 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a). Pergerakan tubuh klien mengatakan masih bisa mobilisasi sedikit dibantu
 - b). Kemampuan merubah posisi : (☒) mandiri (☐) perlu bantuan, jelaskan tidak ada
 - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
(☐) mandiri (☒) perlu bantuan, jelaskan tidak ada
- 3). Toileting (BAB/BAK) : (☐) mandiri (☒) perlu bantuan, jelaskan tidak ada
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : (☒) tidak ada (☐) ada, jelaskan tidak ada
- 5). Mudah merasa kelelahan : (☒) tidak ada (☐) ada, jelaskan tidak ada
- 6). Toleransi terhadap aktivitas : (☐) baik (☒) kurang, jelaskan klien mengatakan lemah

b. Tanda obyektif:

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati baik
- 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi) status mental baik
- 3). Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : (☐) tidak (☒) ya, jelaskan klien berbaring di tempat tidur
 - b). Kerapian berpakaian klien tampak rapih
- 4). Pengkajian neuromuskuler :
 - Masa/tonus : kuat
 - Kekuatan otot : kuat
 - Rentang gerak : baik
 - Deformitas : tidak ada
- 5). Bau badan : sedikit Bau mulut : tidak
Kondisi kulit kepala : bersih
Kebersihan kuku : bersih

5. Istirahat

a. Gejala subyektif:

- 1). Kebiasaan tidur sebelum sakit normal, selama sakit terganggu
Lama tidur ± 6-7 jam selama sakit ± 5-6 jam
- 2). Masalah berhubungan dengan tidur

- a). Insomnia : (✓) tidak ada () ada
 b). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : (✓) tidak ada () ada,
 Jelaskan : klien tampak segar
 c). Lain-lain, sebutkan

- b. Tanda obyektif:
 1). Tampak mengantuk/mata sayu : () tidak ada (✓) ada, jelaskan : sedikit
 ... sayu
 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 : sedikit
 di kaki kanan
 3). Flebitis : tidak ada () Penyembuhan lambat
 4). Rasa kesemutan : tidak ada
 5). Palpitasi : tidak ada
 b. Tanda obyektif: 135/80 mmHg
 1). Tekanan darah mmHg
 2). Mean Arteri Pressure (MAP) :
 3). Nadi :
 a). Karotis : tidak terkap
 b). Femoralis : tidak terkap
 c). Popliteal : tidak terkap
 d). Jugularis : tidak terkap
 e). Radialis : 70x/mnt
 f). Dorsal pedis : tidak terkap
 g). Bunyi jantung : lup. dup Frekuensi :
 Irama : reguler Kualitas :
 h). Murmur : tidak ada Gallop : tidak ada
 i). Pengisian kapiler : 2-3 detik Varises : tidak ada Phlebitis : tidak ada
 j). Warna membrane mukosa : merah muda Bibir : sedikit kering
 Konjungtiva : tidak anemis Sklera : tidak ikterik
 Punggung kuku : kemerahan merah muda

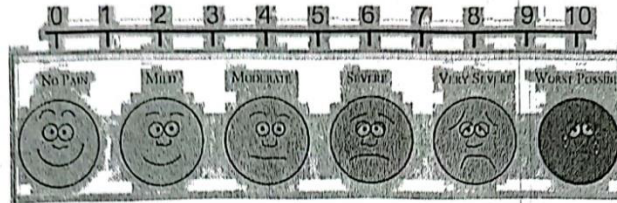
7. Eliminasi

- a. Gejala subyektif:
 1). Pola BAB : frekuensi : 1x/hari konsistensi : lunak
 2). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : klien tidak terpasang alat bantu
 3). Kesulitan BAB : konstipasi : tidak
 Diare : ~~ada~~ tidak

- 4). Penggunaan laksatif : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Waktu BAB terakhir : 27 hari
- 6). Riwayat perdarahan : tidak ada
Hemorroid : tidak ada
- 7). Riwayat inkontinensia alvi : tidak ada
- 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : ada, DC
- 9). Riwayat penggunaan diuretik : ada (furosemid)
- 10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : tidak ada
- 11). Kesulitan BAK : tidak ada
- b. Tanda obyektif:
- 1). Abdomen :
- a). Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak, jelaskan
- b). Auskultasi : bising usus 10x/mnt Bunyi abnormal : (☒) tidak ada
() ada, jelaskan
- c). Perkusi
- Bunyi timpani () tidak ada (☒) ada
- Kembung (☒) tidak ada () ada
- Bunyi abnormal (☒) tidak ada () ada
- Jelaskan
- d). Palpasi :
- Nyeri tekan : tidak ada
- Nyeri lepas : tidak ada
- Konsistensi : lunak/keras : lunak
- Massa : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- Pola BAB : konsistensi lunak warna kuning kecoklatan
- Abnormal : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- Pola BAK : dorongan tidak ada Frekuensi 3-4x/hari
- Retensi tidak ada
- Distensi kandung kemih : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- e). Karakteristik urin : kuning keruh
- Jumlah 100 cc Bau khas
- f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan tidak terpasang

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif:



1). Adanya nyeri

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

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

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)... *nyeri di kaki kiri*

S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 – 10)... *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)... *4* respon verbal (V)... *5*

3). Terorientasi/disorientasi : waktu... *baik dapat menceritakan masa lalu*
Tempat... *rumah* Orang... *keluarga*

4). Persepsi sensori: ilusi... *tidak ada* halusinasi... *tidak ada*
Delusi... *tidak ada* Afek... *tidak ada* Jelaskan

5). Memori :
Saat ini... *baik dapat mengingat seluruh anggota keluarganya*

- Masa lalu .. klien dapat menjelaskan ulusan dibawa ke RS
- 6). Alat bantu penglihatan/pendeng : (✓) tidak ada () ada, sebutkan.....
 - 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki .. munggal
Ukuran pupil .. tidak terkap
 - 8). Fascial drop .. tidak ada Postur .. baik
Reflek .. baik
 - 9). 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 : klien mengatakan tidak alergi obat
Makanan : klien mengatakan tidak alergi makanan
- 2). Riwayat penyakit hubungan seksua : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Riwayat tranfusi darah .. ada
Riwayat adanya reaksi tranfusi .. tidak ada
- 4). Riwayat cedera : (✓) tidak ada () ada, sebutkan
- 5). Riwayat kejang : (✓) tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif:

- 1). Suhu tubuh .. 36^o °C Diaforesis .. tidak ada
- 2). Integritas jaringan .. terdapat luka terpasang HBL
- 3). Jaringan parut : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Kemerahan/pucat : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Adanya luka : luas .. tidak terkap kedalaman .. tidak terkap
Drainase purulen .. tidak ada
Peningkatan nyeri pada luka .. saat baru tidak ada
- 6). Ekimosis/tanda perdarahan lain .. tidak ada
- 7). Faktor resiko terpasang alat invasive : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 8). Gangguan keseimbangan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 9). Kekuatan umum .. lemah tonus otot .. kuat
Parese/paralisa .. tidak ada

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif:

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual .. klien mengatakan mengetahui fungsi seks
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)
.. tidak ada

- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis
Gangguan prostat
.....
- 5). Pengkajian pada perempuan
 - a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)
tidak ada
 - b). Riwayat kehamilan
belum hamil
 - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
tidak ada
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Pemeriksaan payudara/penis/testis
tidak teraba
 - 2). Kutil genital, lesi,
tidak teraba

11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Faktor stress karena harus HD
 - 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)
berdiskusi dengan suami
 - 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)
berbicara dan memecahkan masalah dengan suami
 - 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
klien berdoa untuk kesembuhan
 - 5). Perasaan cemas/takut : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 6). Perasaan ketidakberdayaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 7). Perasaan keputusasaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 8). Konsep diri :
 - a). Citra diri : klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya
 - b). Ideal diri : klien mengatakan berharap sembuh
 - c). Harga diri : klien tidak merasa harga dirinya rendah selama sakit
 - d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : tidak ada
 - e). Konflik dalam peran : tidak ada
- b. Tanda obyektif :

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

12. Interaksi sosial

a. Gejala subyektif:

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

b. Tanda obyektif:

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

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a. Gejala subyektif:

- 1). Sumber kekuatan bagi klien : Tuhan dan suami
- 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : berdoa frekuensi setiap waktu
- 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat dibantu
- 5). Pemecahan oleh klien di diskusikan dengan suami
- 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 khawatir dengan program HB rutin
- 2). Menolak pengobatan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama : () tidak ada (☒) ada, jelaskan tidak tampak tidak sholat
- 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan

Data Penunjang

1. Laboratorium
 Hemoglobin = 8,9 g/dL Leukosit = $23,99 \times 10^9/\text{UL}$ Kreatinin = 0,73 mg/dL Cl = 100 mEq/L
 Hematokrit = 25,7% Trombosit = $97,10 \times 10^3/\text{UL}$ Na = 138 mEq/L
 Eritrosit = $3,08 \times 10^6/\text{UL}$ BUN = 42,2 mg/dL K = 4,2 mEq/L
2. Radiologi
tidak tercapai
3. EKG
tidak tercapai
4. USG
tidak tercapai
5. CT Scan
tidak tercapai
6. Pemeriksaan lain
tidak ada
7. Obat-obatan
 inj. furosemide 2 amp Sucralfat 3x1 tch inj. meropenem 3x1 gr
 inj. ranitidin 1 amp inf. fufosol inj. epodion 4000 unit 1x1
 PET 3x500 mg inj. omeprazole 2x1 vial
8. Diet
diet khusus, Energi : 1700 kkal, protein 1,2 gr lemak 30%

ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	28-10-2024 09.30	<p>Ss = pasien mengatakan sesak</p> <p>Do = - kaki kiri tampak sedikit bengkak</p> <p>- tampak urin sedikit dalam urine bag</p> <p>- Hb dibawah normal 8,9 g/dL</p> <p>- bibir tampak kebiruan</p>	kelebihan asupan cairan	Hipervolemia (0.0022)
2.	28-10-2024 09.45	<p>Ss = pasien mengatakan sesak</p> <p>Do = - ekspirasi pasien tampak memangg</p> <p>- RR : 24 x/mnt</p> <p>- SpO2 : 93 %</p>	Hambatan upaya nafas	Pola napas tidak efektif (0.0005)
3.	28-10-2024	<p>Ss = pasien mengatakan nyeri post fatididum</p> <p>P = pasien mengatakan nyeri kaki kiri</p> <p>Q : nyeri seperti tertiris</p> <p>R : nyeri di kaki kiri</p> <p>S : 5</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>Do = pasien tampak me ringis</p> <p>pasien tampak sedikit gelisah</p>	Agen pencedera fisik	Nyeri akut (0.0077)

Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Diagnosa

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Prioritas
1.	09.50 28-10-2024	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d pasien mengatakan sesak, ekspirasi pasien tampak memanjang. RR 24x/mnt, SpO ₂ 93%	1
2.	09.50 28-10-2024	Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan d.d pasien mengatakan sesak, kaki kanan tampak sedikit bengkak, urin tampak sedikit dalam urine bag, Hb dibawah normal : 8.9 g/dL	2
3.	09.50 28-10-2024	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien mengatakan nyeri kaki kiri post jatuh di km, P: pasien mengatakan nyeri kaki kiri @. nyeri seperti ditus, R: nyeri di kaki kiri, S: S. hilang timbul, tampak meringis dan sedikit gelisah	3

RENCANA KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI															
1.	28-10-2024 10.00	Pola Napas Tidak Efektif	<p>SLKI : Pola Napas (L.01004) Ekspektasi : Membaik Setelah dilakukan tindakan kepe rawatan 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr><tr><td>Tekanan ekspirasi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Dyspnea</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Pemanjangan fase ekspirasi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Frekuensi napas</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>Ket.</p> <div><div>1. menurun 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. meningkat 1. memburuk 2. cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik</div><div>1. meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. menurun</div></div>	Indikator	IK	EK	Tekanan ekspirasi	3	5	Dyspnea	3	5	Pemanjangan fase ekspirasi	3	5	Frekuensi napas	3	5	<p>SLKI : Manajemen Saluran Napas (L.01011) Observasi 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas tambahan Terapeutik 1. Posisikan semi fowler atau fowler 2. Berikan minum hangat 3. Berikan oksigen Edukasi 1. Ajarkan menjaga posisi semifowler Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator</p>
Indikator	IK	EK																	
Tekanan ekspirasi	3	5																	
Dyspnea	3	5																	
Pemanjangan fase ekspirasi	3	5																	
Frekuensi napas	3	5																	
2.	28-10-2024 10.00	Hipervolemia	<p>SLKI : Keseimbangan Cairan (L.03000) Ekspektasi : Meningkatkan Setelah dilakukan tindakan kepe rawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>EK</th></tr><tr><td>Haluaran urin</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Edema</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Kelembaban membran mukosa</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>Ket</p> <div><div>1. menurun 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. meningkat</div><div>1. meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. menurun</div></div>	Indikator	IK	EK	Haluaran urin	2	5	Edema	3	5	Kelembaban membran mukosa	3	5	<p>SLKI : Manajemen Hipervolemia (L.03114) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Batasi asupan cairan 2. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi 1. Anjurkan melaporkan haluaran urin 2. Ajarkan cara mencatat intake dan output cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi Hb</p>			
Indikator	IK	EK																	
Haluaran urin	2	5																	
Edema	3	5																	
Kelembaban membran mukosa	3	5																	

RENCANA KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI												
3.	28-10-2024 10.00	Nyeri Akut	<p>SLKI: Tingkat Nyeri (L-08066) Ekspektasi : Menurun Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</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>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>Ket 1: meningkat 2: cukup meningkat 3: sedang 4: cukup menurun 5: menurun</p>	Indikator	IK	ER	Keluhan nyeri	3	5	Meringis	3	5	Gelisah	3	5	<p>SIKI: Manajemen Nyeri (L-08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Edukasi 1. Ajarikan teknik nonfarmakologis Kolaborasi 1. Pemberian analgetik</p>
Indikator	IK	ER														
Keluhan nyeri	3	5														
Meringis	3	5														
Gelisah	3	5														

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1.	28-10-2024 10.00	1. Memposisikan pasien semi fowler 2. Memberikan oksigen menggunakan nasal kanul, memeriksa SpO_2	S = pasien mengatakan sesak O = pasien tampak dalam posisi semifowler S = pasien mengatakan sesak O = pasien terpasang O_2 3 l - SpO_2 : 93%	Maul mayda
	10.30	1. Memonitor intake dan output cairan 2. Memonitor kaki kiri yang bengkak	S = pasien mengatakan minum sedikit O = urine tampak kuning keruh - 100 cc urine dalam urine bag S = pasien mengatakan nyeri O = kaki kiri tampak sedikit bengkak	Maul mayda Maul mayda
	11.45	1. Mengidentifikasi nyeri dan memonitor skala nyeri	S = pasien mengatakan nyeri kaki kiri P = nyeri kaki kiri Q = rasa seperti tertitik R = nyeri di kaki kiri S = 5 T = hilang timbul O = pasien tampak meriang bila nyeri timbul	Maul mayda
2.	29-10-2024 09.00	1. Memonitor sesak, memeriksa SpO_2	S = pasien mengatakan masih sesak O = pasien terpasang O_2 3 l - SpO_2 : 95%	Maul mayda
	10.00	1. Memberikan cairan infus fufosol	S = pasien mengatakan cairan infus habis O = pasien terpasang infus fufosol	Maul mayda




IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
	11.00	1. Memonitor skala nyeri	<p>S = pasien mengatakan nyeri p = nyeri kaki kiri a = rasa seperti tertusuk k = nyeri dikaki kiri s = 5 t = hilang timbul</p> <p>O = pasien tampak merangs bila nyeri timbul</p>	Maul mayda
	21.00	1. Memonitor sesak, memeriksa SpO_2	<p>S = pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O = - pasien terpasang nasal kanul 3L - SpO_2 = 98 %</p>	Maul mayda
	22.00	1. Memberikan obat diuretik (furosemide)	<p>S = pasien mengatakan berkenan diberikan obat</p> <p>O = - furosemide diberikan via IV</p>	Maul mayda
	22.10	1. Mengajarkan terapi benson bila nyeri timbul	<p>S = pasien mengatakan berkenan diajarkan</p> <p>O = pasien tampak kooperatif</p>	Maul mayda
3.	30-10-2024 04.30	1. Memonitor sesak, memeriksa SpO_2	<p>S = pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O = - SpO_2 = 98 %</p>	Maul mada
		2. Memotivasi pasien untuk lepas oksigen dan posisi tidur terlentang	<p>S = pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O = - SpO_2 : 98 % - pasien tidak terpasang oksigen - pasien tampak berbaring</p>	Maul mayda



IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
	05.00	1. Memberikan injeksi furosemid	S: pasien berkenan di injeksi O: furosemid diberikan via IV	Mayda
		2. Monitor intake dan output cairan	S: pasien mengatakan minum sedikit O: 200 cc urine dalam urine bag	Mayda
	05.30	1. Mengidentifikasi skala nyeri	S: pasien mengatakan nyeri kaki berkurang P = nyeri kaki kiri Q = nyeri seperti duris R = nyeri di kaki kiri S = 4 T = hilang timbul O: pasien tampak tidak meringis dan gelisah	Mayda


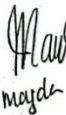
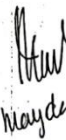
CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																				
1.	11/10 28-10-2024 14.30	Pola Napas Tidak Efektif	S: pasien mengatakan sesak O: - pasien tampak terparang Oksigen 3L - SpO ₂ : 93 % - ekspirasi memangang tampak berkurang - RR : 22x /menit A : <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>Hsl</th><th>ER</th></tr><tr><td>Tekanan ekspirasi</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Dispnea</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Pemangangan fase ekspirasi</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>frekuensi napas</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (Manajemen Salan Napas 1.01011)	Indikator	IK	Hsl	ER	Tekanan ekspirasi	3	4	5	Dispnea	3	3	5	Pemangangan fase ekspirasi	3	4	5	frekuensi napas	3	4	5	
Indikator	IK	Hsl	ER																					
Tekanan ekspirasi	3	4	5																					
Dispnea	3	3	5																					
Pemangangan fase ekspirasi	3	4	5																					
frekuensi napas	3	4	5																					
	19.30	Hipervolemia	S: pasien mengatakan sesak O: - kaki kiri tampak sedikit bengkak - 100 cc urin dalam urin bag - bibir tampak kering A : <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>Hsl</th><th>ER</th></tr><tr><td>Haluaran urin</td><td>2</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Edema</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>kelembaban mukosa</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Masalah hipervolemia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (Manajemen Hipervolemia 1.03114)	Indikator	IK	Hsl	ER	Haluaran urin	2	2	5	Edema	3	3	5	kelembaban mukosa	3	3	5					
Indikator	IK	Hsl	ER																					
Haluaran urin	2	2	5																					
Edema	3	3	5																					
kelembaban mukosa	3	3	5																					
	19.30	Nyeri Akut	S: pasien mengatakan nyeri kaki kiri p: nyeri kaki kiri Q: nyeri seperti diiris R: nyeri di kaki kiri S: 5 T: hilang timbul O: pasien tampak meringis dan gelak bila nyeri timbul																					

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																																				
	29-10-2024 22-30	Pola Napas Tidak Efektif	A. <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>Hsl</th><th>EK</th></tr><tr><td>keluhan nyeri</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Masalah nyeri akut belum teratasi P. Lanjutkan intervensi (Manajemen Nyeri 1.08238) S = pasien mengatakan sesak berkurang O. - pasien tampak terpasang nasal kanul 3 L - ekspirasi memanggang tampak berkurang - SPO ₂ : 98 % - RR : 21 x/mnt	Indikator	IK	Hsl	EK	keluhan nyeri	3	3	5	Meringis	3	3	5	Gelisah	3	3	5	 Hand mayda																				
Indikator	IK	Hsl	EK																																					
keluhan nyeri	3	3	5																																					
Meringis	3	3	5																																					
Gelisah	3	3	5																																					
	22-30	Hipervolemia	A. <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>Hsl</th><th>EK</th></tr><tr><td>Tekanan ekspirasi</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Dispnea</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Pemangangan fase ekspirasi</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Frekuensi napas</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P = Lanjutkan intervensi (Manajemen Jalan Napas 1.01011) S = pasien mengatakan sesak berkurang O = - kaki kiri tampak tidak bengkak - 100 cc urin dalam urine bag - bibir tampak sedikit kering A. <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>Hsl</th><th>EK</th></tr><tr><td>Haluaran urin</td><td>2</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Edema</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>kelembaban membran mukosa</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> Masalah hipervolemia belum teratasi P = Lanjutkan intervensi (Manajemen Hipervolemia 1.03114)	Indikator	IK	Hsl	EK	Tekanan ekspirasi	3	4	5	Dispnea	3	4	5	Pemangangan fase ekspirasi	3	4	5	Frekuensi napas	3	4	5	Indikator	IK	Hsl	EK	Haluaran urin	2	2	5	Edema	3	4	5	kelembaban membran mukosa	3	4	5	 Hand mayda
Indikator	IK	Hsl	EK																																					
Tekanan ekspirasi	3	4	5																																					
Dispnea	3	4	5																																					
Pemangangan fase ekspirasi	3	4	5																																					
Frekuensi napas	3	4	5																																					
Indikator	IK	Hsl	EK																																					
Haluaran urin	2	2	5																																					
Edema	3	4	5																																					
kelembaban membran mukosa	3	4	5																																					

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																				
	22.30	Nyeri Akut	<p>S = pasien mengatakan nyeri</p> <p>D = nyeri kaki kiri</p> <p>A = nyeri seperti ditir</p> <p>R = nyeri di kaki kiri</p> <p>S = 4</p> <p>T = hilang timbul</p> <p>O = pasien tampak meringis dan gelisah bila nyeri timbul</p> <p>A =</p> <table><thead><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>Hsl</th><th>ER</th></tr></thead><tbody><tr><td>keluhan nyeri</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td></tr></tbody></table> <p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi (Manajemen Nyeri 1. 08230)</p>	Indikator	IK	Hsl	ER	keluhan nyeri	3	3	5	Meringis	3	3	5	Gelisah	3	3	5	 Mayda				
Indikator	IK	Hsl	ER																					
keluhan nyeri	3	3	5																					
Meringis	3	3	5																					
Gelisah	3	3	5																					
3.	30-10-2024 08.30	Pola Napas Tidak Efektif	<p>S = pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none">- pasien tidak terpasang nasal kanul- ekspirasi memanggag tidak ada- SPO₂ = 98 %- RR = 20x/mnt <p>A =</p> <table><thead><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>Hsl</th><th>ER</th></tr></thead><tbody><tr><td>Tekanan ekspirasi</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Dispnea</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Pemantauan fase ekspirasi</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Frekuensi napas</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr></tbody></table> <p>Masalah pola napas tidak efektif teratasi</p> <p>P:</p> <p>Hentikan intervensi</p>	Indikator	IK	Hsl	ER	Tekanan ekspirasi	3	5	5	Dispnea	3	5	5	Pemantauan fase ekspirasi	3	5	5	Frekuensi napas	3	5	5	 Mayda
Indikator	IK	Hsl	ER																					
Tekanan ekspirasi	3	5	5																					
Dispnea	3	5	5																					
Pemantauan fase ekspirasi	3	5	5																					
Frekuensi napas	3	5	5																					
	09.30	Hipervolemia	<p>S = pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none">- kaki kiri tidak bengkak- 200 cc urin- bibir sedikit kering <p>A =</p> <table><thead><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>Hsl</th><th>ER</th></tr></thead><tbody><tr><td>Haluaran urin</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Edema</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>kelembutan membran mukosa</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></tbody></table>	Indikator	IK	Hsl	ER	Haluaran urin	2	3	5	Edema	3	5	5	kelembutan membran mukosa	3	4	5	 Mayda				
Indikator	IK	Hsl	ER																					
Haluaran urin	2	3	5																					
Edema	3	5	5																					
kelembutan membran mukosa	3	4	5																					

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																
	08-30	Nyeri Akut	<p>Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi (Manajemen Hiper Volemia 1. 03114)</p> <p>S = pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>P = nyeri kaki kiri</p> <p>A = nyeri seperti ditus</p> <p>K = nyeri di kaki kiri</p> <p>S = 4</p> <p>T = hilang timbul</p> <p>O = pasien tidak meringis dan gelisah</p> <p>A =</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>Hst</th><th>ER</th></tr><tr><td>keluhan nyeri</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr></table> <p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi (Manajemen Nyeri 1. 08238)</p>	Indikator	IK	Hst	ER	keluhan nyeri	3	4	5	Meringis	3	5	5	Gelisah	3	5	5	<p>Mayda</p>
Indikator	IK	Hst	ER																	
keluhan nyeri	3	4	5																	
Meringis	3	5	5																	
Gelisah	3	5	5																	

Lampiran 2 *Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian Posisi Semi Fowler*

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
POSISI SEMI FOWLER	
Pengertian	Posisi semi fowler adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan/atau psikologis pasien dalam keadaan setengah duduk dengan sudut 30°-45°
Indikasi	Pasien dengan gangguan pernapasan ringan hingga sedang.
Tujuan	Ekspansi dada yang maksimal sehingga mengakibatkan perubahan pernapasan pasien yang akhirnya meningkatkan oksigenasi, meminimalkan ketegangan otot perut, serta meminimalkan efek gravitasi pada dinding dada.
Persiapkan Tempat dan Alat	Tempat: 1. Kondisi aman dan tenang Alat-alat: 1. Sarung tangan bersih 2. Bantal
Persiapan Pasien	1. Memberi tahu pasien dan menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan
Persiapan Lingkungan	1. Memasang sketsel
Pelaksanaan	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur 3. Siapkan alat (lihat persiapan alat diatas) 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Pasang sarung tangan bersih, jika perlu 6. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 7. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan posisi 8. Elevasikan bagian kepala tempat tidur dengan sudut 30-45° 9. Letakan bantal di bawah kepala dan leher 10. Pastikan pasien dalam posisi nyaman 11. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan 12. Lepaskan sarung tangan 13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 14. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien
Sikap	Sabar, teliti, hati-hati, dan menjaga privasi pasien
Evaluasi	1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 2. Observasi status oksigenasi meliputi frekuensi napas, kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, adanya pernapasan cuping hidung, dan saturasi oksigen

Lampiran 3 *Informed Consent***INFORMED CONSENT**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang akan dilakukan oleh:

Nama : Mayda Nurazizah

NIM : 41111241021

Setelah mendapat penjelasan, saya menyatakan bersedia dengan sukarela menjadi responden dengan menjawab pertanyaan jujur, terhadap penelitian kian yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Penerapan Posisi *Semi Fowler* Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (Ckd) Dengan Pola Nafas Tidak Efektif Di Ruang Wijayakusuma RSUD Banyumas”.

Jawaban yang saya berikan hanya untuk keperluan penelitian.

Demikian surat pernyataan ini saya buat.

Cilacap,

2025

Responden