Lampiran 1

Jadwal Kegiatan Penelitian Asuhan Keperawatan pada Pasien Asma dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang Cermai RSUD Klungkung Tahun 2020

No	Kegiatan	Waktu																			
		Jan-20				Feb-20				Mar-20				Apr-20				Mei 2020			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyusunan proposal		■	■	■	■	■														
2	Pendaftaran & Penyerahan Proposal							■													
3	Seminar proposal								■												
4	Perbaikan proposal									■											
5	Pengumpulan data (data diambil dari *website repository* Poltekkes Denpasar										■	■	■	■							
6	Penyusunan KTI														■	■	■				
7	Pendaftaran & Penyerahan KTI																■				
8	Sidang KTI																	■			
9	Revisi KTI																		■		
10	Penyerahan KTI																			■	

Lampiran 2

Anggaran Biaya Penelitian Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Asma dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang Cermai RSUD Klungkung Tahun 2020

Alokasi dana yang diperlukan dalam penelitian ini direncanakan sebagai berikut :

No	Keterangan	Biaya
A	**Tahap Persiapan**	
	a. Printcopy laporan untuk bimbingan : 52 lembar x Rp.350 x 6 rangkap	Rp.109.200,00
	b. Print warna cover : 4 lembar x Rp.2000	Rp.8.000,00
	c. Print warna lembar bimbingan: 4 x Rp.1000	Rp.4.000,00
	d. Printcopy untuk ujian proposal : 52 lembar x Rp.350 x 4 rangkap	Rp.72.800,00
	e. Print warna surat : 22 lembar x Rp.1000	Rp.22.000,00
	f. Revisi proposal : 52 lembar x Rp.350 x 1 rangkap	Rp.18.200,00
	g. Map : 7 buah x Rp. 2000	Rp.14.000,00
	h. Blinder clips : 10 biji x Rp.1000	Rp.10.000,00
	i. ATK: Pulpen faster: 1 buah x Rp.2500	Rp.2.500,00
	j. Transportasi:	Rp.150.000,00
B	**Tahap Akhir**	
	a. Penggandaan Laporan Print warna cover Printcopy laporan untuk ujian : 76 x Rp.350 x 1 rangkap	 Rp.1.000,00 Rp.26.600,00

	Printcopy lampiran penelitian : 32 x Rp.350 x 1 rangkap	Rp.11.200,00
	b. Biaya Tidak Terduga	Rp.200.000,00
Total biaya		Rp. 649.500,00

Lampiran 3

Format Pengumpulan Data Dokumentasi

Judul Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Di Ruang Cermai RSUD Klungkung Tahun 2020

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan lembar observasi dengan teliti dan benar
2. Istilah pada kolom yang tersedia, dengan cara memberi tanda √ pada kolom yang sesuai dengan dokumen pasien yang tertulis pada rekam medik.

A. Pengkajian

No	Pengkajian keperawatan	Dikaji			
		Responden I Tn.W		Responden II Ny.M	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Gejala dan Tanda Mayor				
	a. Batuk tidak efektif	√		√	
	b. Tidak mampu batuk		√		√
	c. Sputum berlebih		√		√
	d. Mengi,*wheezing* dan/atau ronkhi kering	√		√	
2	Gejala dan Tanda Minor				
	a. Dispnea	√		√	
	b. Sulit bicara		√		√
	c. Orthopnea		√		√
	d. Gelisah		√		√
	e. Sianosis		√		√
	f. Bunyi napas menurun		√		√
	g. Frekuensi napas berubah		√		√
	h. Pola napas berubah		√		√

B. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Dirumuskan			
		Responden I Tn.W		Responden II Ny.M	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	*Problem*				
	a. Bersihan jalan napas tidak efektif	√		√	
2	*Etiology*				
	Fisiologis				
	a. Spasme jalan napas		√		√
	b. Hipersekresi jalan napas		√		√
	c. Disfungsi neuromuskuler		√		√
	d. Benda asing dalam jalan napas		√		√
	e. Adanya jalan napas buatan		√		√
	f. Sekresi yang tertahan		√		√
	g. Hiperplasia dinding jalan napas		√		√
	h. Proses infeksi		√		√
	i. Respon alergi		√		√
	j. Efek agen farmakologis		√		√
	Situasional				
	a. Merokok aktif		√		√
	b. Merokok pasif		√		√
	c. Terpajan polutan		√		√
3	*Sign and Symptom*				
	a. Batuk tidak efektif		√		√
	b. Tidak mampu batuk		√		√
	c. Sputum berlebih		√		√
	d. Mengi,*wheezing* dan/atau ronkhi kering		√		√
	e. Dispnea		√		√
	f. Sulit bicara		√		√

	g. Orthopnea		√		√
	h. Gelisah		√		√
	i. Sianosis		√		√
	j. Bunyi napas menurun		√		√
	k. Frekuensi napas berubah		√		√
	l. Pola napas berubah		√		√

C. Intervensi Keperawatan

No	Perencanaan Keperawatan	Direncanakan			
		Responden I Tn.W		Responden II Ny.M	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Latihan batuk efektif				
	a. Identifikasi kemampuan batuk		√		√
	b. Monitor adanya retensi sputum		√		√
	c. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas		√		√
	d. Atur posisi semi-Fowler atau Fowler	√		√	
	e. Pasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien		√		√
	f. Buang sekret pada tempat sputum		√		√
	g. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif		√		√
	h. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik		√		√
	i. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali		√		√
	j. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3	√		√	
2	Manajemen jalan napas				
	a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)		√		√
	b. Monitor bunyi napas tambahan (mengi)		√		√
	c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)		√		√

	d. Berikan minum hangat		√		√
	e. Lakukan fisioterapi dada		√		√
	f. Berikan oksigen, jika perlu	√		√	
	g. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi		√		√
	h. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mulkolitik, jika perlu	√		√	

D. Implementasi Keperawatan

No	Implementasi Keperawatan	Diimplementasikan			
		Responden I Tn.W		Responden II Ny.M	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Latihan batuk efektif				
	a. Mengidentifikasi kemampuan batuk		√		√
	b. Memonitor adanya retensi sputum		√		√
	c. Memonitor tanda dan gejala infeksi saluran napas		√		√
	d. Mengatur posisi semi-Fowler atau Fowler	√		√	
	e. Memasang perlak dan bengkok di pangkuan pasien		√		√
	f. Membuang sekret pada tempat sputum		√		√
	g. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif		√		√
	h. Menganjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik		√		√
	i. Menganjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali		√		√
	j. Mengannjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3	√		√	
2	Manajemen jalan napas				
	a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)		√		√
	b. Memonitor bunyi napas tambahan (mengi)		√		√

	c. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)		√		√
	d. Memberikan minum hangat		√		√
	e. Melakukan fisioterapi dada		√		√
	f. Memberikan oksigen, jika perlu	√		√	
	g. Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi		√		√
	h. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mulkolitik, jika perlu	√		√	

E. Evaluasi Keperawatan

No	Evaluasi Keperawatan	Dievaluasi			
		Responden I Tn.W		Responden II Ny.M	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Bersihan jalan napas				
	a. Batuk efektif (skala 5: meningkat)		√		√
	b. Produksi sputum (skala 5: menurun)		√		√
	c. Mengi (skala 5: menurun)		√		√
	d. Dispnea (skala 5: menurun)		√		√

FORMAT HASIL PENGUMPULAN DATA
DOKUMEN SUBYEK PERTAMA

Logo	Pengkajian keperawatan	Nama : Tn. W Tgl lahir : 31-12-1964 No. RM : 147569
Tanggal : 13/4/19 sumber data : ☑ pasien ☑ keluarga □ Lainnya		Ruangan : Cermai

IDENTITAS PASIEN	**KEADAAN UMUM**
Agama : ☑ Hindu □ Islam □ Katolik □ Budha □ Konghucu □ lainnya	Kesadaran : ☑ Compos mentis □ Coma □ Apatis □ Samnolen □ Saparocoma
Pendidikan : □ Tidak ada ☑ SD □ SMP □ SMA □ PT	GCS : E4 V5 M6
Pekerjaan : □ Tidak bekerja □ PNS □ TNI/Polri ☑ Swasta □ lainnya	SpO2: 98%, Pernafasan: 26x/mnt, Nadi: 80x/mnt, Tekanan darah: 130/80 mmHg, Suhu: 36 ^{O}C
Kewarganegaraan : ☑ WNI □ WNA	Catatan :
Alamat saat ini : Kali Unda Lingkungan Pande	

RIWAYAT KEPERAWATAN

Keluhan utama saat ini : Sesak

Diagnosis medis saat ini : Asma serangan sedang + HHT+HT

Riwayat keluhan/penyakit saat ini : Pasien mengeluh sesak (+) sulit batuk (+) nyeri saat kencing (+) dan BAK seret (+) sulit tidur (+)

Riwayat penyakit terdahulu :
a. Riwayat MRS sebelumnya? □ Tidak ☑ Ya, Lamanya 7 hr, alasan: Asma
b. Riwayat dioperasi : ☑ Tidak □ Ya, jenisnya : ……
c. Riwayat penyakit : □ Jantung □ Hipertensi □ DM tipe I/II □ Kelainan jiwa □ Epilepsi □ Stroke ☑ Lainnya (Asma)
d. Riwayat alergi : ☑ Tidak □ Ya : jenis alergi : □ Obat □ Makanan □ lainnya, sebutkan …… Tipe reaksi : ……

PSIKOSOSIAL

Status : Pernikahan : □ Single ☑ Menikah □ Cerai,
Tanggal bersama keluarga : ☑ Ya □ Tidak, jelaskan……
Riwayat kebiasaan : □ Merokok □ Alkohol □ lain-lain…. Jenis dan jumlah perhari
Resiko mencederai diri sendiri : □ Tidak □ Ya

OBSERVASI (*yang relevan telah dilakukan dan didokumentasikan sesuai dengan kondisi pasien saat ini*)

☑ Vital sign □ Neurological □ Neurovaskuler □ Gula darah □ Berat badan □ Tinggi badan □ Urinalysis □ DL □ lainnya :

PROSEDUR INVASIF (*yang terpasang saat ini*)

☑ infus Intravena, dipasang di UGD tanggal 13/4/2019
□ central line (CVP), dipasang di.....tanggal…/…/…
□ Dower Chateter, dipasang di .....tanggal…/…/…
□ Selang NGT, dipasang di..... tanggal…/…/…
□ Cytostomy Chat, dipasang di..... tanggal…/…/…
□ Tracheostomy, dipasang di .....tanggal…/…/…
□ lain-lain…… dipasang di..... tanggal…/…/…

KONTROL RISIKO INFEKSI

Status : ☑ tidak diketahui □ Suspect □ diketahui : □ MRSA, □ TB, □ VRE, □ Infeksi Opportunistik/tropic, □ lainnya…….
Additional precaution yang harus dilakukan : □ Droplet, □ Airborn, □ Contact, □ Skin □ Contact Multi-Resistent Organisme

PENILAIAN RESIKO JATUH

Item penilaian		Jml skor	Item penilaian		Jml skor	Item penilaian		Jml skor
USIA a. Kurang dari 60 tahun b. Lebih dari 60 tahun c. Lebih dari 80 tahun	0 1 2	0	RIWAYAT JATUH a. Tidak pernah b. Jatuh < 1 tahun c. Jatuh < 1 bulan d. Jatuh pada saat dirawat sekarang	0 1 2 3	0	MOBILITAS a. Mandiri b. Menggunakan alat bantu berpindah c. Koordinasi/kesei mbangan buruk d. Dibantu sebagian e. Dibantu penuh	0 1 2 3 4	0
DEFISIT SENSORIS a. Kacamata bukan bifokal b. Kacamata bifocal c. Gangguan pendengaran d. Katarak/gluko ma e. Hamper tidak melihat/buta	0 1 2 2 3	0	KOGNISI a. Orientasi baik b. Kesulitan mengerti perintah c. Gangguan memori d. Kebingungan e. Disoreintasi	0 2 2 3 3	0	POLA BAB/BAK a. Teratur b. Inkontinensia urine/feses c. Nocturia d. Urgensi/frekuensi	0 1 2 3	2
AKTIVITAS a. Mandiri b. ADL dibantu sebagian c. ADL dibantu penuh	0 2 3	0	PENGOBATAN a. > 4 jenis b. Antihipertensi/h ipoglikemik/ant idepresan c. Sedatif/psikotro pika/narkotika d. Infus epidural/spinal	1 2 2 2	2	KOMORDIBITAS a. Diabetes/penyaki t jantung/stroke/IS K b. Gangguan saraf pusat/perkinson c. Pasca bedah 0-24 jam	2 2 3	0
TOTAL KESELURUHAN SKOR					KRITERIA RESIKO CEDERA/JATUH 4 (√) rendah 0-7 ( ) sedang 8-13 ( ) tinggi > 14			

KEBUTUHAN KOMUNIKASI/PENDIDIKAN DAN PENGAJARAN

Bicara : ☑ normal □ Serangan awal gangguan bicara, kapan
Bahasa sehari-hari : □ Indonesia, aktif/pasif ☑ Daerah, jelaskan Bali
□ Inggris, aktif/pasif □ lain-lain, jelaskan…….
Perlu penterjemah : ☑ tidak □ ya, Bahasa……. Bahasa isyarat : ☑ tidak □ ya

Hambatan belajar		cara belajar yang disukai
□ bahasa	□ cemas	□ Menulis
□ pendengaran	□ emosi □ kognitif	□ Audio-Visual/gambar
□ hilang memori	□ kesulitan bicara	□ Diskusi
□ motivasi buruk	□ tidak ada partisipasi dari caregiver	□ Membaca

□ masalah penglihatan □ secara fisiologi tidak mampu belajar ☑ Mendengar ☑ tidak ditemukan hambatan belajar □ kognitif □ demostrasi Potensi kebutuhan pembelajaran : ☑ proses penyakit ☑ pengobatan/tindakan ☑ terapi/obat ☑ nutrisi □ lain-lain, jelaskan…….
KETERGANTUNGAN SAAT MELAKSANAKAN ADL (*Activity Daily Life*)
Personal Hygiene : ☑ Mandiri □ Dibantu □ Ketergantungan Penuh Toileting : ☑ Mandiri □ Dibantu □ Ketergantungan Penuh Berpakaian : ☑ Mandiri □ Dibantu □ Ketergantungan Penuh Makan/Minum : ☑ Mandiri □ Dibantu □ Ketergantungan Penuh Mobilisasi : ☑ Mandiri □ Dibantu □ Ketergantungan Penuh Alat bantu : □ tongkat □ walker □ kursi roda □ penompang/brace □ protesis Alasan : …….
NYERI/KENYAMANAN
Nyeri : □ tidak ☑ ya : lokasi dada Intensitas (0-10) : 4 Jenis : ☑ akut □ kronis
PERNAFASAN
Kesulitan bernafas : □ tidak ☑ ya, memakai O_2 3 lt/mnt dengan : ☑ Nasal canule, □ Sungkup, □ Re-Breathing Mask Keluhan batuk : □ tidak ☑ ada, ☑ kering □ berdahak
INTEGRITY LUKA
☑ tidak ada masalah □ rash □ lesi □ parut □ memar □ pucat □ kuning □ sianotik □ berkeringat banyak Resiko decubitus : ☑ tidak □ ya (pengisian form resiko decubitus) braden skor :…… Luka : ☑ tidak ada □ ya ada lokasi.....pengisian perawatan luka □ perlu □ tidak
STATUS NUTRISI
Berat badan :…… kg Tinggi badan :…….. cm, score MST : …… □ muntah, □ sulit menelan, □ sulit mengunyah, □ NGT/TPN/PEG, □ kehilangan nafsu makan, □ kaheksia, □ turun BB> kg dlm 6 bln, □ malnutrisi/malabsrobsi □ hamil/menyusui ket :……..
ELIMINASI
Masalah perkemihan : □ tidak ada, ☑ ada : □ stoma, □ stricture uretra, ☑ retensi urine, □ inkontinesia urine, □ dialysis, Masalah defekasi : ☑ tidak ada, □ ada □ stoma, □ athresia ani, □ konstipasi, □ diare, □ inkontinesia alvi
ORIENTASI PASIEN BARU (diberikan penjelasan mengenai)
☑ lokasi ruangan, ☑ keamanan ruangan, ☑ tata tertib ruangan, ☑ waktu dokter visite, ☑ jam berkunjung, ☑ administrasi awal, ☑ tempat ibadah, ☑ fasilitas ruangan¸ ☑ pelayanan gizi, ☑ kebersihan kamar, ☑ rencana perawat
RENCANA KEPULANGAN PASIEN
Estimasi tanggal pemulangan :…/…/… pasien pulang ke : …… Edukasi pasien pulang : 1)……. 2)…….. 3)…….. 4)……
MASALAH KEPERAWATAN (diurutkan berdasarkan prioritas masalah)
a. Bersihan jalan napas tidak efektif
VERIFIKASI PASIEN
Dengan ini saya/keluarga menyatakan akan mengikuti aturan perawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang berlaku Tanda tangan pasien/keluarga tanda tangan perawat (…….) (…….)

Logo	Ilmu Penyakit Dalam	Nama : Tn. W Tgl lahir : 31-12-1946 No. RM : 147569
Ruangan : Cermai		Tgl :13/04/19 jam :

Rujukan : □ ya dari □ RS …… □ puskemas : ……..

□ Dr……... □ lainnya : ……..

□ Dx rujukan : …….

□ tidak □ datang sendiri ☑ diantar keluarga

Nama keluarga yang bisa dihubungi : …… No HP/telp : ……

Alamat : Kali Unda Lingkungan Pande

Transportasi waktu datang : □ ambulan RSUD klungkung □ ambulan lain □ kendaraan lain :

RIWAYAT ALERGI □ tidak □ ya obat ..... gejala/reaksi alergi

Makanan..... gejala/reaksi alergi

Lainnya /…..... gejala/reaksi alergi

ANAMNESA

1. Keluhan utama : sesak

2. Riwayat penyakit sekarang : Pasien mengeluh sesak (+) sulit batuk (+) nyeri saat kencing (+) dan BAK seret (+) sulit tidur (+)

3. Riwayat penyakit dahulu :
   □ hipertensi □ kencing manis □ jantung ☑ asthma □ stroke □ liver □ ginjal

   □ TBC paru □ lain-lainnya : .....

4. Riwayat pengobatan :

Nama obat	dosis	lainnya
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

5. Riwayat penyakit keluarga :

   □ hipertensi □ kencing manis □ jantung □ asthma □ lain-lain :…….

6. Riwayat social :

□ merokok □ minum alcohol □ lain-lainnya : …….

NYERI/KENYAMANAN

Nyeri : □ tidak ☑ ya : lokasi dada Intensitas (0-10) : 4

Jenis : ☑ akut □ kronis

TANDA-TANDA VITAL

Keadaan umum : □ Baik □ Sedang ☑ Lemah □ Jelek gizi : □ Baik □☑Kurang □ Buruk
GCS : E4 M5 V6 Tindakan Resusitasi : □ ya □tidak
Tensi : 130/80 mmHg, Suhu Axila/Rectal:36ºC/…. ºC…. , BB : 68 kg, TB :153 cm, Nadi :80 x/mnt Respirasi :26 x/mnt
Saturasi Oksigen :98 % pada □ Suhu ruangan : ☑ Nasal Canule □ NRB □ lainnya

PEMERIKSAAN FISIK :

Mata : ☑Anemis …… □ Icterus….. □ Reflex Pupil :… □ Oedema Palpebrae
….. THT : □ Tonsil…… □ Pharing ……. □ Lidah …….. ☑ Bibir : kering
Leher : □ JVP…….. □ pembesaran Kelenjar ..... □ Kaku kuduk +/-
Thoraks : □ Simetris/~~Asimetris~~…….
- Cor : □ S1, S2 …… regular/ireguler □ Mur-mur…… □ Lain-lain ..….
- Pulmo □ Suara Nafas …….. □ Ronchi …… ☑ Wheezing …..

Abdomen : □ Distensi: +/- □ Meteorismus: +/- □ Peristaltik: □ Normal □ meningkat

□ Menurun □ Ascites: +/

□ Hepar ……. □ Lien ……..

Extremitas : □ Hangat/dingin.....□ Oedema

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Laboratorium

2. EKG

3. X-Ray

DIAGNOSA KERJA/DIAGNOSA BANDING

TERAPI TINDAKAN

RENCANA KERJA	**DISPOSISI** □ Boleh pulang, Jam Keluar … Wita Tgl : Kontrol Poliklinik □ ya ……. Tgl : □ tidak
Nama dan tanda tangan dokter ruangan (……..)	nama dan tanda tangan DPJP (……..)

<table>
<tr><td rowspan="3">Logo</td><td colspan="2">Nama : Tn. W
Tgl lahir : 31-12-1964 (L) / P

No. RM : 147569</td></tr>
<tr><td>Nomor dokumen
033/01.1/RI.II/2017</td><td>Nomor revisi 00</td></tr>
<tr><td>Ruang : Cermai</td><td>Jam : 07.45</td></tr>
<tr><td>Kriteria evaluasi/nursing outcame</td><td colspan="2">1.1 Status pernafasan
a. tanda-tanda vital dalam batas normal
b. tidak ada dispnea/orthopnea
c. suara nafas tambahan berkurang
d. batuk berkurang
e. akumulasi sputum berkurang
1.2 Perfusi jaringan serebral
a. kesadaran meningkat
b. sakit kepala berkurang
c. muntah berkurang
d. gangguan kognisi berkurang
e. reflek saraf membaik
f. kegelisahan berkurang
g. agitasi berkurang
h. demam tidak ada
1.3 Tingkat nyeri
a. tanda-tanda vital dalam batas normal
b. nyeri yang dilaporkan ringan
c. ekspresi nyeri wajah berkurang
d. mengerang dan menangis berkurang
1.4 Eleminasi urin
a. Inkontinensia urin tertangani
1.5 Eliminasi usus
a. Konstipasi berkurang
b. Pengeluaran feses tanpa bantuan
1.6 Resiko infeksi
a. tanda-tanda infeksi tidak ada (kalor, rubor, tumor, dolor,fungiolesa)
1.7 Tingkat kecemasan
a. Rasa cemas yang disampaikan secara lisan berkurang
b. Tanda-tanda vital dalam batas normal
c. Gangguan tidur ringan
d. Wajah tegang berkurang
1.8 Pergerakan, ambulasi
a. Gerakan otot sedikit terganggu
b. Gerakan sendi sedikit terganggu
c. Menopang berat badan sedikit terganggu
d. Mampu berjalan efektif secara bertahap
1.9 Status nutrisi: asupan makanan dan cairan
a. Asupan makanan secara oral lebih adekuat</td></tr>
</table>

	b. Asupan cairan secara oral lebih adekuat c. Asupan nutrisi parental adekuat 1.10 Komunikasi a. Kemampuan Bahasa lisan sedikit terganggu b. Kemampuan Bahasa non verbal sedikit terganggu c. Kemampuan dalam Bahasa isyarat sedikit terganggu 1.11 Perawatan diri : aktivitas sehari-hari a. Makan dibantu sebagian b. Memakai baju diabntu sebagian c. Ketoilet dibantu sebagian d. Mandi dibantu sebagian e. Berpindah dibantu orang lain/dengan alat 1.12 integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa a. Integritas kulit tidak terganggu b. Lesi pada kulit tidak ada
Intervensi keperawatan	1.1 Status pernafasan a. Auskultasi suara nafas, catat area ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan b. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dan mengurangi sesak nafas c. Monitor status pernafasan dan oksigenasi d. Ajarkan pasien bernafas pelan, dalam dan batuk efektif bila kondisi memungkinkan e. Kolaborasi pengeluaran secret dengan suction 1.2 Manajemen bersihan jalan napas tidak efektif a. Monitor tanda dan gejala bersihan jalan napas tidak efektif b. Beri posisi semifowler c. Beri oksigen d. Ajarkan teknik batuk efektif e. Edukasi pasien dan keluarga tentang penyebab bersihan jalan napas tidak efektif f. Kolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai indikasi 1.3 Peningkatan perfusi serebral a. Monitor tanda-tanda perdarahan b. Monitor status neurologi c. Monitor TIK pasien d. Monitor TTV e. Hindari fleksi leher f. Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi 1.4 Manajemen nyeri a. Lakukan pengkajian nyeri b. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri c. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri d. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan

	menangani nyerinya dengan tepat e. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk penurunan nyeri f. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan dan penanganannya g. Kolaborasi dalam pemberian obat anti nyeri 1.5 Bantuan berkemih a. Observasi kemampuan pasien mengenai keinginan berkemih/bledder training b. Kolaborasi dalam pemasangan kateter urin 1.6 Kontrol infeksi a. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan oleh pasien b. Isolasi pasien yang terkena penyakit menular c. Batasi jumlah pengunjung d. Ajarkan cara cuci tangan bagi tenaga kesehatan e. Anjurkan pasien mencuci tangan dengan tepat f. Gunakan sabun antimikroba yang telah ditentukan g. Lakukan tindakan yang menunjukkan pencegahan bersifat universal h. Pakai sarung tangan steril dengan tepat i. Ajarkan pasien dan keluarga dalam mengenali tanda infeksi dan cara menghindari infeksi pada akses vaskuler 1.7 Perlindungan infeksi a. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan local b. Monitor kerentanan terhadap infeksi c. Monitor hasil lab granulosit, WBC, dan hasil-hasil deferensial d. Pertahankan tehnik isolasi yang sesuai e. Ajarkan pasien dan keluarga cara menghindari infeksi f. Laporkan dugaan infeksi pada PPI 1.8 Manajemen konstipasi/impaksi a. Monitor pola eliminasi pasien b. Monitor tanda dan gejala konstipasi dan bising usus c. Berikan diet tinggi serat sesuai kondisi pasien d. Anjurkan mobilisasi aktif/pasif e. Edukasi pasien dan keluarga tentang penyebab konstipasi pada pasien f. Jelaskan pada pasien tentang penanganan konstipasi dan komplikasinya g. Kolaborasi dalam pemberian obat pencahar sesuai indikasi 1.9 Pengurangan kecemasan a. Kaji tingkat kecemasan pasien

	b. Bantu pasien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan pasien c. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan untuk meningkatkan kepercayaan d. Berikan dukungan penggunaan mekanisme koping yang sesuai e. Anjurkan pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi sesuai kondisi pasien b. Anjurkan keluarga untuk mendampingi klien 1.10 Peningkatan koping a. Evaluasi kemampuan pasien dalam membuat keputusan b. Berikan informasi yang actual mengenai diagnosis, penanganan, dan prognose c. Berikan pilihan-pilihan yang realistis mengenai aspek perawatan d. Kaji pengalaman pasien dalam mengatasi masalah sebelumnya 1.11 Therapy latihan: control otot a. Kaji kesiapan pasien untuk memulai aktivitas atau latihan fisik b. Orientasikan ulang pasien terhadap fungsi pergerakan tubuh c. Latih pasien secara visual untuk melihat bagian tubuh yang sakit ketika melakukan ADL d. Berikan petunjuk lngkah demi langkah untuk setiap aktivitas motoric selama latihan atau ADL e. Anjurkan pasien untuk mengulangi pergerakan setiap kali latihan selesai dilakukan f. Gunakan stimulasi sentuhan untuk mengurangi kram otot g. Monitor emosi pasien dan respon pasien saat latihan h. Monitor adanya nyeri sebelum dan sesudah latihan i. Jelaskan pada keluarga tentang program dan rasionalisasi latihan pada pasien j. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk mengembangkan dan menerapkan program latihan sesuai kebutuhan 1.12 Manajemen nutrisi a. Tentukan status gizi psien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi b. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi c. Ciptakan lingkungan yang optimal saat mengkonsumsi makanan (nyaman,bersih, berventilasi dan bebas dari bau) d. Pastikan makanan disajikan dalam suhu yang hangat saat dikonsumsi pasien

	1.13 Pemberian makanan a. Identifikasi diit yang disarankan b. Identifikasi adanya gangguan menelan c. Atur posisi kepala lebih tinggi dengan leher sedikit fleksi kedepan saat makan untuk mencegah aspirasi d. Bila periu bantu suapin pasien atau anjurkan keluarga untuk membantu menyuapi pasien e. Berikan minum pada saat makan jika diperlukan f. Tunda memberikan makanan jika pasien kelelahan atau batuk-batuk g. Cek sisa makanan dalam mulut selesai memberi makanan h. Catat asupan nutrisi pasien denga tepat i. Observasi adanya muntah j. Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral/melalui NGT jika pasien mengalami gangguan menelan 1.14 Peningkatan komunikasi: kurang bicara a. Kaji kemampuan bicara pasien (artikulasi, volume suara, dan kecepatan bicara) b. Monitor emosi pasien terkait dengan gangguan kemampuan bicara c. Kenali emosi dan perilaku fisik pasien sebagai bentuk komunikasi d. Anjurkan pasien bicara pelan dan menggunakan jawaban sederhana (ya/tidak) e. Anjurkan pasien menggunakan Bahasa isyarat dengan mengangguk / menggeleng f. Sediakan metoda alternative menulis atau membaca dengan cara yang tepat g. Kolaborasi dengan keluarga dan ahli / terapis Bahasa patologis untuk mengembangkan rencana agar agar bisa berkomunikasi secara efektif 1.15 Peningkatan komunikasi: kurang pendengaran a. Kaji fungsi pendengaran pasien b. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tidak berisik saat berkomunikasi c. Lakukan komunikasi dengan berhadapan langsung untuk memfasilitasi pembicaraan bibir 1.16 Berpakaian a. Monitor kemampuan pasien untuk berpakaian sendiri b. Bantu pasien dalam memakai pakaian c. Anjurkan pasien memakai pakaian yang tidak ketat, dan mengganti pakaian setiap hari d. Anjurkan pasien memilih pakaian yang menyerap keringat 1.17 Bantuan perawatan diri: mandi/kebersihan diri a. Monitor kemampuan aktivitas pasien

	b. Bantu pasien mandi atau ikutsertakan keluarga dalam pemeliharaan kebersihan diri pasien c. Monitor kebersihan diri pasien secara rutin d. Jaga privasi pasien saat memandikan e. Edukasi pada pasien/keluarga tentang pentingnya memelihara kebersihan diri 1.18 Bantuan perawatan diri: eliminasi a. Kaji kemampuan aktivitas pasien dalam eliminasi b. Bantu pasien ketoilet jika kondisi memungkinkan c. Bantu pasien dalam eliminasi d. Jaga privasi pasien selama eliminasi e. Ganti pakaian setelah eliminasi f. Fasilitasi kebersihan toilet/alat-alat yang digunakan untuk eliminasi pasien g. Monitor kondisi pasien selama eliminasi 1.19 Bantuan perawatan diri, transfer a. Kaji kemampuan pasien saat ini untuk memindahkan diri sendiri (duduk,berdiri,miring kanan dan kiri) b. Pilih tehnik yang tepat untuk berpindah bagi pasien c. Identifikasi metode yang tepat sesuai kondisi pasien d. Demonstrasikan tehnik berpindah yang tepat sesuai kondisi pasien e. Gunakan alat bantu (kursi roda, tongkat, walker) f. Berikan dorongan pada pasien untuk kemampuan berpindah sendiri g. Evaluasi kondisi pasien selama latihan perpindahan h. Kolaborasi dengan ahli terapis dalam pemilihan alat bantu dan tehnik berpindah yang tepat 1.20 Manajemen tekanan a. Berikan pakaian yang tidak ketat pada pasien b. Letakan matras/Kasur terapeutik dengan cara yang tepat c. Lakukan massage pada punggung / daerah tubuh yang tertekan d. Balikan posisi pasien minimal 2jam sekali e. Monitor area kulit dari adanya kemerahan atau luka lecet f. Monitor sumber tekanan dan gesekan g. Kolaborasi dengan keluarga untuk mobilisasi pasien sesuai kebutuhan
Evaluasi	1. Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal 2. Kesadaran pasien meningkat/Composmentis 3. Tidak ada dispnea/orthopnea 4. Batuk berkurang 5. Nyeri berkurang

	6. Inkontinensia urin teratasi 7. Konstipasi berkurang 8. Tidak ada tanda-tanda infeksi 9. Kecemasan pasien berkurang 10. Mobilitas fisik meningkat

Logo	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI	Nama : Tn. W Tgl lahir : 31-12-1964 (L) / P No. RM : 147569
Ruangan : Cermai		Lembar ke :

Tgl	Jam	Profesi	CATATAN PERKEMBANGAN S (Subyective) O (Obyective) A (Assesment) P (Planing)	Nama dan paraf
13/4/19	08.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 80 x/mnt, TD: 130/100 mmHg, RR: 26 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
13/4/19	11.20	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 88 x/mnt, TD: 140/100 mmHg, RR: 25 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
13/4/19	18.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 80 x/mnt, TD: 130/80 mmHg, RR: 25 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
14/4/19	06.40	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 88 x/mnt, TD: 140/100 mmHg, RR: 24 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
14/4/19	12.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS	

			E4 V5 M6, S: 36° C, N: 90 x/mnt, TD: 140/100 mmHg, RR: 25 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
14/4/19	18.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 90 x/mnt, TD: 150/100 mmHg, RR: 26 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
15/4/19	06.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 80 x/mnt, TD: 130/90 mmHg, RR: 25 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
15/4/19	12.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 76 x/mnt, TD: 130/80 mmHg, RR: 24 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
15/4/19	18.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 76 x/mnt, TD: 130/100 mmHg, RR: 23 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian	

			salmeterol sesuai	
16/4/19	08.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 76 x/mnt, TD: 120/80 mmHg, RR: 23 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	

FORMAT HASIL PENGUMPULAN DATA
DOKUMEN SUBYEK KEDUA

Logo	Pengkajian keperawatan	Nama : Ny.M Tgl lahir : 31-12-1942 No. RM : 238756
Tanggal : 2/5/19 sumber data : ☑ pasien ☑ keluarga □ Lainnya		Ruangan : Cermai

IDENTITAS PASIEN	**KEADAAN UMUM**
Agama : ☑ Hindu □ Islam □ Katolik □ Budha □ Konghucu □ lainnya	Kesadaran : ☑ Compos mentis □ Coma □ Apatis □ Samnolen □ Saparocoma
Pendidikan : □ Tidak ada ☑ SD □ SMP □ SMA □ PT	GCS : E4 V5 M6
Pekerjaan : ☑ Tidak bekerja □ PNS □ TNI/Polri □ Swasta □ lainnya	SpO2: 97%, Pernafasan: 25x/mnt, Nadi: 76x/mnt, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 36 ^{O}C
Kewarganegaraan : ☑ WNI □ WNA	Catatan :
Alamat saat ini : Dawan Kaler	

RIWAYAT KEPERAWATAN

Keluhan utama saat ini : Sesak dan bengkak pada kedua kaki

Diagnosis medis saat ini : CHF + edema paru + asma

Riwayat keluhan/penyakit saat ini : Pasien mengeluh sesak (+) lemas (+) sulit batuk (+) dan bengkak pada kedua kaki (+) sesak saat tidur terlentang (+)

Riwayat penyakit terdahulu :

e. Riwayat MRS sebelumnya? □ Tidak ☑ Ya, Lamanya 5 hr, alasan: Asma
f. Riwayat dioperasi : ☑ Tidak □ Ya, jenisnya : ……
g. Riwayat penyakit : □ Jantung □ Hipertensi □ DM tipe I/II □ Kelainan jiwa □ Epilepsi □ Stroke ☑ Lainnya (Asma)
h. Riwayat alergi : ☑ Tidak □ Ya : jenis alergi : □ Obat □ Makanan □ lainnya, sebutkan …… Tipe reaksi : ……

PSIKOSOSIAL

Status : Pernikahan : □ Single ☑ Menikah □ Cerai,
Tinggal bersama keluarga : ☑ Ya □ Tidak, jelaskan……
Riwayat kebiasaan : □ Merokok □ Alkohol □ lain-lain…. Jenis dan jumlah perhari
Resiko mencederai diri sendiri : □ Tidak □ Ya

OBSERVASI (*yang relevan telah dilakukan dan didokumentasikan sesuai dengan kondisi pasien saat ini*)

☑ Vital sign □ Neurological □ Neurovaskuler □ Gula darah □ Berat badan □ Tinggi badan □ Urinalysis □ DL □ lainnya :

PROSEDUR INVASIF (*yang terpasang saat ini*)

☑ infus Intravena, dipasang di UGD tanggal 2/5/2019
□ central line (CVP), dipasang di.....tanggal…/…/…
□ Dower Chateter, dipasang di .....tanggal…/…/…
□ Selang NGT, dipasang di..... tanggal…/…/…
□ Cytostomy Chat, dipasang di..... tanggal…/…/…
□ Tracheostomy, dipasang di .....tanggal…/…/…
□ lain-lain…… dipasang di..... tanggal…/…/…

KONTROL RISIKO INFEKSI

Status : ☑ tidak diketahui □ Suspect □ diketahui : □ MRSA, □ TB, □ VRE, □ Infeksi Opportunistik/tropic, □ lainnya…….
Additional precaution yang harus dilakukan : □ Droplet, □ Airborn, □ Contact, □ Skin □ Contact Multi-Resistent Organisme

PENILAIAN RESIKO JATUH

Item penilaian		Jml skor	Item penilaian		Jml skor	Item penilaian		Jml skor
USIA a. Kurang dari 60 tahun d. Lebih dari 60 tahun e. Lebih dari 80 tahun	0 1 2	1	RIWAYAT JATUH e. Tidak pernah f. Jatuh < 1 tahun g. Jatuh < 1 bulan h. Jatuh pada saat dirawat sekarang	0 1 2 3	1	MOBILITAS f. Mandiri g. Menggunakan alat bantu berpindah h. Koordinasi/kesei mbangan buruk i. Dibantu sebagian j. Dibantu penuh	0 1 2 3 4	1
DEFISIT SENSORIS a. Kacamata bukan bifokal d. Kacamata bifocal e. Gangguan Pendengaran d. Katarak/gluko Ma e. Hamper tidak melihat/buta	0 1 2 2 3	2	KOGNISI f. Orientasi baik g. Kesulitan mengerti perintah h. Gangguan memori i. Kebingungan j. Disoreintasi	0 2 2 3 3	0	POLA BAB/BAK e. Teratur f. Inkontinensia urine/feses g. Nocturia h. Urgensi/frekuensi	0 1 2 3	0
AKTIVITAS d. Mandiri e. ADL dibantu sebagian f. ADL dibantu penuh	0 2 3	2	PENGOBATAN e. > 4 jenis f. Antihipertensi/hipoglikemik/antidepresan g. Sedatif/psikotropika/narkotika h. Infus epidural/spinal	1 2 2 2	2	KOMORDIBITAS d. Diabetes/penyakit jantung/stroke/ISK e. Gangguan saraf pusat/perkinson f. Pasca bedah 0-24 jam	2 2 3	0
TOTAL KESELURUHAN SKOR					KRITERIA RESIKO CEDERA/JATUH 9 ( ) rendah 0-7 (√) sedang 8-13 ( ) tinggi > 14			

KEBUTUHAN KOMUNIKASI/PENDIDIKAN DAN PENGAJARAN

Bicara : ☑ normal □ Serangan awal gangguan bicara, kapan
Bahasa sehari-hari : □ Indonesia, aktif/pasif ☑ Daerah, jelaskan Bali
□ Inggris, aktif/pasif □ lain-lain, jelaskan…….
Perlu penterjemah : ☑ tidak □ ya, Bahasa……. Bahasa isyarat : ☑ tidak □ ya

Hambatan belajar		cara belajar yang disukai
□ bahasa	□ cemas	□ Menulis
□ pendengaran	□ emosi □ kognitif	□ Audio-Visual/gambar
□ hilang memori	□ kesulitan bicara	□ Diskusi
□ motivasi buruk	□ tidak ada partisipasi dari caregiver	□ Membaca

□ masalah penglihatan □ secara fisiologi tidak mampu belajar ☑ Mendengar ☑ tidak ditemukan hambatan belajar □ kognitif □ demostrasi Potensi kebutuhan pembelajaran : ☑ proses penyakit ☑ pengobatan/tindakan ☑ terapi/obat ☑ nutrisi □ lain-lain, jelaskan…….
KETERGANTUNGAN SAAT MELAKSANAKAN ADL (*Activity Daily Life*)
Personal Hygiene : □☑ Mandiri □ Dibantu □ Ketergantungan Penuh Toileting : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh Berpakaian : ☑ Mandiri □ Dibantu □ Ketergantungan Penuh Makan/Minum : ☑ Mandiri □ Dibantu □ Ketergantungan Penuh Mobilisasi : □ Mandiri ☑ Dibantu □ Ketergantungan Penuh Alat bantu : ☑ tongkat □ walker □ kursi roda □ penompang/brace □ protesis Alasan : …….
NYERI/KENYAMANAN
Nyeri : □ tidak ☑ ya : lokasi dada Intensitas (0-10) : 4 Jenis : ☑ akut □ kronis
PERNAFASAN
Kesulitan bernafas : □ tidak ☑ ya, memakai O_2 3 lt/mnt dengan : ☑ Nasal canule, □ Sungkup, □ Re-Breathing Mask Keluhan batuk : □ tidak ☑ ada, ☑ kering □ berdahak
INTEGRITY LUKA
☑ tidak ada masalah □ rash □ lesi □ parut □ memar □ pucat □ kuning □ sianotik □ berkeringat banyak Resiko decubitus : ☑ tidak □ ya (pengisian form resiko decubitus) braden skor :…… Luka : ☑ tidak ada □ ya ada lokasi.....pengisian perawatan luka □ perlu □ tidak
STATUS NUTRISI
Berat badan :…… kg Tinggi badan :…….. cm, score MST : …… □ muntah, □ sulit menelan, □ sulit mengunyah, □ NGT/TPN/PEG, □ kehilangan nafsu makan, □ kaheksia, □ turun BB> kg dlm 6 bln, □ malnutrisi/malabsrobsi □ hamil/menyusui ket :……..
ELIMINASI
Masalah perkemihan : ☑ tidak ada, □ ada : □ stoma, □ stricture uretra, □ retensi urine, □ inkontinesia urine, □ dialysis, Masalah defekasi : ☑ tidak ada, □ ada □ stoma, □ athresia ani, □ konstipasi, □ diare, □ inkontinesia alvi
ORIENTASI PASIEN BARU (diberikan penjelasan mengenai)
☑ lokasi ruangan, □ keamanan ruangan, □ tata tertib ruangan, □ waktu dokter visite, ☑ jam berkunjung, □ administrasi awal, □ tempat ibadah, □ fasilitas ruangan¸ □ pelayanan gizi, □ kebersihan kamar, □ rencana perawat
RENCANA KEPULANGAN PASIEN
Estimasi tanggal pemulangan :…/…/… pasien pulang ke : ……. Edukasi pasien pulang : 1)……. 2)…….. 3)…….. 4)……
MASALAH KEPERAWATAN (diurutkan berdasarkan prioritas masalah)
a. Bersihan jalan napas tidak efektif
VERIFIKASI PASIEN
Dengan ini saya/keluarga menyatakan akan mengikuti aturan perawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang berlaku Tanda tangan pasien/keluarga tanda tangan perawat (…….) (…….)

Logo	Ilmu Penyakit Dalam	Nama : Ny.M Tgl lahir : 31-12-1942 No. RM : 238756
Ruangan : Cermai		Tgl :2/5/19 jam :

Rujukan : □ ya dari □ RS …… □ puskemas : ……..

□ Dr……... □ lainnya : ……..

□ Dx rujukan : …….

□ tidak □ datang sendiri ☑ diantar cucu

Nama keluarga yang bisa dihubungi : …… No HP/telp : ……

Alamat : Dawan Kaler

Transportasi waktu datang : □ ambulan RSUD klungkung □ ambulan lain ☑ kendaraan lain : motor

RIWAYAT ALERGI ☑ tidak □ ya obat ..... gejala/reaksi alergi

Makanan..... gejala/reaksi alergi

Lainnya /….....gejala/reaksi alergi

ANAMNESA

1. Keluhan utama : sesak dan bengkak pada kedua kaki

2. Riwayat penyakit sekarang : Pasien mengeluh sesak (+) lemas (+) sulit batuk (+) dan bengkak pada kedua kaki (+) sesak saat tidur terlentang (+)

3. Riwayat penyakit dahulu :
   a. hipertensi □ kencing manis □ jantung ☑ asthma □ stroke □ liver □ ginjal

   b. TBC paru □ lain-lainnya :……

4. Riwayat pengobatan :

Nama obat	dosis	lainnya
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

5. Riwayat penyakit keluarga :

   a. hipertensi □ kencing manis □ jantung ☑ asthma □ lain-lain :…….

6. Riwayat social :

□ merokok □ minum alcohol □ lain-lainnya : …….

NYERI/KENYAMANAN

Nyeri : □ tidak ☑ ya : lokasi dada Intensitas (0-10) : 4

Jenis : ☑ akut □ kronis

TANDA-TANDA VITAL

Keadaan umum : □ Baik □ Sedang ☑ Lemah □ Jelek gizi : □ Baik ☑ Kurang □ Buruk GCS : E4 M5 V6 Tindakan Resusitasi : □ ya □ tidak
Tensi : 120/80 mmHg, Suhu Axila/Rectal:36ºC/…. ºC…. , BB : 50 kg, TB :150 cm, Nadi :76 x/mnt Respirasi :25 x/mnt
Saturasi Oksigen :97 % pada □ Suhu ruangan : ☑ Nasal Canule □ NRB □ lainnya

PEMERIKSAAN FISIK :

Mata : ☑ Anemis …… □ Icterus….. □ Reflex Pupil :… □ Oedema Palpebrae
….. THT : □ Tonsil…… □ Pharing ……. □ Lidah …….. ☑ Bibir …….
Leher : □ JVP…….. □ pembesaran Kelenjar ..... □ Kaku kuduk +/-
Thoraks : □ Simetris/~~Asimetris~~ …….
- Cor : □ S1, S2 …… regular/ireguler □ Mur-mur…… □ Lain-lain ..….
- Pulmo □ Suara Nafas …….. □ Ronchi …… ☑ Wheezing …..

Abdomen : □ Distensi: +/- □ Meteorismus: +/- □ Peristaltik: □ Normal □ meningkat

□ Menurun □ Ascites: +/

□ Hepar ……. □ Lien ……..

Extremitas : □ Hangat/dingin.....☑ Oedema

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG	**DIAGNOSA KERJA/DIAGNOSA BANDING**
4. Laboratorium 5. EKG 6. X-Ray	**TERAPI TINDAKAN**

RENCANA KERJA	**DISPOSISI** □ Boleh pulang, Jam Keluar … Wita Tgl : Kontrol Poliklinik □ ya ……. Tgl : □ tidak
Nama dan tanda tangan dokter ruangan (……..)	nama dan tanda tangan DPJP (……..)

<table>
<tr><td rowspan="3">Logo</td><td colspan="2">Nama : Ny.M
Tgl lahir : 31-12-1942 L/ (P)

No. RM : 238756</td></tr>
<tr><td>Nomor dokumen
033/01.1/RI.II/2017</td><td>Nomor revisi 00</td></tr>
<tr><td>Ruang : Cermai</td><td>Jam : 12.00</td></tr>
<tr><td>Kriteria evaluasi/nursing outcame</td><td colspan="2">1.1 Status pernafasan
a. tanda-tanda vital dalam batas normal
b. tidak ada dispnea/orthopnea
c. suara nafas tambahan berkurang
d. batuk berkurang
e. akumulasi sputum berkurang
1.2 Perfusi jaringan serebral
a. kesadaran meningkat
b. sakit kepala berkurang
c. muntah berkurang
d. gangguan kognisi berkurang
e. reflek saraf membaik
f. kegelisahan berkurang
g. agitasi berkurang
h. demam tidak ada
1.3 Tingkat nyeri
a. tanda-tanda vital dalam batas normal
b. nyeri yang dilaporkan ringan
c. ekspresi nyeri wajah berkurang
d. mengerang dan menangis berkurang
1.4 Eleminasi urin
a. Inkontinensia urin tertangani
1.5 Eliminasi usus
a. Konstipasi berkurang
b. Pengeluaran feses tanpa bantuan
1.6 Resiko infeksi
a. tanda-tanda infeksi tidak ada (kalor, rubor, tumor, dolor,fungiolesa)
1.7 Tingkat kecemasan
a. Rasa cemas yang disampaikan secara lisan berkurang
b. Tanda-tanda vital dalam batas normal
c. Gangguan tidur ringan
d. Wajah tegang berkurang
1.8 Pergerakan, ambulasi
a. Gerakan otot sedikit terganggu
b. Gerakan sendi sedikit terganggu</td></tr>
</table>

	c. Menopang berat badan sedikit terganggu d. Mampu berjalan efektif secara bertahap 1.9 Status nutrisi: asupan makanan dan cairan a. Asupan makanan secara oral lebih adekuat b. Asupan cairan secara oral lebih adekuat c. Asupan nutrisi parental adekuat 1.10 Komunikasi d. Kemampuan Bahasa lisan sedikit terganggu e. Kemampuan Bahasa non verbal sedikit terganggu f. Kemampuan dalam Bahasa isyarat sedikit terganggu 1.11 Perawatan diri : aktivitas sehari-hari f. Makan dibantu sebagian g. Memakai baju diabntu sebagian h. Ketoilet dibantu sebagian i. Mandi dibantu sebagian j. Berpindah dibantu orang lain/dengan alat 1.12 integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa c. Integritas kulit tidak terganggu d. Lesi pada kulit tidak ada
Intervensi keperawatan	1.1 Status pernafasan a. Auskultasi suara nafas, catat area ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan b. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dan mengurangi sesak nafas c. Monitor status pernafasan dan oksigenasi d. Ajarkan pasien bernafas pelan, dalam dan batuk efektif bila kondisi memungkinkan e. Kolaborasi pengeluaran secret dengan suction 1.2 Manajemen bersihan jalan napas tidak efektif a. Monitor tanda dan gejala bersihan jalan napas tidak efektif b. Beri posisi semifowler c. Beri oksigen d. Ajarkan teknik batuk efektif e. Edukasi pasien dan keluarga tentang penyebab bersihan jalan napas tidak efektif f. Kolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai indikasi 1.3 Peningkatan perfusi serebral a. Monitor tanda-tanda perdarahan b. Monitor status neurologi c. Monitor TIK pasien d. Monitor TTV e. Hindari fleksi leher f. Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai

	indikasi 1.4 Manajemen nyeri a. Lakukan pengkajian nyeri b. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri c. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri d. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat e. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk penurunan nyeri f. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan dan penanganannya g. Kolaborasi dalam pemberian obat anti nyeri 1.5 Bantuan berkemih a. Observasi kemampuan pasien mengenai keinginan berkemih/bledder training b. Kolaborasi dalam pemasangan kateter urin 1.6 Kontrol infeksi a. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan oleh pasien b. Isolasi pasien yang terkena penyakit menular c. Batasi jumlah pengunjung d. Ajarkan cara cuci tangan bagi tenaga kesehatan e. Anjurkan pasien mencuci tangan dengan tepat f. Gunakan sabun antimikroba yang telah ditentukan g. Lakukan tindakan yang menunjukkan pencegahan bersifat universal h. Pakai sarung tangan steril dengan tepat i. Ajarkan pasien dan keluarga dalam mengenali tanda infeksi dan cara menghindari infeksi pada akses vaskuler 1.7 Perlindungan infeksi a. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan local b. Monitor kerentanan terhadap infeksi c. Monitor hasil lab granulosit, WBC, dan hasil-hasil deferensial d. Pertahankan tehnik isolasi yang sesuai e. Ajarkan pasien dan keluarga cara menghindari infeksi f. Laporkan dugaan infeksi pada PPI 1.8 Manajemen konstipasi/impaksi a. Monitor pola eliminasi pasien b. Monitor tanda dan gejala konstipasi dan bising usus

	c. Berikan diet tinggi serat sesuai kondisi pasien d. Anjurkan mobilisasi aktif/pasif e. Edukasi pasien dan keluarga tentang penyebab konstipasi pada pasien f. Jelaskan pada pasien tentang penanganan konstipasi dan komplikasinya g. Kolaborasi dalam pemberian obat pencahar sesuai indikasi 1.9 Pengurangan kecemasan a. Kaji tingkat kecemasan pasien b. Bantu pasien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan pasien c. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan untuk meningkatkan kepercayaan d. Berikan dukungan penggunaan mekanisme koping yang sesuai e. Anjurkan pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi sesuai kondisi pasien b. Anjurkan keluarga untuk mendampingi klien 1.10 Peningkatan koping a. Evaluasi kemampuan pasien dalam membuat keputusan b. Berikan informasi yang actual mengenai diagnosis, penanganan, dan prognose c. Berikan pilihan-pilihan yang realistis mengenai aspek perawatan d. Kaji pengalaman pasien dalam mengatasi masalah sebelumnya 1.11 Therapy latihan: control otot a. Kaji kesiapan pasien untuk memulai aktivitas atau latihan fisik b. Orientasikan ulang pasien terhadap fungsi pergerakan tubuh c. Latih pasien secara visual untuk melihat bagian tubuh yang sakit ketika melakukan ADL d. Berikan petunjuk lngkah demi langkah untuk setiap aktivitas motoric selama latihan atau ADL e. Anjurkan pasien untuk mengulangi pergerakan setiap kali latihan selesai dilakukan f. Gunakan stimulasi sentuhan untuk mengurangi kram otot g. Monitor emosi pasien dan respon pasien saat latihan

	h. Monitor adanya nyeri sebelum dan sesudah latihan k. Jelaskan pada keluarga tentang program dan rasionalisasi latihan pada pasien l. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk mengembangkan dan menerapkan program latihan sesuai kebutuhan 1.12 Manajemen nutrisi a. Tentukan status gizi psien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi b. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi c. Ciptakan lingkungan yang optimal saat mengkonsumsi makanan (nyaman,bersih, berventilasi dan bebas dari bau) d. Pastikan makanan disajikan dalam suhu yang hangat saat dikonsumsi pasien 1.13 Pemberian makanan a. Identifikasi diit yang disarankan b. Identifikasi adanya gangguan menelan c. Atur posisi kepala lebih tinggi dengan leher sedikit fleksi kedepan saat makan untuk mencegah aspirasi d. Bila periu bantu suapin pasien atau anjurkan keluarga untuk membantu menyuapi pasien e. Berikan minum pada saat makan jika diperlukan f. Tunda memberikan makanan jika pasien kelelahan atau batuk-batuk g. Cek sisa makanan dalam mulut selesai memberi makanan h. Catat asupan nutrisi pasien denga tepat i. Observasi adanya muntah j. Kolaborasi pemberian nutrisi parenteral/melalui NGT jika pasien mengalami gangguan menelan 1.14 Peningkatan komunikasi: kurang bicara a. Kaji kemampuan bicara pasien (artikulasi, volume suara, dan kecepatan bicara) b. Monitor emosi pasien terkait dengan gangguan kemampuan bicara c. Kenali emosi dan perilaku fisik pasien sebagai bentuk komunikasi

	d. Anjurkan pasien bicara pelan dan menggunakan jawaban sederhana (ya/tidak) e. Anjurkan pasien menggunakan Bahasa isyarat dengan mengangguk / menggeleng f. Sediakan metoda alternative menulis atau membaca dengan cara yang tepat g. Kolaborasi dengan keluarga dan ahli / terapis Bahasa patologis untuk mengembangkan rencana agar agar bisa berkomunikasi secara efektif 1.15 Peningkatan komunikasi: kurang pendengaran a. Kaji fungsi pendengaran pasien b. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tidak berisik saat berkomunikasi c. Lakukan komunikasi dengan berhadapan langsung untuk memfasilitasi pembicaraan bibir 1.16 Berpakaian a. Monitor kemampuan pasien untuk berpakaian sendiri b. Bantu pasien dalam memakai pakaian c. Anjurkan pasien memakai pakaian yang tidak ketat, dan mengganti pakaian setiap hari d. Anjurkan pasien memilih pakaian yang menyerap keringat 1.17 antuan perawatan diri: mandi/kebersihan diri a. Monitor kemampuan aktivitas pasien b. Bantu pasien mandi atau ikutsertakan keluarga dalam pemeliharaan kebersihan diri pasien c. Monitor kebersihan diri pasien secara rutin d. Jaga privasi pasien saat memandikan e. Edukasi pada pasien/keluarga tentang pentingnya memelihara kebersihan diri 1.18 Bantuan perawatan diri: eliminasi a. Kaji kemampuan aktivitas pasien dalam eliminasi b. Bantu pasien ketoilet jika kondisi memungkinkan c. Bantu pasien dalam eliminasi d. Jaga privasi pasien selama eliminasi e. Ganti pakaian setelah eliminasi f. Fasilitasi kebersihan toilet/alat-alat yang digunakan untuk eliminasi

	pasien g. Monitor kondisi pasien selama eliminasi 1.19 Bantuan perawatan diri, transfer a. Kaji kemampuan pasien saat ini untuk memindahkan diri sendiri (duduk,berdiri,miring kanan dan kiri) b. Pilih tehnik yang tepat untuk berpindah bagi pasien c. Identifikasi metode yang tepat sesuai kondisi pasien d. Demonstrasikan tehnik berpindah yang tepat sesuai kondisi pasien e. Gunakan alat bantu (kursi roda, tongkat, walker) f. Berikan dorongan pada pasien untuk kemampuan berpindah sendiri g. Evaluasi kondisi pasien selama latihan perpindahan h. Kolaborasi dengan ahli terapis dalam pemilihan alat bantu dan tehnik berpindah yang tepat 1.20 Manajemen tekanan a. Berikan pakaian yang tidak ketat pada pasien b. Letakan matras/Kasur terapeutik dengan cara yang tepat c. Lakukan massage pada punggung / daerah tubuh yang tertekan d. Balikan posisi pasien minimal 2jam sekali e. Monitor area kulit dari adanya kemerahan atau luka lecet f. Monitor sumber tekanan dan gesekan g. Kolaborasi dengan keluarga untuk mobilisasi pasien sesuai kebutuhan
Evaluasi	1. Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal 2. Kesadaran pasien meningkat/Composmentis 3. Tidak ada dispnea/orthopnea 4. Batuk berkurang 5. Nyeri berkurang 6. Inkontinensia urin teratasi 7. Konstipasi berkurang 8. Tidak ada tanda-tanda infeksi 9. Kecemasan pasien berkurang 10. Mobilitas fisik meningkat

Logo	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI	Nama : Ny.M Tgl lahir : 31-12-1942 L/(P) No. RM : 238756
Ruangan : Cermai		Lembar ke :

Tgl	Jam	Profesi	CATATAN PERKEMBANGAN S (Subyective) O (Obyective) A (Assesment) P (Planing)	Nama dan paraf
2/5/19	12.10	Perawat	S : Pasien mengeluh lemas dan sesak O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 76 x/mnt, TD: 120/80 mmHg, RR: 25 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
2/5/19	18.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak dan lemas O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 76 x/mnt, TD: 110/70 mmHg, RR: 25 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
3/5/19	06.30	Perawat	S : Pasien mengeluh lemas O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 80 x/mnt, TD: 120/70 mmHg, RR: 24 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
3/5/19	11.50	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak, batuk O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 88 x/mnt, TD: 120/80 mmHg, RR: 24 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian	

			salmeterol sesuai	
3/5/19	18.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 80 x/mnt, TD: 130/80 mmHg, RR: 25 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
4/5/19	06.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak dan lemas O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 80 x/mnt, TD: 120/80 mmHg, RR: 25 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
4/5/19	12.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 78 x/mnt, TD: 120/80 mmHg, RR: 25 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
4/5/19	17.50	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 76 x/mnt, TD: 120/80 mmHg, RR: 24 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
5/5/19	06.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 76 x/mnt, TD: 120/80 mmHg, RR: 22 x/mnt	

			A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	
6/5/19	08.00	Perawat	S : Pasien mengeluh sesak dan lemas O : KU lemah, kesadaran CM , sulit batuk GCS E4 V5 M6, S: 36° C, N: 71 x/mnt, TD: 110/80 mmHg, RR: 22 x/mnt A : Bersihan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi - Memberi posisi semifowler - Mengajarkan teknik batuk efektif - Mengolaborasi dalam pemberian salmeterol sesuai	

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id

BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Dewa Ayu Eka Wahyuni

NIM : P07120017 012

JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Asma dengan Bersihan Jalan napas tidak efektif di Ruang Cermai RSUD Klungkung tahun 2020

PEMBIMBING : Ni Made Wedri, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Kes

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE-	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Rabu, 8 April 2020	I	Bimbingan BAB V	- Pada bagian hasil studi kasus tambahkan prolog terlebih dahulu mengenai bagaimana cara memperoleh data	
Rabu, 15 April 2020	II	Revisi BAB V	- Tambahkan data-data yang lebih mendukung pada bagian hasil studi kasus - Ubah alur pengumpulan data dan tambahkan prolog deskripsi mengenai data yang dipakai pada Bab IV	
Senin, 20 April 2020	III	Revisi BAB V dan Bimbingan BAB IV	- Pada bagian simpulan tambahkan presentase hasil yang didapatkan dengan cara membandingkan dengan konsep teori yang dirujuk (khusus di data pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi	

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
Alamat : Jalan Pulau Moyo No.33 Pedungan Denpasar, Telp/Fax: (0361) 725273 / 724563
Website : www.poltekkes-denpasar.ac.id

BLANKO BIMBINGAN

NAMA : Dewa Ayu Eka Wahyuni

NIM : P07120017 012

JUDUL KARYA TULIS : Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Asma dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang Cemai RSUD Klungkung tahun 2020

PEMBIMBING : Ni Made Wedri, A.Per.Pen., S.Kep., Ns., M.Ker

HARI/TANGGAL	BIMBINGAN KE-	MATERI	HASIL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
Rabu, 22 April 2020	IV	Revisi BAB IV	- Pada bagian saran tambahkan tempat institusi yang dituju.	
Jumat, 24 April 2020	V	Bimbingan KTI lengkap	- Hilangkan kata 'rencana' pada jadwal dan anggaran - Lengkapi bagian lampiran dengan data rekam medik subjek	
Senin, 27 April 2020	VI	Bimbingan KTI lengkap	ACC Sidang KTI	

Data Skripsi Mahasiswa

NIM	P07120017012
Nama Mahasiswa	Dewa Ayu Eka Wahyuni
Info Akademik	Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi D-III Keperawatan Semester : 6

Skripsi | Bimbingan | Jurnal Ilmiah | Seminar Proposal | Syarat Sidang

Bimbingan

No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Konsul judul proposal	13 Jan 2020	✓
2	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan Bab I	14 Jan 2020	✓
3	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Revisi Bab I Bimbingan Bab II	16 Jan 2020	✓
4	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Revisi Bab II Bimb Bab III IV	27 Jan 2020	✓
5	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Revisi Bab III Bab IV	30 Jan 2020	✓
6	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan lengkap	10 Peb 2020	✓
7	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan Bab I	14 Jan 2020	✓
8	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi Bab I Bimbingan Bab II	16 Jan 2020	✓
9	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi Bab II Bimb Bab III IV	27 Jan 2020	✓
10	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi Bab III Bab IV	30 Jan 2020	✓
11	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi Bab IV	5 Peb 2020	✓
12	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan lengkap	11 Peb 2020	✓
13	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan Bab V	8 Apr 2020	✓
14	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Revisi Bab v	15 Apr 2020	✓
15	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Revisi Bab V dan Bimb Bab VI	20 Apr 2020	✓
16	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Revisi Bab VI	22 Apr 2020	✓
17	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KTI lengkap	24 Apr 2020	✓
18	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KTI lengkap	27 Apr 2020	✓
19	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan Bab V	13 Apr 2020	✓
20	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi Bab V	16 Apr 2020	✓
21	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi Bab V dan Bimb Bab VI	20 Apr 2020	✓
22	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi Bab VI	23 Apr 2020	✓
23	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan KTI lengkap	24 Apr 2020	✓
24	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan KTI lengkap	27 Apr 2020	✓