

Lampiran 1

Standar Prosedur Operasional Fisioterapi Dada

Pengertian	Fisioterapi dada adalah suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri atas perkusi (<i>clapping</i>), vibrasi, dan postural drainage	
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Membantu melepaskan atau mengeluarkan sekret yang melekat di jalan napas dengan memanfaatkan gaya gravitasi. b. Memperbaiki ventilasi. c. Meningkatkan efisiensi otot-otot pernapasan. d. Memberi rasa nyaman. 	
Indikasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Terdapat penumpukan sekret pada saluran napas yang dibuktikan dengan pengkajian fisik, X Ray dan data Klinis. b. Sulit mengeluarkan sekret yang terdapat pada saluran pernapasan. 	
Kontraindikasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Hemoptisis b. Penyakit jantung c. Serangan Asma Akut d. Deformitas struktur dinding dada dan tulang belakang e. Nyeri meningkat f. Kepala pening g. Kelemahan 	
Persiapan alat	<ul style="list-style-type: none"> a. Stetoskop b. Handuk c. Sputum pot d. Handscoon e. Tissue f. Bengkok g. Alat tulis 	
Persiapan pasien	<ul style="list-style-type: none"> a. Salam terapeutik b. Menjelaskan prosedur dan tujuan kepada responden c. Menjaga privasi pasien d. Memberikan informed consent e. Longgarkan pakaian atas pasien f. Periksa nadi dan tekanan darah g. Ukur Saturasi Oksigen, Frekuensi nafas dan produksi sputum 	
Persiapan perawat	<ul style="list-style-type: none"> a. Memiliki pengetahuan anatomi dan fisiologi sistem pernapasan, sistem peredaran darah b. Memiliki pengetahuan tentang pemeriksaan fisik sistem pernafasan 	
Tahap Pelaksanaan		Waktu
<ul style="list-style-type: none"> 1. Postural Drainase a. Perawat mencuci tangan, lalu memasang sarung tangan b. Auskultasi area lapang paru untuk menentukan lokasi sekret c. Posisikan pasien pada posisi berikut untuk sekret-sekret di area target segmen/ lobus paru pada: 		5 menit

<ul style="list-style-type: none"> - Bronkus Apikal Lobus Anterior Kanan dan Kiri atas Minta pasien duduk di kursi, bersandar pada bantal - Bronkus Apikal Lobus Posterior Kanan dan Kiri Atas Duduk membungkuk, kedua kaki ditekuk, kedua tangan memeluk tungkai atau bantal - Bronkus Lobus Anterior Kanan dan Kiri Atas Supinasi datar untuk area target di segmen anterior kanan dan kiri atas - Lobus anterior kanan dan kiri bawah Supinasi dengan posisi trendelenburg. Lutut menekuk di atas bantal - Lobus kanan tengah. Supinasi dengan bagian dada kiri/ kanan lebih ditinggikan, dengan posisi trendelenburg (bagian kaki tempat tidur di tinggikan) - Lobus tengah anterior Posisi sim's kanan/ kiri disertai posisi trendelenburg - Lobus bawah anterior Supinasi datar dan posisi trendelenburg - Lobus bawah posterior Pronasi datar dengan posisi trendelenburg - Lobus lateral kanan bawah. Miring kiri dengan lengan bagian atas melewati kepala disertai dengan posisi trendelenburg - Lobus lateral kiri bawah Miring kiri dengan lengan bagian atas melewati kepala disertai dengan posisi trendelenburg 	
<p>2. Perkusi dada (<i>clapping</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Letakkan handuk diatas kulit pasien b. Rapatkan jari-jari dan sedikit difleksikan membentuk mangkok tangan c. Lakukan perkusi dengan menggerakkan sendi pergelangan tangan, prosedur benar jika terdengar suara gema pada saat perkusi d. Perkusi seluruh area target, dengan menggunakan pola yang sistematis 	1-2 menit
<p>3. Vibrasi Dada</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam dan mengeluarkan napas perlahan-lahan b. Pada saat buang napas, lakukan prosedur vibrasi, dengan teknik: Tangan non dominan berada dibawah tangan dominan, dan diletakkan pada area target. c. Instruksikan untuk menarik nafas dalam d. Pada saat membuang napas, perlahan getarkan tangan dengan cepat tanpa melakukan penekanan berlebihan e. Posisikan pasien untuk dilakukan tindakan batuk efektif 	5-8 menit
Total	± 15 menit

(Sumber : Pakpahan R.E., 2020)

Lampiran 2

Standar Prosedur Operasional Batuk Efektif

Pengertian	Melatih klien untuk melakukan batuk sehingga mengeluarkan dahak dan tidak melelahkan klien.
Tujuan	a. Mengeluarkan dahak/lendir/sputum secara spontan b. Mencegah terjadinya infeksi c. Meningkatkan ekspansi paru d. Memberi rasa nyaman
Indikasi	Klien mengalami akumulasi sputum dan tidak mampu batuk efektif
Persiapan alat	a. Bengkok/tempat sputum berisi larutan disinfektan b. Air putih hangat dalam gelas c. Kertas tissue d. Stetoskop e. Skort f. Masker g. Sarung tangan bersih h. Sampiran
Persiapan klien	a. Jelaskan tindakan dan tujuan tindakan b. Atur posisi klien duduk
Persiapan lingkungan	a. Ciptakan sirkulasi udara ruangan lancar b. Anjurkan pengunjung supaya keluar dari ruangan klien c. Pasang sampiran, korden
Persiapan perawat	a. Cuci tangan b. Perawat pakai skort, masker, sarung tangan
Prosedur kerja	a. Dekatkan peralatan ke dekat klien b. Anjurkan klien menarik napas dalam melalui hidung kemudian disuruh menghembuskan napas perlahan-lahan melalui mulut. Pernapasan dalam dilakukan sebanyak 3 kali c. Anjurkan klien supaya membatukkan dengan menggunakan otot perut d. Anjurkan klien untuk membuang sputum m ke bengkok e. Anjurkan klien untuk melakukan langkah b dan c sebanyak 2 kali f. Lakukan auskultasi dada klien untuk mendengarkan suara napas g. Berikan air kumur kepada klien dan bersihkan mulut klien dengan tissue kemudian buang ke dalam bengkok h. Evaluasi meliputi: respon klien, tanda-tanda vital, karakteristik (volume, kekentalan, warna, dan bau) sekret/sputum i. Cuci tangan j. Dokumentasi meliputi tanggal, jam, respon klien setelah dilakukan tindakan, suara napas, tanda vital, karakteristik sekret/sputum, tanda tangan dan nama yang melakukan.

(Sumber : Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, 2014)

Lampiran 3

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN GAWATDARURAT PADA PASIEN Tn. P
DENGAN PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK EKSPERBASI AKUT
DI RUANG IGD RSUD SANJIWANI
TANGGAL 4 MEI 2021**

Nama Mahasiswa : Ni Luh Putu Manik Juni Astri Dewi
NIM : P07120320009

A. PENGKAJIAN

Identitas Pasien

Nama : Tn. P
Umur : 71 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Tidak bekerja
Agama : Hindu
Tanggal Masuk RS : 4 Mei 2021, Pukul 11.00 Wita
Alasan Masuk : sesak napas
Diagnosa Medis : PPOK Eksaserbasi Akut

Initial survey:

A (alertness) : √
V (verbal) : -
P (pain) : -
U (unrespons) : -

Warna triase :

P 1

P 2

P 3

P 4

P 5

SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI

AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL

1. Keadaan jalan nafas

Tingkat kesadaran	: compos mentis
Pernafasan	: irregular, dispnea, RR 28x/menit
Upaya bernafas	: Ada, ekspirasi memanjang
Benda asing di jalan nafas	: sputum (+), berwarna kuning
Bunyi nafas	: Ronchi +/+, Wheezing +/+
Hembusan nafas	: Ada

BREATHING

1. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan	: Dispnea, SpO ₂ 87%
Frekwensi Pernafasan	: 28 x/menit
Retraksi Otot bantu nafas	: Ada
Kelainan dinding thoraks	: Barrel Chest (+), dinding dada simetris
Bunyi nafas	: ronchi (+), wheezing (+)
Hembusan nafas	: ada

CIRCULATION

1. Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran	: compos mentis
Perdarahan (internal/eksternal)	: tidak ada
Kapilari Refill	: > 2 detik
Tekanan darah	: 110/70 mmHg, MAP : 83,3mmHg
Nadi radial/carotis	: teraba Kuat, 90x/menit
Akral perifer	: dingin

DISABILITY

1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS :E : 4 V : 5 M : 6 : 15 (compos mentis)

Reflex Fisiologis : Rf

+	+
+	+

Reflex Patologis : Rf

-	-
-	-

Kekuatan Otot :

5 5 5	5 5 5
5 5 5	5 5 5

PENGKAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

(Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)

1. RIWAYAT KESEHATAN

a. RKD

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit asma sejak lama dan batuk sejak 2 tahun yang lalu. Pasien memiliki kebiasaan merokok sejak muda dan masih sampai sekarang. Mempunyai riwayat Hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Riwayat minum obat batuk (tidak tahu nama obat) dan amlodipine 5 mg. Pasien tidak memiliki alergi terhadap obat-obatan ataupun makanan. Tempat tinggal pasien di pinggir jalan raya besar yang terdapat banyak polusi udara yang berasal dari kendaraan.

b. RKS

Pasien datang dalam kondisi sadar diantar oleh anaknya 4 Mei 2021, Pukul 11.00 Wita ke IGD RSUD Sanjiwani Gianyar. Pasien mengeluh sesak sejak 2 hari yang lalu dan memburuk sejak 1 jam sebelum MRS, Pasien mengalami batuk berdahak sejak kurang lebih 2 tahun yang lalu dan memberat serta tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 3 hari yang lalu. Saat di IGD pasien dilakukan pemeriksaan vital sign yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 90x/menit, pernapasan 28x/menit, suhu 36,0°C, dan saturasi oksigen 87%. Saat di IGD pasien nampak sangat gelisah. Setelah itu pasien mendapatkan terapi oksigen NRM 10 lpm, terapi nebulizer combivent 1 vial, dipasang infus IVFD NaCl 20 tpm. Kemudian pasien sementara diobservasi di IGD.

c. RKK

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit asma, diabetes, hipertensi, TBC dan hepatitis.

2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

-

3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

a. Kepala

Kulit kepala : Tidak terdapat lesi atau kelainan pada tulang kepala, ubun-ubun menutup, rambut beruban, bentuk kepala normocephalic, penyebaran rambut merata, kulit kepala bersih.

Mata : Mata lengkap dan simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat edema pada palpebra, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor dan reflek pupil (+).

Telinga : Bentuk telinga sama besar atau simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan bentuk, pada lubang telinga tidak terdapat perdarahan atau pengeluaran cairan. Pada ketajaman pendengaran baik.

Hidung : Pada hidung tidak ditemukan adanya kelainan, tulang hidung simetris kanan dan kiri, posisi septum nasi tegak di tengah, mukosa hidung lembab, tidak ditemukan adanya sumbatan, tidak terdapat epistaksis.

Mulut dan gigi : Pada pemeriksaan bibir, mukosa bibir lembab, tidak ada sariawan. Keadaan gusi dan gigi kurang bersih, lidah kotor dan pada orofaring tidak terdapat peradangan dan pembesaran tonsil.

Wajah : Struktur wajah simetris dan lengkap, warna kulit sawo matang, tidak ikterik dan sianosis.

b. Leher : Pada leher posisi trakhea berada di tengah, simetris dan tidak ada penyimpangan. Tiroid tidak ada pembesaran. Pasien dapat berbicara, vena jugularis tidak mengalami pembesaran dan denyut nadi karotis teraba 90 x/menit. Pasien menggunakan otot bantu pernapasan.

c. Dada/ thoraks

Paru-paru

Inspeksi : Bentuk dada menyerupai barrel chest, simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan bentuk, tidak terdapat jejas, terdapat penggunaan alat bantu pernafasan yaitu otot intercostal, ekspirasi memanjang, Irama pernafasan dengan frekuensi 28 x/menit (dyspnea)

Auskultasi : Vesikuler, terdapat suara nafas tambahan, ronchi (+), wheezing (+)

Perkusi : Sonor

Palpasi : Simetris, tidak ada nyeri tekan, retraksi dinding dada (+)

Jantung

Inspeksi : Ictus Cordis tidak nampak

Auskultasi : S1 S2 tunggal regular, Murmur (-)

Perkusi : Redup

Palpasi : Ictus cordis teraba

d. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak tampak adanya trauma, tidak terlihat adanya bendungan pembuluh darah vena pada abdomen

Auskultasi : Terdengar bising usus 8 x/menit

Palpasi : Nyeri tekan tidak ada, benjolan atau massa tidak ada, tanda ascites tidak ada

Perkusi : Suara abdomen tympani

e. Pelvis

Inspeksi : Tidak terlihat benjolan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

f. Perineum dan rektum : tidak terkaji

g. Genitalia : tidak terkaji

h. Ekstremitas

Status Sirkulasi : Nadi radialis teraba 90x/menit, CRT >2 detik,
akral dingin

Keadaan Injury : Tidak terdapat injury

i. Neurologis

Fungsi sensorik : baik

Fungsi motorik : baik

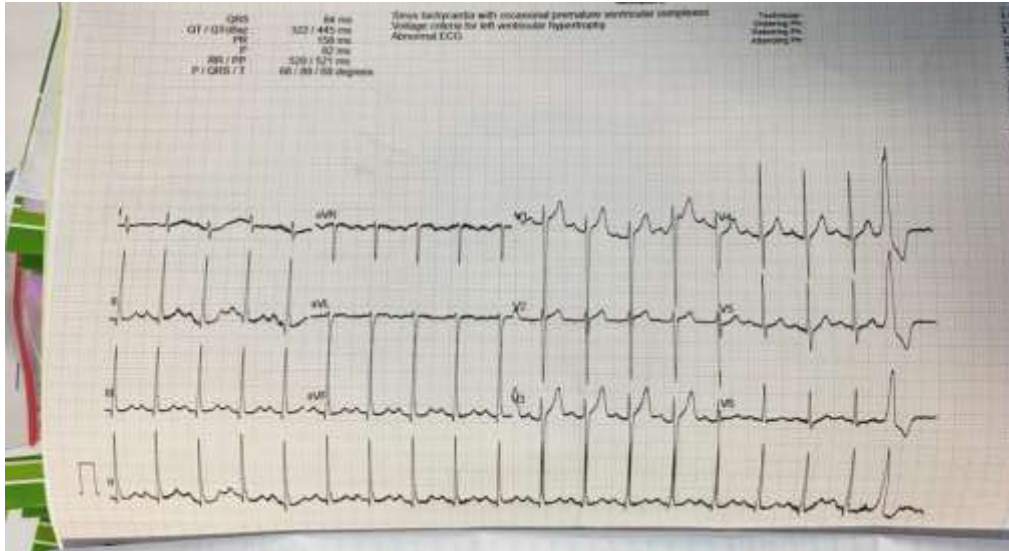
4. HASIL LABORATORIUM

(Selasa, 4 Mei 2021 Pukul 12.00 Wita)

HEMATOLOGI			
Bas #	0.01	10 ³ /U1	0.00-0.10
Bas %	0.1	%	0.0-1.0
Eos #	0.11 (H)	10 ³ /U1	0.02-0.5
Eos %	0.9	%	0.5-5.0
Eritrosit (RBC)	4.52	10 ⁶ /U1	3.50-5.50
Hematokrit (HCT)	42.0	%	37.0-54.0
Hemoglobin (HGB)	13.6	g/Dl	11.0-16.0
Leukosit (WBC)	11.92 (H)	10 ³ /U1	4.00-10.00
Lym #	0.65 (L)	10 ³ /U1	0.80-4.00
Lym %	5.4 (L)	%	20.0-40.0
MCH	30.1	Pg	27.0-31.0
MCHC	32.5	g/Dl	32.0-36.0
MCV	92.8	Fl	80.0-100.0
Mon#	1.02 (H)	10 ³ /U1	0.12-0.8
Mon%	8.6 (H)	%	3.0-8.0
MPV	10.1	Fl	7.0-11.0
Neu#	10.13 (H)	10 ³ /U1	2.00-7.00
Neu%	85.0 (H)	%	50.0-70.0
PCT	0.158	%	0.108-0.282
PDW	16.1	Fl	9.0-17.0
RDW-CV	12.1	%	11.5-14.5
RDW-SD	42.4	Fl	35.0-56.0
Trombosit (PLT)	157	10 ³ /U1	150-450
IMUNOLOGI			
SARS-CoV-2-Antigen test	Negatif		Negatif
KIMIA KLINIK			
Chlorida	109 (H)	mmol/l	95-108
Creatinin	0.95	mg/Dl	0.67-1.17
Glukosa Sewaktu	107	mg/Dl	80-120
Kalium	4.9	mmol/l	3.5-5.0
Natrium	144	mmol/l	135-147
Pemeriksaan Elektrolit			
SGOT	36 (H)	U/L	<35
SGPT	29	U/L	<41
Ureum	53.3	mg/Dl	18-55

5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

- a. EKG: sinus tachycardia with occasional premature ventricular complexes
Voltage criteria for left ventricular hypertrophy



- b. Foto Thorax AP:



Hasil Foto Thorax AP:

Corakan

bronchovaskuler pada kedua lapangan paru dalam batas normal

Cor: bentuk, letak, dan ukuran dalam batas normal

Klasifikasi dinding aorta

Kedua sinus dan diafragma baik

Tulang-tulang intak

Atherosclerosis aorta

Cor dan Pulmo dalam batas normal

6. TERAPI DOKTER

- a. Nebulizer Combivent 1 Vial tiap 8 jam
- b. Nebulizer Pulmicort tiap 12 jam
- c. Injeksi hidrocortison 2x100 mg/IV
- d. NAC 3x1 tab
- e. Injeksi cefoferazone sulbactam 3x1 gr


ANALISIS DATA

Data fokus	Analisis	Masalah
<p>DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak 2 hari yang lalu dan memburuk sejak 1 jam sebelum MRS, Pasien mengalami batuk berdahak sejak kurang lebih 2 tahun yang lalu dan memberat serta tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya.</p> <p>DO: a. Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak b. Pasien tampak gelisah c. Pasien tampak sesak napas (dispnea), RR : 28x/menit d. Sputum (+) berwarna kuning e. Ronchi (+), <i>Wheezing</i> (+)</p>	<p>Faktor internal dan eksternal (merokok dan polusi udara)</p> <p>↓</p> <p>Induksi aktivasi makrofag dan leukosit</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan kemotaktik neutrophil</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan jumlah neutrophil di daerah yang terpapar</p> <p>↓</p> <p>Respon inflamasi</p> <p>↓</p> <p>Hipersekresi mucus</p> <p>↓</p> <p>Bronkitis</p> <p>↓</p> <p>Penumpukan lender dan sekresi yang berlebihan</p> <p>↓</p> <p>Merangsang reflex batuk</p> <p>↓</p> <p>Batuk tidak efektif</p> <p>↓</p> <p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH




1. Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, pasien mengalami batuk berdahak serta pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya. Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak, pasien tampak gelisah, pasien tampak sesak napas, dispnea, RR : 28x/menit, Sputum (+) berwarna kuning, Ronchi (+), *Wheezing* (+).

C. RENCANA KEPERAWATAN





No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)	Tanda Tangan
1	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan Pasien mengatakan sesak napas, pasien mengalami batuk berdahak serta pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya. Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak, pasien tampak gelisah, pasien tampak sesak napas, dispnea, RR : 28x/menit, Sputum (+) berwarna kuning, Ronchi (+), <i>Wheezing</i> (+).</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 jam maka Bersihan jalan napas (L.01001) Membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif cukup membaik (4) 2. Produksi sputum cukup membaik (4) 3. Dispnea cukup membaik (4) 4. Frekuensi napas cukup membaik (4) 5. Pola napas cukup membaik (4) 6. Gelisah cukup membaik (4) 7. <i>Wheezing</i> cukup membaik (4) 8. Ronchi cukup membaik (4) 	<p>Latihan Batuk Efektif (I.01006)</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan batuk <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi fowler atau fowler 2. Buang secret pada tempat sputum <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Anjurkan Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dibulatkan selama 8 detik 2. Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali 3. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ketiga <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, ekspektoran <p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>gurgling</i>, mengi, <i>Wheezing</i>, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi-fowler atau fowler 2. Lakukan fisioterapi dada 	 (Manik)

			<p>3. Berikan oksigen</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan tehnik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik</p>	
--	--	--	---	--


D. PELAKSANAAN

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
Selasa, 4 Mei 2021 11.00 Wita	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengkaji pasien dan memonitor TTV b. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) c. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. <i>gurgling</i>, mengi, <i>Wheezing</i>, ronchi kering) d. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 	<p>DS: Pasien mengatakan sesak napas sejak 2 hari yang lalu dan memburuk sejak 1 jam sebelum MRS, Pasien mengalami batuk berdahak sejak kurang lebih 2 tahun yang lalu dan memberat serta tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak b. Pasien tampak gelisah c. Pasien tampak sesak napas, Ekspirasi memanjang, dan dispnea, tekanan darah: 110/70 mmHg, N: 90x/ menit, Suhu: 36⁰C, RR : 28x/menit, SaO₂ 87 % d. Sputum (+) berwarna kuning e. Ronchi (+), <i>Wheezing</i> (+) f. Penggunaan Otot bantu nafas (+) 	 (Manik)
11.05 Wita	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	<ul style="list-style-type: none"> e. Memberikan posisi semi fowler f. Memberikan oksigen 	<p>DS: Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi-fowler dan oksigen sudah terasa</p> <p>DO: Terpasang O₂ NRM 10 lpm, pasien tampak lebih nyaman, namun masih tampak sesak napas.</p>	 (Manik)
11.10 Wita	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	<ul style="list-style-type: none"> g. Memberikan tindakan kolaborasi pemasangan infus IVFD NaCl 0,9% 	<p>DS: -</p> <p>DO: Obat masuk tanpa reaksi alergi.</p>	 (Manik)


		20 tpm, paracetamol flash 1 gr/IV, dan Vitamin B1 B6 B12/IM.		
11.20 Wita	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	h. Memonitor <i>x-ray</i> thoraks	DS: - DO: Hasil : Corakan bronchovaskuler pada kedua lapangan paru dalam batas normal Cor: bentuk, letak, dan ukuran dalam batas normal Klasifikasi dinding aorta Kedua sinus dan diafragma baik Tulang-tulang intak Atherosclerosis aorta Cor dan Pulmo dalam batas normal	 (Manik)
11.30 Wita	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	i. Memonitor Pola napas (frekuensi, irama, kedalaman dan usaha napas)	DS: Pasien masih mengatakan kesulitan bernapas DO: Tampak ada upaya napas, RR : 28x/menit, pernapasan cepat dalam	 (Manik)
11.32 Wita	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	j. Mengidentifikasi kemampuan batuk	DS: Pasien mengatakan belum bisa mengeluarkan dahak dengan batuk DO: Pasien tampak berusaha mengeluarkan dahaknya dengan batuk	 (Manik)
11.35 Wita	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	k. Melakukan fisioterapi dada	DS: Pasien mengatakan masih sesak, dan dahak masih susah keluar DO: Pasien tampak masih sulit mengeluarkan dahak, dahak sudah keluar namun hanya sedikit.	 (Manik)

12.00 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	<p>l. Mengajarkan teknik batuk efektif</p> <p>m. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif</p> <p>n. Mengajarkan Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dibulatkan selama 8 detik</p> <p>o. Mengajarkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali</p> <p>p. Mengajarkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ketiga</p>	<p>DS: Pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahaknya</p> <p>DO: Pasien tampak melakukan teknik batuk efektif dan dahak keluar berwarna kuning.</p>	 (Manik)
12.20 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	<p>q. Membuang secret pada tempat sputum</p>	<p>DS:-</p> <p>DO: Pasien dan keluarga tampak membuang sputum di tempat yang telah disediakan.</p>	 (Manik)
12.30 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	<p>r. Melakukan tindakan kolaborasi pemberian nebulizer combivent 1 vial</p>	<p>DS: pasien mengatakan masih sesak</p> <p>DO: Pasien masih tampak sesak, RR : 26x/menit, SaO₂ 96%</p>	 (Manik)
13.00 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	<p>s. Melakukan tindakan kolaborasi pemberian hidrocortison 100 mg/IV dan NAC/P.O</p>	<p>DS:-</p> <p>DO: Obat masuk tanpa reaksi alergi</p>	 (Manik)

E. EVALUASI

No	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	4 Mei 2021 13.00 Wita	<p>S: Pasien mengatakan sesak masih dirasakan namun sudah berkurang, dahak sudah keluar namun sedikit dan pasien mengeluh dahak masih sulit keluar, serta masih batuk berdahak.</p> <p>O: Pasien nampak lebih tenang, pasien dalam posisi semifowler, gelisah cukup membaik (skor 4), batuk efektif cukup membaik (skor 4), produksi sputum cukup membaik dengan sputum nampak berwarna kuning (skor 4), ronchi cukup membaik (skor 4), <i>wheezing</i> cukup membaik (skor 4), dispnea cukup membaik (skor 4), frekuensi napas cukup membaik dengan RR : 24 x/menit (skor 4), pola napas cukup membaik (skor 4).</p> <p>A: Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif cukup membaik, semua tujuan tercapai.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi : a. Monitor kemampuan batuk efektif b. Anjurkan minum air hangat c. Monitor pola napas d. Monitor bunyi napas tambahan e. memberikan tindakan kolaborasi Obat minum NAC/PO f. Memberikan tindakan kolaborasi Pulmicort 1 vial g. Memberikan tindakan kolaborasi injeksi Cefoferazone 1gr/IV.</p>	 (Manik)

RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	KETERANGAN
MRS	√	Di Ruang : <u>Arjuna</u> [√] Foto Rontgen : <u>1</u> [√] Laboratorium: <u>1</u> lembar [√] EKG : <u>1</u> lembar [√] Obat-obatan : combivent tiap 8 jam, Pulmicort tiap 12 jam, NaC 3x1 tab/PO, hidrocortison 2x100 mg/IV, cefoferazone sulbactam 3x1 gr/IV
Dipulangkan		<input type="checkbox"/> KIE <input type="checkbox"/> Obat pulang <input type="checkbox"/> Foto Rontgen <input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Kontrol Poliklinik, tanggal _____ / _____ / _____
Pulang paksa		<input type="checkbox"/> KIE <input type="checkbox"/> Tanda tangan pulang paksa
Meninggal		Dinyatakan meninggal pukul _____ WITA
Minggat		Dinyatakan minggat pukul _____ WITA
Nama dan tanda tangan perawat pengkaji  (Ni Luh Putu Manik Juni Astri Dewi)		

Lampiran 4

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN GAWATDARURAT PADA PASIEN Tn.M
DENGAN PENYAKIT PARU OBSTRUKTF KRONIK EKSASERBASI AKUT
DI RUANG IGD RSUD SANJIWANI
TANGGAL 15 MEI 2021**

Nama Mahasiswa : Ni Luh Putu Manik Juni Astri Dewi

NIM : P07120320009

A. PENGKAJIAN

Identitas Pasien

Nama : Tn. M

Umur : 74 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Petani

Agama : Hindu

Tanggal Masuk RS : 15 Mei 2021, Pukul 13.00 Wita

Alasan Masuk : sesak napas

Diagnosa Medis : PPOK Eksaserbasi Akut

Initial survey:

A (alertness) : √

V (verbal) : -

P (pain) : -

U (unrespons) :-

Warna triase:

P 1

P 2

P 3

P 4

P 5

SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI

AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL

1. Keadaan jalan nafas

Tingkat kesadaran	: compos mentis
Pernafasan	: irregular, dispnea, RR 32x/menit
Upaya bernafas	: Ada
Benda asing di jalan nafas	: sputum ada, berwarna kuning
Bunyi nafas	: Ronchi (+/+), <i>Wheezing</i> (+/+)
Hembusan nafas	: Ada

BREATHING

2. Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan	: Dispnea, SpO ₂ 46%
Frekwensi Pernafasan	: 32 x/menit
Retraksi Otot bantu nafas	: Ada
Kelainan dinding thoraks	: Barrel Chest ada, dinding dada simetris
Bunyi nafas	: ronchi (+/+), <i>wheezing</i> (+/+)
Hembusan nafas	: ada

CIRCULATION

2. Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran	: compos mentis
Perdarahan (internal/eksternal)	: tidak ada
Kapilari Refill	: > 2 detik
Tekanan darah	: 150/90 mmHg, MAP : 110mmHg
Nadi radial/carotis	: teraba kuat, 119x/menit
Akral perifer	: hangat

DISABILITY

1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS :E : 4 V : 5 M : 6 : 15 (compos mentis)

Reflex Fisiologis : Rf

+	+
+	+

Reflex Patologis : Rf

-	-
-	-

 -

Kekuatan Otot :

5 5 5	5 5 5
5 5 5	5 5 5

PENGKAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

(Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)

1. RIWAYAT KESEHATAN

a. RKD

Pasien mengatakan memiliki riwayat sesak napas sejak 5 tahun yang lalu dan memiliki riwayat PPOK saat dirawat inap satu bulan yang lalu di RSUD Sanjiwani Gianyar. Pasien memiliki kebiasaan merokok sejak masih muda, dan berhenti setelah di diagnosa PPOK. Riwayat minum obat untuk sesak (namun pasien tidak tahu nama obat). Pasien tidak memiliki alergi terhadap obat-obatan ataupun makanan. Pasien juga memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu, minum obat saat tekanan darah naik saja yaitu amlodipine 10 mg/Po.

b. RKS

Pasien datang dalam kondisi sadar diantar oleh anak dan menantunya pada 15 Mei 2021, pukul 13.00 Wita ke IGD RSUD Sanjiwani Gianyar. Pasien mengeluh sesak sejak satu hari yang lalu dan mulai memberat 30 menit sebelum MRS. Pasien juga mengalami batuk berdahak kurang lebih sudah 6 bulan, dan tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu. Saat di IGD pasien dilakukan pemeriksaan vital sign yaitu tekanan darah 150/90 mmHg, Nadi 119x/menit, pernapasan 32x/menit, suhu 36,1⁰C, dan saturasi oksigen 46%. Saat di IGD pasien tampak kesulitan bernapas dan gelisah. Pasien mendapatkan terapi oksigen NRM 10 lpm, terapi nebulizer combivent 1 vial, vestein 2cth/po, methylprednisolone 62,5 mg/IV. Kemudian pasien sementara diobservasi di IGD.

c. RKK

Pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit asma, diabetes, hipertensi, TBC, dan hepatitis.

2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

-

3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

a. Kepala

Kulit kepala : Tidak terdapat lesi atau kelainan pada tulang kepala, ubun-ubun menutup, rambut beruban, bentuk kepala normocephalic, penyebaran rambut merata, kulit kepala bersih.

Mata : Mata lengkap dan simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat edema pada palpebra, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor dan reflek pupil (+).

Telinga : Bentuk telinga sama besar atau simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan bentuk, pada lubang telinga tidak terdapat perdarahan atau pengeluaran cairan. Pada ketajaman pendengaran baik.

Hidung : Pada hidung tidak ditemukan adanya kelainan, tulang hidung simetris kanan dan kiri, posisi septum nasi tegak di tengah, mukosa hidung lembab, tidak ditemukan adanya sumbatan, tidak terdapat epistaksis.

Mulut dan gigi : Pada pemeriksaan bibir, mukosa bibir lembab, tidak ada sariawan. Keadaan gusi dan gigi kurang bersih, lidah kotor dan pada orofaring tidak terdapat peradangan dan pembesaran tonsil.

Wajah : Struktur wajah simetris dan lengkap, warna kulit sawo matang, tidak ikterik dan sianosis.

b. Leher : Pada leher posisi trakhea berada di tengah, simetris dan tidak ada penyimpangan. Tiroid tidak ada pembesaran. Pasien dapat berbicara, vena jugularis tidak mengalami pembesaran dan denyut nadi karotis teraba 119 x/menit. Pasien menggunakan otot bantu pernapasan.

c. Dada/ thoraks

Paru-paru

Inspeksi : Bentuk dada menyerupai barrel chest, simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan bentuk, tidak terdapat jejas, terdapat penggunaan alat bantu pernafasan yaitu otot intercostal, Irama pernafasan dengan frekuensi 32 x/menit (dyspnea).

Auskultasi : Terdapat suara nafas tambahan, ronchi (+), wheezing (+)

Perkusi : Sonor

Palpasi : Simetris, tidak ada nyeri tekan, retraksi dinding dada (+)

Jantung

Inspeksi : Ictus Cordis tidak nampak

Auskultasi : S1 S2 tunggal regular, Murmur (-)

Perkusi : Redup

Palpasi : Ictus cordis teraba

d. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak tampak adanya trauma, tidak terlihat adanya bendungan pembuluh darah vena pada abdomen

Auskultasi : Terdengar bising usus 10 x/menit

Palpasi : Nyeri tekan tidak ada, benjolan atau massa tidak ada, tanda ascites tidak ada

Perkusi : Suara abdomen tympani

e. Pelvis

Inspeksi : Tidak terlihat benjolan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

f. Perineum dan rektum : tidak terkaji

g. Genitalia : tidak terkaji

h. Ekstremitas

Status Sirkulasi : Nadi radialis teraba kuat, 119x/menit, CRT <2 detik, akral hangat

Keadaan Injury : Tidak terdapat injury

i. Neurologis

Fungsi sensorik : baik

Fungsi motorik : baik

4. HASIL LABORATORIUM

(Sabtu, 15 Mei 2021 Pukul 13.30 Wita)

HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Trombosit (PLT)	280	10 ³ /uL	150-450
RDW-SD	47.0	fL	35.0-56.0
RDW-CV	13.6	%	11.5-14.5
PDW	15.8	fL	9.0-17.0
PCT	0.197	%	0.108-0.282
Neu%	94.6 (H)	%	50.0-70.0
Neu#	7.70 (H)	10 ³ /uL	2.00-7.00
MPV	7.0	fL	7.0-11.0
Mon%	1.5 (L)	%	3.0-8.0
Mon#	0.13	10 ³ /uL	0.12-0.8
M C V	98.4	fL	80.0-100.0
M C H C	33.5	g/dL	32.0-36.0
MHC	33.0 (H)	pg	27.0-31.0
Lym%	3.4 (L)	%	20.0-40.0
Lym#	0.28 (L)	10 ³ /uL	0.80-4.00
Leukosit (WBC)	8.22	10 ³ /uL	4.00-10.00
Hemoglobin (HGB)	12.8	g/dL	11.0-16.0
Hematokrit (HCT)	38.0	%	37.0-54.0
Eritrosit (RBC)	3.87	10 ⁶ /uL	3.50-5.50
Eos%	0.2 (L)	%	0.5-5.0
Eos#	0.01 (L)	10 ³ /uL	0.02-0.5
Bas%	0.1	%	0.0-1.0
Bas#	0.01	10 ³ /uL	0.00-0.10
IMUNOLOGI			
SARS-CoV-2-Antigen test	Negatif		Negatif
KIMIA KLINIK			
Ureum	35.5	mg/dL	18-55
SGPT	26	U/L	<41
SGOT	38 (H)	U/L	<35
Pemeriksaan Elektrolit			
Natrium	133 (L)	mmol/l	135-147
Kalium	4.1	mmol/l	3.5-5.0
Glukosa sewaktu	145 (H)	mg/dL	80-120
Creatinin	0.41 (L)	mg/dL	0.67-1.17
Chlorida	100	mmol/l	95-108

5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

a. Foto Thorax AP:



Hasil pemeriksaan Thorax AP:

Cor : besar dan bentuk normal

Pulmo : Tampak infiltrate di kedua lapang paru

Sinus Phrenicocostalis kanan kiri tajam

Hemidiafragma kanan kiri mendatar

Tulang-tulang tampak intact

Kesan:

Empisema paru, pneumonia, cor tak tampak kelainan

6. TERAPI DOKTER

- a. O₂ NRM 10 lpm.
- b. Nebulizer Combivent 1 Vial ulang setiap 20 menit bila *Wheezing* (+).
- c. Vestein 3x2cth/oral.
- d. Methylprednisolone 6,25 mg/IV.
- e. Salbutamol 3x2mg.
- f. Nebulizer Pulmicort 1 vial.


ANALISIS DATA

Data fokus	Analisis	Masalah
<p>DS: Pasien mengeluh sesak sejak satu hari yang lalu dan mulai memberat 30 menit sebelum MRS. Pasien juga mengalami batuk berdahak kurang lebih sudah 6 bulan, dan tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu.</p> <p>DO: a. Pasien tampak batuk tidak efektif serta sulit mengeluarkan dahak b. pasien tampak kesulitan bernapas dan gelisah c. pernapasan 32x/menit d. Sputum (+) berwarna kuning kehijauan e. Ronchi (+), <i>Wheezing</i> (+)</p>	<p>Merokok</p> <p>↓</p> <p>Mengandung zat-zat berbahaya</p> <p>↓</p> <p>Induksi aktivasi makrofag dan leukosit</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan kemotaktik neutrophil</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan jumlah neutrophil di daerah yang terpapar</p> <p>↓</p> <p>Respon inflamasi</p> <p>↓</p> <p>Hipersekresi mucus</p> <p>↓</p> <p>Bronkitis</p> <p>↓</p> <p>Penumpukan lender dan sekresi yang berlebihan</p> <p>↓</p> <p>Merangsang reflex batuk</p> <p>↓</p> <p>Batuk tidak efektif</p> <p>↓</p> <p>Bersihan jalan napas tidak efektif</p>	<p>Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif</p>

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH





1. Bersihan jalan napas tidak efektif ditandai dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan pasien mengeluh sesak, pasien juga mengalami batuk berdahak kurang lebih sudah 6 bulan, dan tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu, pasien tampak batuk tidak efektif serta sulit mengeluarkan dahak, pasien tampak kesulitan bernapas (dispnea) dan gelisah, pernapasan 32x/menit, Sputum (+) berwarna kuning kehijauan, Ronchi (+), *Wheezing* (+).

C. RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)	Tanda Tangan
1	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif ditandai dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan Pasien mengeluh sesak, pasien juga mengalami batuk berdahak kurang lebih sudah 6 bulan, dan tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu, pasien tampak batuk tidak efektif serta sulit mengeluarkan dahak, pasien tampak kesulitan bernapas (dispnea) dan gelisah, pernapasan 32x/menit, Sputum (+) berwarna kuning kehijauan, Ronchi (+), Wheezing (+).</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 jam maka Bersihan jalan napas (L.01001) Membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif cukup membaik (4) 2. Produksi sputum cukup membaik (4) 3. Dispnea cukup membaik (4) 4. Frekuensi napas cukup membaik (4) 5. Pola napas cukup membaik (4) 6. Gelisah cukup membaik (4) 7. Ortopnea cukup membaik (4) 8. Wheezing cukup membaik (4) 9. Ronchi cukup membaik (4) 	<p>Latihan Batuk Efektif (I.01006) Tindakan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan batuk <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi fowler atau fowler 2. Buang secret pada tempat sputum <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 2. Anjurkan Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dibulatkan selama 8 detik 3. Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali 4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ketiga <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, ekspektoran <p>Manajemen Jalan Napas (I.01011) Tindakan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha 	 (Manik)

			<p>napas)</p> <ol style="list-style-type: none">2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronchi kering)3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Posisikan semi-fowler atau fowler2. Lakukan fisioterapi dada3. Berikan oksigen <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ajarkan tehnik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik	
--	--	--	--	--


D. PELAKSANAAN

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
Sabtu, 15 Mei 2021 13.00 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	a. Mengkaji pasien dan memonitor TTV b. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) c. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. <i>gurgling</i> , mengi, <i>Wheezing</i> , ronchi kering) d. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	DS: Pasien mengeluh sesak sejak satu hari yang lalu dan mulai memberat 30 menit sebelum MRS. Pasien juga mengalami batuk berdahak kurang lebih sudah 6 bulan, dan tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 2 hari yang lalu. DO: a. Pasien tampak batuk tidak efektif serta sulit mengeluarkan dahak b. pasien tampak kesulitan bernapas dan gelisah c. pernapasan 32x/menit, saturasi oksigen 46% d. Sputum (+) berwarna kuning kehijauan e. Ronchi (+), <i>Wheezing</i> (+) f. Penggunaan Otot bantu nafas (+)	 (Manik)
13.05 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	e. Memberikan posisi semi fowler f. Memberikan oksigen	DS: Pasien tampak lebih nyaman dengan posisi semi-fowler dan oksigen sudah terasa. DO: Terpasang O ₂ NRM 10 lpm, pasien tampak lebih nyaman, namun masih tampak sesak napas	 (Manik)
13.07 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	g. Memberikan tindakan kolaborasi nebulizer combivent 1 vial	DS: Pasien masih mengeluh sesak napas. DO: Obat masuk tanpa reaksi alergi.	 (Manik)
13.40 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	h. Memonitor <i>x-ray</i> thoraks	Hasil pemeriksaan Thorax AP: Cor : besar dan bentuk normal Pulmo : Tampak infiltrate	 (Manik)


			<p>di kedua lapang paru Sinus Phrenicocostalis kanan kiri tajam Hemidiafragma kanan kiri mendatar Tulang-tulang tampak intak Kesan: Empisema paru, pneumonia, cor tak tampak kelainan</p>	
13.45 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	i. Memonitor Pola napas (frekuensi, irama, kedalaman dan usaha napas)	<p>DS: Pasien masih mengatakan kesulitan bernapas. DO: Tampak ada upaya napas, RR : 28x/menit, pernapasan cepat dalam.</p>	 (Manik)
13.48 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	j. Mengidentifikasi kemampuan batuk	<p>DS: Pasien mengatakan belum bisa mengeluarkan dahak dengan batuk. DO: Pasien tampak berusaha mengeluarkan dahaknya dengan batuk, pasien tampak batuk tidak efektif.</p>	 (Manik)
13.50 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	k. Melakukan fisioterapi dada	<p>DS: Pasien mengatakan masih sesak, dan dahak masih susah keluar DO: Pasien tampak masih sulit mengeluarkan dahak, dahak sudah keluar namun hanya sedikit.</p>	 (Manik)
14.05 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	<p>l. Mengajarkan teknik batuk efektif m. Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif n. Menganjurkan Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dibulatkan selama 8 detik o. Menganjurkan</p>	<p>DS: Pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahaknya namun hanya sedikit. DO: Pasien tampak melakukan teknik batuk efektif dan dahak keluar berwarna kuning kehijauan.</p>	 (Manik)

		<p>mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali</p> <p>p. Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ketiga</p>		
14.25 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	q. Membuang secret pada tempat sputum	<p>DS:-</p> <p>DO: Pasien dan keluarga tampak membuang sputum di tempat yang telah disediakan.</p>	 (Manik)
14.50 Wita	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	r. Melakukan tindakan kolaborasi pemberian nebulizer combivent 1 vial	<p>DS: Pasien mengatakan masih kesulitan bernapas</p> <p>DO: Pasien masih tampak sesak napas, RR : 25x/menit, Saturasi oksigen 99%</p>	 (Manik)
15.00 Wita	Bersihan Jalan Napas tidak efektif	s. Memberikan tindakan kolaborasi vestein 2 cth/oral, methylprednisolone 62,5 mg/IV	<p>DS: Pasien mengatakan bersedia diberikan injeksi dan obat</p> <p>DO: Obat masuk tanpa reaksi alergi.</p>	 (Manik)

E. EVALUASI

No.	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	15 Mei 2021 15.00 Wita	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahaknya namun sedikit-sedikit, dan pasien juga mengatakan sesak sudah berkurang, namun masih dirasakan.</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang, pasien dalam posisi semifowler, gelisah cukup membaik (skor 4), batuk efektif cukup membaik (skor 4), produksi sputum cukup membaik sputum nampak berwarna kuning kehijauan (skor 4), ronchi cukup membaik (skor 4), <i>wheezing</i> cukup membaik (skor 4), dispnea cukup membaik (skor 4), frekuensi napas cukup membaik dengan RR : 25 x/menit (skor 4), ortopnea cukup membaik (skor 4), pola napas cukup membaik membaik (skor 4).</p> <p>A: Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif cukup membaik, semua tujuan tercapai.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor kemampuan batuk efektif b. Anjurkan minum air hangat c. Monitor pola napas d. Monitor bunyi napas tambahan e. Oksigen 3 lpm nasal canul f. Kolaborasi pemberian terapi nebulizer pulmicort setiap 12 jam g. Kolaborasi pemberian terapi nebulizer combivent setiap 8 jam h. Kolaborasi pemberian terapi salbutamol 3x2mg/oral i. Kolaborasi pemberian terapi methylprednisolone 2x4mg/oral j. Kolaborasi pemberian terapi vestein 3x2cth/oral k. Kolaborasi pemberian IVFD NaCl 0,9% 18 tpm 	 (Manik)

RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	KETERANGAN
MRS	√	Di Ruang : <u>Arjuna</u> [√] Foto Rontgen : <u>1</u> [√] Laboratorium: <u>1</u> lembar [] EKG : <u> </u> lembar [√] Obat-obatan : combivent tiap 8 jam, Pulmicort tiap 12 jam, hidroclortison 2x100 mg/IV
Dipulangkan	-	[] KIE [] Obat pulang [] Foto Rontgen [] Laboratorium [] Kontrol Poliklinik, tanggal <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Pulang paksa	-	[] KIE [] Tanda tangan pulang paksa
Meninggal	-	Dinyatakan meninggal pukul <u> </u> . <u> </u> WITA
Minggat	-	Dinyatakan minggat pukul <u> </u> . <u> </u> WITA
Nama dan tanda tangan perawat pengkaji  (Ni Luh Putu Manik Juni Astri Dewi)		



Data Skripsi Mahasiswa

N I M P07120320009
Nama Mahasiswa Ni Luh Putu Manik Juni Astri Dewi
Info Akademik Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Profesi Ners
 Semester : 3

Skripsi Bimbingan Jurnal Ilmiah Seminar Proposal Syarat Sidang

Bimbingan

No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan Judul KIA-N	7 Mei 2021	✓
2	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan BAB 1	10 Mei 2021	✓
3	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan Revisi BAB 1	19 Mei 2021	✓
4	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan BAB 2 dan BAB 3	24 Mei 2021	✓
5	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan BAB 4 dan BAB 5	28 Mei 2021	✓
6	196512311987031015 - I WAYAN SURASTA, SKP.M.Fis	Pengajuan abstrak, kata pengantar	3 Jun 2021	✓
7	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan Judul KIA-N	7 Mei 2021	✓
8	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan BAB 1	10 Mei 2021	✓
9	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan Revisi BAB 1	21 Mei 2021	✓
10	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan BAB 2 dan BAB 3	25 Mei 2021	✓
11	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan Revisi BAB 2 BAB 3 dan Pengajuan BAB 4 BAB 5	31 Mei 2021	✓
12	196502251986031002 - I NENGAH SUMIRTA, SST., S.Kep., Ns., M.Kes.	Pengajuan Revisi BAB 4 BAB 5, serta pengajuan abstrak, kata pengantar	3 Jun 2021	✓



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/Faksimile : (0361) 725273/724563
Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id

BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KIA-N
PRODI PROFESI NERS POLTEKKES DENPASAR

Nama Mahasiswa : Ni Luh Putu Manik Juni Astri Dewi
NIM : P07120320009

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	7/6 ²¹		Ns. Ida Erni Sipahutar, S.Kep.M.Kep
2	Perpustakaan	7/6 ²¹		Dewa Nyoman Triwijaya
3	Laboratorium	7/6 ²¹		Ni Luh Gd Ari Kresna Dewi
4	HMJ	7/6 ²¹		Dewa Made Ardi Krisna Mukti
5	Keuangan	7/6 ²¹		Ni Noda Astuti
6	Administrasi umum/perengkapan	7/6 ²¹		I Ketut Wijaya

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti ujian KIA-N jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Denpasar

Ners. Made Sukarja, S.Kp.M.Kep
NIP. 196812311992031020

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Luh Putu Manik Juni Astri Dewi
NIM : P07120320009
Program Studi : Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2020/2021
Alamat : Banjar Dinas Kedampal, Desa Kerambitan, Kecamatan
Kerambitan, Kabupaten Tabanan, Bali
Nomor HP/Email : 081936276570 / manikjuni3@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) Di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

1. Dan Menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan, diizinkan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, Juni 2021

Yang menyatakan,



Ni Luh Putu Manik Juni Astri Dewi

NIM. P07120320009