

Lampiran 1

Pengkajian Kasus Kelolaan Utama

Kasus I		Kasus II	
1		2	
Identitas Pasien		Identitas Pasien	
Nama	: Tn. M	Nama	: Tn.B
Umur	: 70 tahun	Umur	: 55 tahun
Jenis Kelamin	: Laki – laki	Jenis Kelamin	: Laki – laki
Pekerjaan	: Tidak bekerja	Pekerjaan	: Tidak bekerja
Agama	: Hindu	Agama	: Hindu
Tanggal Masuk RS	: 17 April 2021	Tanggal Masuk RS	: 20 April 2021
Alasan Masuk	: sesak napas dan lemas	Alasan Masuk	: sesak napas
Diagnosa Medis	: Pneumonia bilateral	Diagnosa Medis	: Pneumonia bilateral
Initial survey : alert		Initial survey : alert	
Warna triage : P3		Warna triage : P3	
Survei Primer dan Resusitasi		Survei Primer dan Resusitasi	
a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal Keadaan jalan nafas		a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal Keadaan jalan nafas	
Tingkat kesadaran	: Compos Mentis	Tingkat kesadaran	: Compos Mentis
Pernapasan	: Spontan	Pernapasan	: Spontan
Upaya bernapas	: Ada	Upaya bernapas	: Ada
Benda asing di jalan nafas	: terdapat sekret	Benda asing di jalan nafas	: terdapat sekret
Bunyi nafas	: Ronchi +/+,	Bunyi nafas	: Ronchi +/+,
Hembusan nafas	: Lemah	Hembusan nafas	: Lemah
b. <i>Breathing</i> Fungsi pernafasan		b. <i>Breathing</i> Fungsi pernafasan	
Jenis Pernafasan	: dispnea	Jenis Pernafasan	: dispnea
Frekwensi Pernafasan:	32x/menit	Frekwensi Pernafasan:	30x/menit
Retraksi Otot bantu nafas:	ada	Retraksi Otot bantu nafas:	ada
Kelainan dinding thoraks	: tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris	Kelainan dinding thoraks	: tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris
Bunyi nafas	: Ronchi +/+	Bunyi nafas	: Ronchi +/+
Hembusan nafas	: Lemah	Hembusan nafas	: Lemah

1	2
<p>c. <i>Circulation</i> Keadaan sirkulasi</p> <p>Tingkat kesadaran : Compos Mentis</p> <p>Perdarahan (internal/eksternal):-</p> <p>Kapilari Refill : <2 detik</p> <p>Tekanan darah : 100/70 mmHg</p> <p>Nadi radial/carotis : 88x/menit</p> <p>Akral perifer : hangat</p> <p>SaO₂ : 89%</p>	<p>c. <i>Circulation</i> Keadaan sirkulasi</p> <p>Tingkat kesadaran : Compos Mentis</p> <p>Perdarahan (internal/eksternal):-</p> <p>Kapilari Refill : <2 detik</p> <p>Tekanan darah : 130/80i mmHg</p> <p>Nadi radial/carotis : 124x/menit</p> <p>Akral perifer : hangat</p> <p>SaO₂ : 91%</p>
<p>d. <i>Disability</i> Pemeriksaan Neurologis:</p> <p>GCS : E₄V₅M₆ : 15</p> <p>Reflex fisiologis : Normal</p> <p>Reflex patologis : Tidak ada</p> <p>Kekuatan otot : 555 555</p> <div style="text-align: center;"> <hr style="width: 100px; margin: 0 auto;"/> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> 555 555 </div> </div>	<p>d. <i>Disability</i> Pemeriksaan Neurologis:</p> <p>GCS : E₄V₅M₆ : 15</p> <p>Reflex fisiologis : Normal</p> <p>Reflex patologis : Tidak ada</p> <p>Kekuatan otot : 555 555</p> <div style="text-align: center;"> <hr style="width: 100px; margin: 0 auto;"/> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> 555 555 </div> </div>
<p>Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder</p> <p>1. Riwayat Kesehatan</p> <p>a. RKD Keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya sempat demam sejak 5 hari yang lalu, pasien juga batuk – batuk</p> <p>b. RKS Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani diantar oleh keluarga dengan keluhan pasien batuk serta sulit mengeluarkan dahak dan sesak napas. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sempat mengalami demam sejak 5 hari yang lalu, pasien juga batuk – batuk dan terkadang merasa sesak napas namun tidak diantar ke rumah sakit dan hanya minum obat penurun panas saja di rumah. Sejak 1 jam sebelum MRS pasien merasa sesaknya bertambah berat terlebih jika tidur terlentang, lalu</p>	<p>Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder</p> <p>1. Riwayat Kesehatan</p> <p>a. RKD Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit gagal ginjal dan HD rutin setiap hari selasa dan jumat. Keluarga pasien mengatakan pasien sempat rawat inap sebelum melaksanakan HD namun pasien pulang paksa 2 hari yang lalu karena tidak mau HD</p> <p>b. RKS Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani Gianyar diantar oleh keluarga dengan keluhan sesak napas dan semakin memberat saat dalam posisi terlentang, pasien juga batuk – batuk dan lemas. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sempat dirawat di rumah sakit dan pulang paksa 2 hari yang lalu dari rumah sakit karena tidak mau melakukan HD</p>






<p>keluarga pasien mengantar pasien ke IGD RSUD Sanjiwani Gianyar.. Keadaan umum : lemah, pasien tampak gelisah, pasien tampak sesak napas, kesadaran compos mentis, GCS:15 E4V5M6, CRT <2detik, SaO₂ : 89%, TD: 100/70mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, RR: 32x/menit. Diagnosa medis saat ini Pneumonia bilateral</p>	<p>Keadaan umum: lemah, kesadaran compos mentis, GCS:15 E4V5M6, CRT <2detik, SaO₂ : 91%, TD: 130/80 mmHg, N: 100x/menit, S: 36,4°C, RR: 30x/menit. Diagnosa medis saat ini Pneumonia bilateral</p>
<p>c. RKK Keluarga pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang dialami oleh pasien saat ini. Keluarga pasien juga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga yang dimiliki baik penyakit keturunan maupun penyakit menular lainnya</p>	<p>c. RKK Keluarga pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang dialami oleh pasien saat ini. Keluarga pasien juga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga yang dimiliki baik penyakit keturunan maupun penyakit menular lainnya</p>
<p>2. Riwayat dan Mekanisme Trauma Pasien tidak mengalami trauma</p>	<p>2. Riwayat dan Mekanisme Trauma Pasien tidak mengalami trauma</p>
<p>3. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe) a. Kepala : Normocephal Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut hitam beruban, tampak bersih.</p>	<p>3. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe) a. Kepala : Normocephal Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut hitam tampak bersih.</p>
<p>Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pasien tidak menggunakan kaca mata</p>	<p>Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pasien tidak menggunakan kaca mata</p>
<p>Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak terdapat lesi, telinga tampak bersih, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.</p>	<p>Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak terdapat lesi, telinga tampak bersih, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.</p>
<p>Hidung : Bentuk hidung normal, tidak tampak lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi dan tidak ada bengkak.</p>	<p>Hidung : Bentuk hidung normal, tidak tampak lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi dan tidak ada bengkak.</p>
<p>Mulut dan gigi : Mulut tampak bersih, tidak ada lesi, gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan</p>	<p>Mulut dan gigi : Mulut tampak bersih, tidak ada lesi, gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan</p>









1	2
Wajah : Tidak tampak lesi, tidak terdapat edema, tidak adanya nyeri tekan	Wajah : Tidak tampak lesi, tidak terdapat edema, tidak adanya nyeri tekan
b. Leher : Bentuk normal, tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid, nadi karotis teraba, tidak ada benjolan, memar maupun nyeri	b. Leher : Bentuk normal, tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid, nadi karotis teraba, tidak ada benjolan, memar maupun nyeri
c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya pembengkakan, tampak ada retraksi otot bantu pernapasan Paru-paru Inspeksi : Gerak dada simetris, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor Auskultasi : Ronchi +/- Jantung Inspeksi : Gerak dada simetris Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : normal	c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya pembengkakan, tampak ada retraksi otot bantu pernapasan Paru-paru Inspeksi : Gerak dada simetris, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor Auskultasi : Ronchi +/- Jantung Inspeksi : Gerak dada simetris Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : normal
Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)	Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)
d. Abdomen Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak terdapat lesi. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+)	d. Abdomen Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak terdapat lesi. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+)
e. Pelvis Inspeksi : Bentuk pelvis simetris Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	e. Pelvis Inspeksi : Bentuk pelvis simetris Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
f. Perineum&rektum : Tidak dikaji	f. Perineum&rektum : Tidak dikaji
g. Genitalia : Tidak dikaji	g. Genitalia : Tidak dikaji
h. Ekstremitas Status sirkulasi : CRT <2detik Keadaan injury : Tidak ada	h. Ekstremitas Status sirkulasi : CRT <2detik Keadaan injury : Tidak ada



1	2
i. Neurologis Fungsi sensorik : Normal Fungsi motorik : Normal.	i. Neurologis Fungsi sensorik : Normal Fungsi motorik : Normal.
Pemeriksaan Laboratorium Hematologi Darah Lengkap Trombosit (PLT) : 271 $10^3/uL$ PCT : 0,281 % MCV : 91,5 fL MCHC : 32,9 g/dL MCH : 30,8 Pg Leukosit (WBC) : 13,65 $10^3/uL$ Hemoglobin (HGB) : 15,0 g/dL Hematocrit (HCT) : 45,5 % Eritrosit (RBC) : 4.97 $10^6/uL$	Pemeriksaan Laboratorium Hematologi Darah Lengkap Trombosit (PLT) : 105 $10^3/uL$ PCT : 0,095 % MCV : 0,76 fL MCHC : 32,1 g/dL MCH : 28,1 Pg Leukosit (WBC) : 14,39 $10^3/uL$ Hemoglobin (HGB) : 9,0 g/dL Hematocrit (HCT) : 28,0 % Eritrosit (RBC) : 3.20 $10^6/uL$
Kimia Klinik Ureum : 285,1 mg/dL SGPT : 55 U/L SGOT : 71 U/L	Kimia Klinik Ureum : 214,4 mg/dL SGPT : 19 U/L SGOT : 25 U/L
Pemeriksaan Elektrolit Natrium : 123 mmol/l Kalium : 5,8 mmol/l Creatinine : 8,17 mg/dL Chloride : 88 mmol/l	Pemeriksaan Elektrolit Natrium : 136 mmol/l Kalium : 4,1 mmol/l Creatinine : 10,00 mg/dL Chloride : 104 mmol/l
Hasil Pemeriksaan Diagnostik Foto thorax AP: Kesan: Tampak perselubungan di kedua lapang paru dan mengarah pada gambaran pneumonia	Hasil Pemeriksaan Diagnostik Foto thorax AP: Kesan: Groundglass opasitas pada kedua paru (pneumonia)
Terapi Dokter a. Oksigen NRM 15 lpm (07.15 WITA) b. Ketorolac 1 amp. (07.25 WITA) (IV) c. Ranitidine 1 amp. (07.25 WITA) (IV) d. Vestein sirup 5 ml (07.30 WITA) e. IVFD NaCl 0,9% 20 tpm (07.50 WITA) f. Nebulizer combivent (08.00 WITA) g. Omeprazole 1 vial (08.00 WITA) (IV) h. Levofloxacin 750 mg (08.00 WITA) (IV) i. Lovenox 0,4 ml (08.35 WITA) (SC)	Terapi Dokter a. Oksigen NRM 15 lpm (09.45 WITA) b. IVFD NaCl 0,9% 8 tpm (09.50 WITA) c. Moxifloxacin 400 mg (10.10 WITA) (IV) d. Nebulizer ventolin (10.20 WITA) e. Drip N-asetylcysteine 1 vial (11.00 WITA) (IV)

Lampiran 2

Implementasi Keperawatan Kasus I







NO	TGL/ JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
1	2	3	4	5	6
1	17 April 2021 07.15 WITA	1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji keluhan dan tanda – tanda vital pasien - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Memonitor bunyi napas tambahan - Memonitor sputum 	<p>DS: pasien mengatakan merasa batuk serta sulit mengeluarkan dahak dan sesak napas</p> <p>DO: pasien tampak sesak napas, gelisah dan batuk – batuk, tampak adanya penggunaan otot bantu napas, ronchi +/-</p> <p>TTV : TD : 100/70 mmHg N: 88x/menit S: 36,8°C RR: 32x/menit SaO2 : 89%,</p>	
2	07.15 WITA	1	Melakukan pemasangan oksigen dengan NRM	<p>DS: pasien mengatakan bersedia diberikan oksigen dan masih merasa sedikit sesak napas</p> <p>DO : pasien tampak lebih tenang. Tampak terpasang oksigen dengan NRM 15 lpm</p>	
3	07.20 WITA	1	Memonitor sputum dan adanya bunyi napas tambahan	<p>DS: Pasien mengatakan bahwa ia merasa sulit mengeluarkan dahak dan terasa sesak</p> <p>DO: pasien tampak tidak mampu mengeluarkan sputum dan batuk, tampak adanya bunyi napas tambahan ronchi +/-</p>	
4	07.25 WITA	1	Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat <ul style="list-style-type: none"> - Ketorolac 1 amp. (IV) - Ranitidine 1 amp. (IV) 	<p>DS: -</p> <p>DO: obat masuk melalui intravena tanpa adanya reaksi alergi</p>	
5	07.30 WITA	1	Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat <ul style="list-style-type: none"> - Vestein sirup 5 ml 	<p>DS: -</p> <p>DO : obat masuk melalui oral tanpa adanya reaksi alergi</p>	








1	2	3	4	5	6
6	07.50 WITA	1	Melakukan tindakan pemasangan infus	DS: - DO: pasien tampak lemas dan terpasang infus NaCl 20 tpm pada tangan kanan pasien	
7	07.55 WITA	1	Memposisikan pasien semi fowler	DS: Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi seperti ini DO: Pasien tampak lebih tenang dan gelisah pasien tampak berkurang	
8	08.00 WITA	1	Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat - nebulizer Combivent 1 vial - Omeprazole 1 vial (IV) - Levofloxacin 750 mg (IV)	DS: - DO: obat masuk tanpa adanya reaksi alergi	
9	08.30 WITA	1	Memonitor sputum pasien	DS: pasien mengatakan sudah mampu batuk dan sedikit bisa mengeluarkan dahaknya DO: pasien tampak lebih tenang, tampak mampu mengeluarkan sedikit sputum berwarna kuning, gelisah pasien berkurang	
10	08.35 WITA	1	Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat - Lovenox 0,4 ml (SC)	DS: - DO : obat masuk melalui subkutan tanpa adanya reaksi alergi	
11	08.40 WITA	1	Melakukan fisioterapi dada - <i>Clapping</i>	DS: pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman setelah diberikan tindakan clapping DO : pasien tampak tenang dan sudah mampu batuk	
12	08.50 WITA	1	Memonitor sputum	DS: pasien mengatakan sudah mampu mengeluarkan dahak sedikit demi sedikit DO : pasien tampak mampu mengeluarkan sputum, sputum berwarna kuning	
13	08.55 WITA	1	Menganjurkan pasien untuk minum hangat	DS: keluarga pasien mengatakan bersedia mengikuti anjuran perawat DO : pasien dan keluarga pasien tampak kooperatif	

1	2	3	4	5	6
14	09.10 WITA	1	Mengajarkan pasien teknik batuk efektif	DS: pasien mengatakan bersedia mengikuti perawat DO : pasien tampak kooperatif	
15	09.15 WITA	1	Memonitor tanda – tanda vital dan pola napas pasien	DS: pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman, sesak napas yang dirasakan sudah berkurang DO : pasien tampak lebih nyaman, sesak napas tampak berkurang - TD : 130/80 mmHg - Nadi : 82x/mnt - RR : 25 x/mnt - S : 36,2 °C - SaO2 : 97%	

Lampiran 3

Implementasi Kasus II

NO	TGL/ JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
1	2	3	4	5	6
1	21 April 2021 09.45 WITA	1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji keluhan dan tanda – tanda vital pasien - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Memonitor bunyi napas tambahan - Memonitor sputum 	<p>DS: pasien mengatakan bahwa ia merasa sesak napas, batuk – batuk, dan merasa lemas</p> <p>DO: pasien tampak sesak napas, gelisah dan batuk – batuk, pasien tampak lemah, tampak adanya penggunaan otot bantu napas, ronchi +/-</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 130/80 mmHg</p> <p>N: 100x/menit</p> <p>S: 36,4°C</p> <p>RR: 30x/menit</p> <p>SaO2 : 91%,</p>	
2	09.45 WITA	1	Melakukan pemasangan oksigen dengan NRM	<p>DS: pasien mengatakan bersedia diberikan oksigen</p> <p>DO : pasien tampak lebih tenang. Tampak terpasang oksigen dengan NRM 15 lpm</p>	
3	09.50 WITA	1	Melakukan tindakan pemasangan infus	<p>DS: -</p> <p>DO: pasien tampak lemas dan terpasang infus NaCl 8 tpm pada tangan kanan</p>	
4	10.00 WITA	1	Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat <ul style="list-style-type: none"> - Moxifloxacin 400 mg (IV) 	<p>DS: -</p> <p>DO: obat masuk melalui intravena tanpa adanya reaksi alergi</p>	
5	10.10 WITA	1	Memposisikan pasien semi fowler	<p>DS: Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi seperti ini</p> <p>DO: Pasien tampak lebih tenang dan gelisah pasien tampak berkurang</p>	
6	10.20 WITA	1	Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat <ul style="list-style-type: none"> - Nebulizer ventolin 1 vial 	<p>DS: -</p> <p>DO : obat masuk tanpa adanya reaksi alergi</p>	

1	2	3	4	5	6
7	10.35 WITA	1	Memonitor pasien sputum	DS: Pasien mengatakan bahwa sesak napas sudah berkurang dan sudah dapat mengeluarkan dahak sedikit demi sedikit DO: pasien tampak tenang, tampak mampu mengeluarkan sputum dan batuk, sputum tampak berwarna putih dan kuning	
8	10.50 WITA	1	Melakukan fisioterapi dada - Clapping	DS: pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman setelah diberikan tindakan clapping DO : pasien tampak tenang dan sudah mampu batuk	
9	10.55 WITA	1	Memonitor sputum	DS: pasien mengatakan sudah mampu mengeluarkan dahak sedikit demi sedikit DO : pasien tampak mampu mengeluarkan sputum, sputum berwarna kuning	
10	08.35 WITA	1	Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat - Drip N-asetylcistein 1 vial (IV)	DS: - DO : obat masuk melalui intravena tanpa adanya reaksi alergi	
11	11.20 WITA	1	Menganjurkan pasien untuk minum hangat	DS: keluarga pasien mengatakan bersedia mengikuti anjuran perawat DO : pasien dan keluarga pasien tampak kooperatif, tampak pasien diberikan minum hangat oleh keluarga pasien	
12	11.30 WITA	1	Mengajarkan pasien teknik batuk efektif	DS: pasien mengatakan bersedia mengikuti perawat DO : pasien tampak kooperatif	
13	11.45 WITA	1	Memonitor tanda – tanda vital pasien, pola napas pasien	DS: pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman, sesak napas yang dirasakan sudah berkurang, pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahak sedikit demi sedikit DO : pasien tampak lebih nyaman, sesak napas tampak berkurang - TD : 110/80 mmHg	

1	2	3	4	5	6
				- Nadi : 79x/mnt	
				- RR : 22 x/mnt	
				- S : 36,3 °C	
				- SaO2 : 99%	

Lampiran 4

SOP *Clapping*

Tahap	Tindakan
1	2
Pengertian	Suatu rangkaian tindakan melakukan pengetokan dinding dada dengan tangan yang membentuk seperti mangkok dengan memfleksikan jari (menekuk jari ke dalam) dan meletakkan ibu jari bersentuhan dengan jari telunjuk.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Mengembalikan dan memelihara fungsi otot-otot pernafasan2. Membantu membersihkan sekret dari bronkus dan untuk mencegah penumpukan sekret, memperbaiki pergerakan dan aliran sekret
Prosedur : Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none">1. Stetoskop2. Tempat sputum berisi larutan antiseptic3. Bengkok
Preinteraksi	<ol style="list-style-type: none">1. Mengkaji kondisi pasien, memeriksa catatan keperawatan dan catatan medis pasien (mengetahui TTV, therapy, hasil radiology, kondisi pasien/hal lain yang diperlukan)2. Mencuci tangan3. Menyiapkan alat-alat yang diperlukan4. Mendekatkan alat
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none">1. Memberi salam, panggil pasien dengan namanya dan memperkenalkan diri (jika belum saling kenal)2. Menanyakan kondisi dan keluhan pasien3. Menjelaskan tujuan, prosedur, lama prosedur dan hal lain yang perlu dilakukan pasien.4. Berikan kesempatan kepada pasien/ keluarga bertanya sebelum kegiatan dilakukan
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none">1. Mencuci tangan2. Melakukan auskultasi daerah dada Perkusi3. Menganjurkan dan membimbing pasien untuk menarik nafas dalam dan lambat4. Memposisikan tangan untuk melakukan perkusi5. Melakukan penepukan di daerah (segment) paru yang terdapat sekret selama 2-3 menit (untuk setiap segment)
Terminasi	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi perasaan pasien2. Simpulkan hasil kegiatan dan berikan umpan balik positif3. Berikan penjelasan hal-hal yang perlu diperhatikan dan dilaporkan oleh pasien ataupun keluarga4. Kontrak pertemuan selanjutnya5. Bereskan alat-alat6. Cuci tangan
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none">1. Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan



Edit

Data Skripsi Mahasiswa

N I M P07120320059
Nama Mahasiswa Ni Kadek Julian Astiningsih Dwivanissha
Info Akademik Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Profesi Ners
 Semester : 2

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.	Bimbingan Judul Kian	4 Mei 2021	✓
2	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan penyusunan KIAN intervensi inovasi	7 Mei 2021	✓
3	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Konsul BAB I dan BAB II	21 Mei 2021	✓
4	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Konsul BAB III - V	27 Mei 2021	✓
5	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Revisi Tujuan Khusus, BAB III dan BAB V	2 Jun 2021	✓
6	196106241987032002 - Ns. NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KIAN lengkap	3 Jun 2021	✓
7	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB I	21 Mei 2021	✓
8	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Revisi dan Konsul BAB II	26 Mei 2021	✓
9	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Revisi dan Konsul BAB III	28 Mei 2021	✓
10	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB IV BAB V	2 Jun 2021	✓
11	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Revisi tata penulisan KIAN dan BAB IV	3 Jun 2021	✓
12	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KIAN lengkap	4 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 Kadek Julian Astiningsih Dwivanissha
NIM : 207120320059

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	2/6-21		Ns. Ida Emi Sjahhara, S.Kep.M.Kep.
2	Perpustakaan	2/6-21		Dera Nyoman Triwirajaga
3	Laboratorium	2/6-21		Ni Luh Ed Ari Prasna Dewi
4	HMJ	2/6-21		DEWA MADE BARDI KRESNA MURTI
5	Keuangan			Ni Way Parisef
6	Administrasi umum/perlengkapan	2/6-21		Ida Ayu Kehet Alit

Keterangan:

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



Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Denpasar

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

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Kadek Julian Astiningsih Dwivanissha
NIM : P07120320059
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2020/2021
Alamat : Jl. Taman Sari III, Gg. Griya Taman Sari No. 1, Tanjung Benoa
Nomor HP/Email : 081338939588/dwivanissha27@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Pada Pasien Dengan Pneumonia Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar

1. Dan Menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan mediakan, 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, 14 Juni 2021

Yang menyatakan,



Ni Kadek Julian Astiningsih Dwivanissha

NIM. P07120320059