

## LAMPIRAN 1

### A. Data pengkajian

#### PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Tanggal pengkajian : 25 Mei 2023 No. Register 23 06 18  
Diagnosa medis : Asma bronkhial

#### I. Biodata

##### A. Identitas Klien

1. Nama Lengkap : Ny D
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Umur/Tanggal Lahir : 53 Tahun/ 8 Agustus 1970
4. Status perkawinan : Menikah
5. Agama : Islam
6. Suku Bangsa : Tolaki
7. Pendidikan : SMP
8. Pekerjaan : IRT
9. Pendapatan : 2.000.00
10. Tanggal MRS ..... : Kamis, 25 Mei 2023

##### B. Identitas Penanggung

1. Nama Lengkap : Tn.S
2. Jenis kelamin : Laki-laki
3. Pekerjaan : Pns
4. Hubungan dengan klien : Suami
5. Alamat : Jl.mayjen s parman no.70 e

#### II. Riwayat Kesehatan

A. Keluhan Utama : klien mengatakan sesak,batuk berdahak sekali-kali

B. Riwayat keluhan : Klien mengatakan Nyeri dada tembus belakang

1. Penyebab/faktor pencetus : Saat klien batuk
2. Sifat keluhan : Hilang timbul

3. Lokasi dan penyebarannya : bagian dada tembus belakang
4. Skala keluhan : skala 4 (sedang)
5. Mulai dan lamanya keluhan : klien mengatakan sejak tadi malam
6. Hal-hal yang meringankan/memperberat : yang meringankan nyeri dan sesak saat klien tidak batuk dan saat beristirahat dan memperberat saat klien batuk sesak akan muncul

### III. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

- a. Apakah menderita penyakit yang sama : klien mengatakan iya
- b. Bila pernah dirawat di RS, sakit apa : Ya, penyakit asma
- c. Pernah mengalami pembedahan : klien mengatakan tidak
- d. Riwayat alergi makanan/minum : klien mengatakan tidak ada alergi
- e. Kebiasaan/ketergantungan terhadap zat
  1. Merokok (berapa batang sehari) : Tidak
  2. Minum alkohol : Tidak
  3. Minum kopi : Tidak
  4. Minum obat-obatan : Tidak

### IV. Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram 3 generasi)

- a. Buat genogram 3 generasi ( lembar sendiri )
- b. Riwayat kesehatan anggota keluarga
  1. Apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit serupa: klien mengatakan ada anggota keluarga Riwayat asma
  2. Apakah ada keluarga yang mempunyai penyakit menular atau menurun : klien mengatakan tidak ada

### V. Pemeriksaan Fisik

0. Tanda-tanda vital
  1. Tekanan darah : 150/90 mmHg
  2. Pernapasan : 28 kali / menit, Irama : Ireguler
  3. Nadi : 93 kali / menit,
  4. Suhu badan : 36°C

1. Berat badan dan tinggi badan

1. Berat badan : 49 Kg
2. Tinggi badan :158 Cm
3. IMT :

VI. Pengkajian Kebutuhan Dasar

a. Kebutuhan oksigenasi

1. Batuk : klien mengatakan batuk sekali-kali muncul.
2. Kemampuan mengeluarkan sputum : klien mampu
3. Karakteristik sputum : hijau kekuning-kuningan jumlah 2 cc
4. Dispnea : klien mengatakan sesak
5. Ortopnea :
6. Otot bantu pernafasan : klien Nampak menggunakan otot bantu
7. Sianosis : klien Nampak tidak sianosis

b. Kebutuhan Nutrisi

| Keterangan                         | Sebelum sakit   | Setelah sakit   |
|------------------------------------|---|---|
| Frekuensi makan sehari             | Klien mengatakan 3x1 sehari (porsi makan di habiskan) | Klien mengatakan 3x1 sehari (porsi makan tidak di habiskan) |
| Waktu makan                        | Pada pagi hari,siang,dan malam hari                   | Pagi, siang, dan malam hari                                 |
| Porsi makan yang habiskan          | Porsi mkan yang di habiskan satu piring               | Porsi makan tidak dihabiskan dalam 1 piring                 |
| <u>Penggunaan alat bantu makan</u> | Klien tidak menggunakan alat bantu                    | Klien tidak menggunakan alat bantu makan                    |
| Makanan pantang/yang tidak disukai | Klien mengatakan tidak ada pantangan                  | Klien mengatakan tidak ada pantangan                        |
| Makanan yang disukai               | Nasi, sayur serta ikan                                | Nasi, ikan dan sayur  |

|   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <u>Pembatasan makanan</u>                           | Tidak ada                            | Tidak ada                               |
| <u>Jenis makanan yang dibatasi</u>                  | Tidak ada                            | Tidak ada                               |
| <u>Konsumsi makanan berserat : jenis dan jumlah</u> | Klien mengonsumsi sayuran dan daging | Klien mengonsumsi sayur dan buah-buahan |
| <u>Nafsu makan</u>                                  | Klien mengatakan nafsu makan baik    | Klien mengatakan nafsu makan menurun    |
| <u>Mual</u>   | Klien mengatakan tidak mual          | Klien mengatakan tidak mual             |
| <u>Hipersalivasi</u>                                |                                      |   |
| <u>Sensasi asam pada mulut</u>                      | Asam manis, asin                     | Asam, manis, asin                       |
| <u>Muntah</u>                                       | Klien mengatakan tidak muntah        | Klien mengatakan tidak muntah           |
| <u>Perasaan cepat kenyang setelah makan</u>         | Klien mengatakan tidak cepat kenyang | Klien cepat kenyang                     |
| <u>Perasaan kembung</u>                             | Klien mengatakan tidak               | Klien mengatakan tidak                  |
| <u>Lain – lain</u>                                  |                                      |   |

c. Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

| <u>Keterangan</u>                               | <u>Sebelum sakit</u>            | <u>Setelah sakit</u>                  |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| <u>Frekuensi minum sehari</u>                   | Klien mengatakan 8 gelas        | Klien mengatakan kurang lebih 5 gelas |
| <u>Jumlah minum yang dikonsumsi setiap hari</u> | 2 yaitu air putih dan teh       | Air putih                             |
| <u>Jenis minuman yang tidak disukai</u>         | Klien mengatakan tidak ada      | Tidak ada                             |
| <u>Jenis minuman yang disukai</u>               | Klien mengatakan suka minum teh | Klien mengatakan air putih            |
| <u>Perasaan haus</u>                            | Klien mengatakan tidak          | Klien mengatakan tidak                |
| <u>Kelemahan</u>                                | Klien mengatakan tidak lemah    | Klien mengatakan merasa lemah         |
| <u>Program pembatasan cairan</u>                | Klien mengatakan tidak ada      | Klien mengatakan tidak ada            |
| <u>Lain lain</u>                                |                                 |                                       |

d. Kebutuhan Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK)

| Keterangan                           | Sebelum sakit                    | Setelah sakit                       |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Frekwensi BAK                        | Klien mengatakan 4-5 kali sehari | Klien mengatakan 1-2 kali per menit |
| Pancaran                             | baik                             | Baik                                |
| Jumlah                               | -                                | -                                   |
| Warna                                | Kekuningan                       | kekuningan                          |
| Disuria                              | -                                | -                                   |
| Nokturia                             | -                                | -                                   |
| Perasaan penuh pada kandung kemih    | Klien mengatakan tidak           | Klien mengatakan tidak              |
| Perasaan setelah BAK                 | baik                             | baik                                |
| Kesulitan memulai berkemih           | Klien mengatakan tidak kesulitan | Klien mengatakan tidak sulit        |
| Dorongan berkemih                    | Klien mengatakan tidak           | Klien mengatakan tidak              |
| Inkontinensia urine                  | tidak                            | Tidak                               |
| Total produksi urine                 | -                                | -                                   |
| Lain - lain<br>Buang Air Besar (BAB) |                                  |                                     |

| Keterangan                       | Sebelum sakit                | Setelah sakit                |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Frekwensi                        | 2 kali sehari                | 1 kali                       |
| Konsistensi                      | padat                        | padat                        |
| Bau                              | Bau khas                     | Bau khas                     |
| Warna                            | Coklat kekuningan            | Coklat kekuningan            |
| Flatulans                        | -                            | -                            |
| Nyeri saat defekasi              | Klien mengatakan tidak nyeri | Klien mengatakan tidak nyeri |
| Sensasi penuh pada rektal        | Klien mengatakan tidak       | Klien mengatakan tidak       |
| Dorongan kuat untuk defekasi     | Klien mengatakan tidak       | Klien mengatakan tidak       |
| Kemampuan menahan defekasi       | Klien mengatakan tidak       | Klien mengatakan tidak       |
| Mengejan yang kuat saat defekasi | Klien mengatakan tidak       | Klien mengatakan tidak       |
| Lain - lain                      |                              |                              |

a. Kebutuhan Istirahat dan tidur

| Keterangan                                       | Sebelum sakit              | Setelah sakit  |
|--|----------------------------|--|
| Jumlah jam tidur siang                           | 2 jam                      | 1 jam  |
| Jumlah jam tidur malam                           | 7 jam                      | Kurang lebih 4 jam                                   |
| Kebiasaan konsumsi obat tidur/stimulant/penenang | Klien mengatakan tidak     | Klien mengatakan yang diberikan di RS                |
| Kegiatan pengantar tidur                         | Klien mengatakan tidak     | Klien mengatakan tidak ada                           |
| Perasaan waktu bangun tidur                      | Klien mengatakan segar     | Klien mengatakan kurang enak karena sering terbangun |
| Kesulitan memulai tidur                          | Klien mengatakan tidak     | Klien mengatakan sulit karena batuk dan sesak        |
| Mudah terbangun                                  | Klien mengatakan tidak     | Klien mengatakan mudah terbangun                     |
| Penyebab gangguan tidur                          | Klien mengatakan tidak ada | Klien mengatakan sesak batuk                         |
| Perasaan mengantuk                               | Klien mengatakan ada       | Iya  |
| Lain – lain                                      |                            |  |

b. Kebutuhan Aktivitas

| Keterangan                                    | Sebelum sakit                    | Setelah sakit  |
|---|----------------------------------|--|
| Kegiatan rutin                                | Klien mengatakan berkebur        | Klien mengatakan tidak ada   |
| Waktu senggang                                | Klien mengatakan pada malam hari | Klien mengatakan pagi hari   |
| Kemampuan berjalan                            | Klien mengatakan mampu           | Klien mengatakan tidak banyak berjalan lebih sering duduk dan baring |
| Kemampuan merubah posisi saat berbaring       | Klien mengatakan mampu           | Klien mengatakan mampu   |
| Kemampuan berubah posisi : berbaring ke duduk | Klien mengatakan mampu           | Klien mengatakan mampu tapi kadang juga di bantu                     |

|   |                                 |  |
|---|---------------------------------|--|
| Kemampuan mempertahankan posisi duduk       | Klien mengatakan mampu          | Klien mengatakan mampu                             |
| Kemampuan berubah posisi : duduk ke berdiri | Klien mengatakan mampu          | Klien mengatakan mampu tapi kadang di bantu        |
| Kemampuan mempertahankan posisi berdiri     | Klien mengatakan mampu          | Klien mengatakan mampu tapi kadang juga di bantu   |
| Kemampuan berjalan                          | Klien mengatakan mampu berjalan | Klien mengatakan mampu tapi kadang juga di bantu   |
| Penggunaan alat bantu dalam pergerakan      | Klien mengatakan tidak ada      | Klien mengatakan tidak ada                         |
| Dispnea setelah beraktivitas                | Klien mengatakan tidak ada      | Klien mengatakan merasa sesak setelah beraktivitas |
| Ketidaknyamanan setelah beraktivitas        | Klien mengatakan tidak ada      | Klien mengatakan ada                               |
| Pergerakan lambat                           | Klien mengatakan tidak ada      | Klien mengatakan pergerakannya melambat            |
|   |                                 |  |

c. Kebutuhan Perawatan Diri

i. Mandi

| Keterangan  | Sebelum sakit                            | Setelah sakit   |
|---|--|---|
| Motivasi dalam perawatan diri mandi, mencuci rambut dan kebersihan kuku | klien mengatakan termotivasi untuk mandi | Klien mengatakan beberapa hari tidak mandi selama di RS |
| Frekwensi mandi   | 2 kali sehari                            | 1 kali sehari kadang tidak mandi                        |
| Kebersihan kulit  | Klien memberskan kulit                   | Klien Nampak bersih                                     |
| Frekwensi mencuci rambut  | 2 kali seminggu                          | Selama d rs belum bersih                                |
| Kebersihan rambut   | Klien mengatakan bersih                  | Nampak rambut klien bersih                              |
| Frekwensi memotong kuku   | 1 kali perminggu                         | Selama di Rs tidak perna                                |

|   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| Kebersihan kuku                         | Kuku klien bersih      | Bersih                                       |
| Kemampuan mengakses kamar mandi         | Klien mengatakan mampu | Klien mampu kadang di bantu                  |
| Kemampuan mengambil perlengkapan mandi  | Klien mengatakan mampu | Klien mengatakan di ambilkan keluarganya     |
| Kemampuan membasuh tubuh saat mandi     | Klien mengatakan mampu | Klien mengatakan di bantu                    |
| Kemampuan mengeringkan tubuh saat mandi | Klien mengatakan mampu | Klien mengatakan kadang di bantu keluarganya |

ii. Berpakaian

| Keterangan   | Sebelum sakit                           | Setelah sakit                         |
|--|---|---------------------------------------|
| Motivasi dalam perawatan diri mengganti pakaian      | Klien mengatakan dapat mengganti pakain | Klien mengatakan di bantu             |
| Kebersihan pakaian                                   | Klien mengatakan bersih                 | Nampak klien bersih                   |
| Frekwensi mengganti pakaian                          | 2 kali sehari                           | 1 kali sehari                         |
| Kemampuan memilih dan mengambil pakaian              | Klien mengatakan mampu                  | Klien mengatakan di bantu             |
| Kemampuan mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas  | Klien mengatakan mampu                  | Klien mengatakan di bantu keluarganya |
| Kemampuan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah | Klien mengatakan mampu                  | Klien mengatakan di bantu keluarganya |
| Kemampuan melepaskan pakaian pada bagian tubuh atas  | Klien mengatakan mampu                  | Klien mengatakan dibantu              |
| Kemampuan melepaskan pakaian pada bagian tubuh bawah | Klien mengatakan mampu                  | Klie mengatakan mampu kadang di bantu |

|   |                        |                           |
|---|------------------------|---------------------------|
| Kemampuan mengancing atau menggunakan resleting | Klien mengatakan mampu | Klien mengatakan di bantu |
| Lain - lain                                     |                        |                           |

## VII Pemeriksaan penunjang

### A. Laboratorium :

HB : 13, 0 g/dl,

Hematokrit : 38,2 %,

Leukosit : 8, 94 ribu /ul

B. Studi diagnostic : Asma bronkhial

VII. **Tindakan medik/pengobatan** : Oksigen 4 Liter / menit, IVFD  
 RL 20 tpm 500 cc per 8 jam, Nebulizer Farbivent 1 respul / 8 jam, Inj.  
 Methylpredvisolon 125 Mg / IV/ 12 jam.

## LAMPIRAN 2

### B.Format Asuhan Keperawatan

#### 1. Pengkajian keperawatan

| <b>Data subjektif</b>   | <b>Data objektif</b>  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- klien mengatakan sesak napas</li><li>- klien mengatakan batuk berdahak sekali-kali muncul</li><li>- klien mengatakan nyeri dada tembus belakang</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- klien nampak lemah</li><li>- klien nampak sesak</li><li>- klien nampak batuk</li><li>- klien nampak pernapasan dangkal</li><li>- klien nampak pola napas abnormal</li><li>- klien nampak menggunakan otot bantu pernapasan</li><li>- TTV</li><li>- TD 150/90 mmHg</li><li>- P: 28 kali/menit</li><li>- N: 93 kali/menit</li><li>- S: 36</li><li>- Spo2: 94%</li></ul> |

### Analisis data

Nama Pasien : Ny.D

Ruang Perawatan :Igd-Sakura

No Rekam Medik : 23 06 18

Diagnosa Medis : Asma Bronkhial

| No | Data  | Etiologi   | Masalah                         |
|----|---|--|---------------------------------|
|    | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- klien mengatakan sesak napas</li><li>- klien mengatakan batuk berdahak sekali-kali muncul</li><li>- klien mengatakan nyeri dada tembus belakang</li></ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- klien nampak lemah</li><li>- klien nampak sesak</li><li>- klien nampak batuk</li><li>- klien nampak pernapasan dangkal</li><li>- klien nampak pola napas abnormal</li><li>- klien nampak menggunakan otot bantu pernapasan</li><li>- TTV</li><li>- TD 150/90 mmHg</li><li>- P: 28 kali/menit</li><li>- N: 93 kali/menit</li><li>- S: 36</li><li>- Spo2: 94%</li></ul> | <p>Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan).</p> | <p>Pola napas tidak efektif</p> |

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pola napas tidak efektif Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)

## 3. Intervensi Keperawatan

Nama Pasien : Ny.D

Ruang Perawatan :Igd-Sakura

No Rekam Medik : 23 06 18

Diagnosa Medis : Asma Bronkhial

| No | Diagnosa Keperawatan  | Luaran Keperawatan  | Intervensi Keperawatan   |
|----|---|---|--|
| 1  | Pola napas tidak efektif berhubungan hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan) | Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka, pola napas membaik dengan kriteria hasil <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dispnea dari meningkat menjadi menurun</li><li>2. Penggunaan otot bantu dari meningkat menjadi menurun</li><li>3. Fase ekspirasi dan inspirasi dari meningkat menjadi menurun</li><li>4. Frekuensi napas dari memburuk menjadi membaik</li></ol> | Manajemen jalan napas<br>Observasi: <ul style="list-style-type: none"><li>- .monitor pola napas (frekuensi,kedalam,usaha napas)</li></ul> Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"><li>- Posisikan semi fowler</li><li>- Berikan oksigen, <i>jika perlu</i></li></ul> |

#### 4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

| Diagnosa Keperawatan   | Hari/tanggal      | Jam   | Implementasi Keperawatan   | Evaluasi  |
|--|-------------------|-------|--|---|
| Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan) | Kamis 25 mei 2023 | 10:10 | Observasi:<br>1.Memonitor pola napas<br>Hasil: klien sesak napas<br>Terapeutik:<br>2.Memposisikan semi fowler<br>Hasil:klien dalam posisi semi fowler klien merasa nyaman dan sesak mulai berkurang<br>3.memberikan oksigen, <i>jika perlu</i><br>Hasil: klien sudah diberikan oksigen | S: klien mengatakan sesak,batuk berdahak serta nyeri tembus belakang<br><br>O:klien nampak lemah<br>- Klien nampak sesak<br>- klien nampak batuk<br>- klien nampak pernapasan dangkal<br>- klien nampak pola napas abnormal<br>- klien nampak menggunakan otot bantu pernapasan<br>- TTV<br>- TD 150/90 mmHg<br>- P: 28 kali/menit<br>- N: 93 kali/menit<br>- S: 36<br>- Spo2: 94%<br>A: masalah belum teratasi |

|   |                           |              |   |  |
|---|---------------------------|--------------|---|--|
| <p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)</p> | <p>Jumat, 26 mei 2023</p> | <p>09:20</p> | <p>Observasi:<br/> 1.Memonitor pola napas<br/> Hasil : nampak sesak mulai berkurang<br/> Terapeutik:<br/> 2.Memposisikan semi fowler<br/> Hasil:klien dalam posisi semi fowler klien merasa nyaman dan sesak mulai membaik<br/> 3.memberikan oksigen,<i>jika perlu</i> Hasil: klien sudah diberikan oksigen</p> | <p>S: klien mengatakan sesak sudah mulai berkurang, Batuk berdahak mulai berkurang, nyeri mulai berkurang<br/> O: Klien nampak masih sesak<br/> - klien nampak masih batuk<br/> - klien nampak masih pernapasan dangkal<br/> - nampak pola napas masih abnormal<br/> - klien nampak menggunakan otot bantu pernapasan<br/> - TTV<br/> - TD 130/90 mmHg<br/> - P: 24 kali/menit<br/> - N: 86 kali/menit<br/> - S: 36<br/> - Spo2: 96%</p> <p>A: masalah belum teratasi<br/> P:Intervensi di lanjutkan</p> |
|---|---------------------------|--------------|---|--|

|   |                          |              |   |   |
|---|--------------------------|--------------|---|---|
| <p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)</p> | <p>Sabtu 27 mei 2023</p> | <p>20:00</p> | <p>Observasi:<br/> 1.Memonitor pola napas<br/> Hasil : klien sudah tidak sesak napas<br/> Terapeutik:<br/> 2.Memposisikan semi fowler<br/> Hasil:klien dalam posisi semi fowler klien merasa nyaman dan sesak membaik<br/> 3.memberikan oksigen,<i>jika perlu</i><br/> Hasil: nampak klien sudah tidak menggunakan oksigen lagi</p> | <p>S: klien mengatakan sesak sudah tidak sesak,klien mengatakan sudah tidak batuk berdahak,klien mengatakan sudah tidak nyeri<br/> O:<br/> - Klien nampak sudah tidak sesak<br/> - klien nampak sudah tidak batuk<br/> - nampak pernapasan membaik<br/> - nampak pola napas membaik<br/> - TTV<br/> - TD 120/80 mmHg<br/> - P: 20 kali/menit<br/> - N: 88 kali/menit<br/> - S: 36<br/> - Spo2: 99%<br/> A: masalah teratasi<br/> P:Intervensi di hentikan</p> |
|---|--------------------------|--------------|---|---|

### Lampiran 3

## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

### POSISI SEMI FOWLER

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Pengertian</b> | Semi fowler merupakan posisi berbaring klien dalam posisi setengah duduk 30-45 derajat  |
| <b>Tujuan</b>     | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengurangi sesak napas</li><li>2. Memberikan rasa nyaman</li><li>3. Membantu mempermudah Tindakan pemeriksaan</li></ol>  |
| <b>Indikasi</b>   | Pasien sesak napas  |
|                   | <p>A. Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sandaran punggung atau bantal</li><li>2. Tempat tidur khusus (functional bed) jika perlu</li></ol> <p>B. Persiapkan pasien, perawat, dan lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perkenalkan diri anda pada klien termasuk nama dan jabatan atau peran dan jelaskan apa yang akan dilakukan.</li><li>2. Pastikan identitas klien</li><li>3. Jelaskan prosedur dan alasan dilakukan Tindakan tersebut yang dapat dipahami oleh klien</li><li>4. Siapkan peralatan</li><li>5. Cuci tangan</li><li>6. Yakinkan klien nyaman dan memiliki ruangan yang cukup dan pencahayaan yang cukup untuk melaksanakan tugas</li><li>7. Berikan privasi klien</li></ol> |
| <b>Prosedur</b>   | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas ( nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis )</li><li>2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur</li><li>3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:<ol style="list-style-type: none"><li>c) Sarung tangan bersih, jika perlu</li><li>d) Bantal</li></ol></li><li>4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li><li>5. Pasang sarung tangan bersih</li><li>6. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li><li>7. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai pengaturan posisi</li></ol>   |

|                              |   |
|------------------------------|---|
|                              | <ol style="list-style-type: none"><li>8. Elevasikan bagian kepala tempat tidur dengan sudut 30-45 derajat</li><li>9. Letakkan bantal di bawah kepala dan leher</li><li>10. Pastikan pasien dalam posisi nyaman</li><li>11. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan</li><li>12. Lepaskan sarung tangan</li><li>13. Dokumentasi hasil prosedur dan toleransi klien pada format yang tepat</li></ol> |
| Hal-hal yang harus dilakukan | Lakukan kebersihan tangan 6 langkah   |

## Lampiran 4

### MASTER TABEL PENELITIAN

| No | Kriteria        | Hari ke-1     |     |               |     | Hari ke-2     |     |               |     | Hari ke-3     |     |               |     |
|----|-----------------|---------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|
|    |                 | Sebelum       | Ket | Sesudah       | Ket | Sebelum       | Ket | Sesudah       | Ket | Sebelum       | Ket | Sesudah       | Ket |
| 1  | Dispnea         | Skor 6        | 1   | Skor 4        | 3   | skor 4        | 3   | skor 3        | 4   | Skor 3        | 4   | skor 0        | 5   |
| 2  | Frekuensi napas | 28 kali/menit | 1   | 24 kali/menit | 3   | 24 kali/menit | 3   | 22 kali/menit | 4   | 22 kali/menit | 4   | 20 kali/menit | 5   |
| 3  | Fase ekspirasi  | 6 detik       | 1   | 5 detik       | 3   | 5 detik       | 3   | 4 detik       | 4   | 4 detik       | 4   | 3 detik       | 5   |

Keterangan:

| Dispnea/fase ekspirasi dan inspirasi |   | Frekuensi napas |   |
|--------------------------------------|---|-----------------|---|
| Meningkat                            | 1 | Memburuk        | 1 |
| Cukup meningkat                      | 2 | Cukup memburuk  | 2 |
| Sedang                               | 3 | Sedang          | 3 |
| Cukup menurun                        | 4 | Cukup membaik   | 4 |
| Menurun                              | 5 | Membaik         | 5 |

**Lampiran 5**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**PENERAPAN POSISI SEMI FOWLER TERHADAP POLA NAPAS  
PADA NY.D PASIEN ASMA BRONKHIAL DI RUANGAN  
IGD SAMPAI RUANG RAWAT RSUD KOTA KENDARI  
PROVINSI SULAWESI TENGGARA**

Disusun dan Diajukan Oleh:

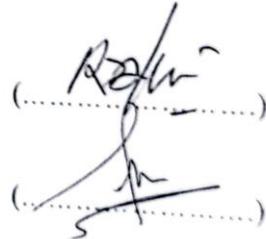
**NUR ECA**

**NIM. P00320020120**

Karya tulis Ilmiah diterima dan disetujui untuk dipertahankan di depan Tim Penguji  
Kendari, 20 juni 2023

**Pembimbing :**

1. Reni Devianti Usman, M. Kep.,Sp. KMB
2. Samsuddin, S. Kep.,Ns.,M.Kep



(.....)

(.....)

**Mengetahui:**

Ketua jurusan keperawatan



**Abdul Syukur Bau, S.Kep.,Ns.,MM**

**19731208198803100**

## Lampiran 6



**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA**  
**BADAN RISET DAN INOVASI DAERAH**

Jl. Mayjend S. Parman No. 03 Kendari 93121

Website : <https://brida.sultra prov.go.id> Email: [bridaprovsultra@gmail.com](mailto:bridaprovsultra@gmail.com)

Kendari, 15 Mei 2023

K e p a d a

Yth. Direktur RSUD Kota Kendari  
Di -

Nomor : 070/ 2086 / V /2023  
Sifat : -  
Lampiran : -  
Perihal : IZIN PENELITIAN.

KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : PP.08.02/1/1680/2023 tanggal, 12 Mei 2023 perihal tersebut diatas, Mahasiswa dibawah ini :

Nama : NUR ECA  
NIM : P00320020120  
Prog. Studi : D-III Keperawatan  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari

Bermaksud untuk Melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Sesuai Lokasi diatas, dalam rangka penyusunan KTI/Skripsi/Tesis/Disertasi, dengan judul :

**"PENERAPAN POSISI SENI FOWLER TERHADAP POLA NAFAS PADA PASIEN ASMA BRONKHIAL DI RSUD KOTA KENDARI "**

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 15 Mei 2023 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan Pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulawesi Tenggara Cq. Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut diatas.

Demikian surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

an. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA  
KEPALA BADAN RISET & INOVASI DAERAH  
PROV. SULAWESI TENGGARA,



**Dra. Hj. ISMA, M.Si**

Pembina Utama Madya, Gol. IV/d  
Nip. 19660306 198603 2 016

Lampiran 7



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KENDARI**



Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari  
Telp. (0401) 3190492; Fax. (0401) 3193339; e-mail: [direktorat@poltekkeskendari.ac.id](mailto:direktorat@poltekkeskendari.ac.id)

12 Mei 2023

Nomor : PP.08.02/1/1680/2023  
Sifat : BIASA  
Lampiran : Satu Eksemplar  
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,  
Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara  
di-  
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Nur Eca  
NIM : P00320020120  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul Penelitian : Penerapan Posisi Semi Fowler terhadap Pola Napas  
pada Pasien Asma Bronkhial di RSUD Kota Kendari.  
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari.

Mohon kiranya dapat diberikan izin penelitian oleh Badan Riset dan  
Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya  
diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian  
Kesehatan Kendari,



Teguh Fathurrahman, SKM, MPPM

## Lampiran 8



**PEMERINTAH KOTA KENDARI**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI**  
*Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No.39 Kendari*  
*Email: rsudkotakendari39@gmail.com*

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**

Nomor : 070/3849 / 2023

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : NUR ECA  
NIM : P00320020120  
Jurusan/Prodi : D-III KEPERAWATAN  
Institusi : POLTEKKES KEMENKES KENDARI

Nama tersebut di atas benar-benar telah melakukan penelitian dengan judul " **PENERAPAN POSISI SEMI FLOWLER TERHADAP POLA NAPAS PADA PASIEN ASMA BRONKHIAL DI RSUD KOTA KENDARI** " sejak tanggal 22 s/d 27 MEI 2023.

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 12 Juni 2023

An. Direktur,  
Kepala Subbagian Kepegawaian  
dan Diklat



**Rachmawati A. SKM**  
NIP. 19841111 201001 2 033

## Lampiran 9



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**

*Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232*  
*Telp. (0401) 390492. Fax(0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com*



**SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA**

**NO: KM.06.02/1/089/2023**

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Terpadu Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Nur Eca  
NIM : P00320020120  
Tempat Tgl. Lahir : Lombuea, 28 Juni 2001  
Jurusan : D-III Keperawatan  
Alamat : Moramo Utara

Dengan ini Menerangkan bahwa mahasiswa tersebut bebas dari peminjaman buku maupun administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2023.

Kendari, 13 Juni 2023

Kepala Unit Perpustakaan  
Politeknik Kesehatan Kendari

**Irmayanti Tahir, S.I.K**  
**NIP. 197509141999032001**

## Lampiran 10

### LEMBAR PERETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini setelah membaca dan mendengarkan penjelasandari saya memahami tujuan dan manfaat dari peneliti ini.

Maka saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini:

Nama : Ny. D

Jenis Kelamin : Perempuan

Usia : 53

Alamat : Jl.mayjen s parman no 70 e

Menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu respon penelitian dengan judul “penerapan posisi semi fowler terhadap pola nafas pada pasien asma bronkhial diruangan Igd sampai ruang rawat inap Rsud kota kendari sulawesi tenggara”

Kendari, 25 mei 2023

Responden



Ny. D

Peneliti



Nur eca

## Lampiran 11

### DOKUMENTASI

#### Penerapan posisi semi fowler terhadap pola napas pada pasien asma bronkhial



Meminta persetujuan pasien dan keluarga serta melakukan pengkajian



Menjelaskan maksud dan tujuan posisi semi fowler

Memberikan posisi semi fowler