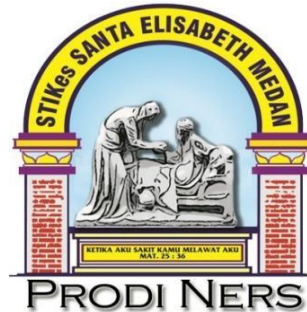


**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN GANGGUAN  
SISTEM PERNAFASAN: BRONKOPNEUMONIA PADA NY. T DI  
RUANG RAWAT INAP ST. LIDWINA RUMAH SAKIT SANTA  
ELISABETH MEDAN 06 - 08 AGUSTUS 2024**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



**Oleh:**

**Risda Siregar**  
**NIM. 052024084**

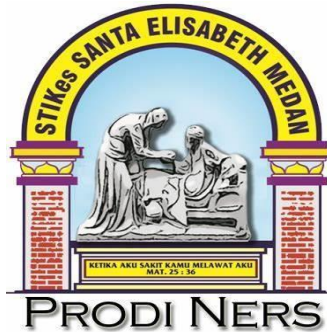
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
TAHUN 2024**



# STIKes Santa Elisabeth Medan

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN GANGGUAN  
SISTEM PERNAFASAN : BRONKOPNEUMONIA PADA NY. T DI  
RUANG RAWAT INAP ST. LIDWINA RUMAH SAKIT SANTA  
ELISABETH MEDAN 06 - 08 AGUSTUS 2024**

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi  
Ners Program Studi Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



**Oleh:**

**Risda Siregar**  
**NIM. 052024084**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
TAHUN 2024**



# STIKes Santa Elisabeth Medan

## LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK  
DIPERTAHANKAN  
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
TANGGAL 24 Mei 2025**

## MENGESAHKAN



**(Lindawati F. Tampubolon S. Kep., Ns., M. Kep)**

**Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan**



**(Mestiana Br. Karo, M. Kep., DNSc)**



## LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM  
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
PADA TANGGAL 24 Mei 2025

### TIM PENGUJI

#### TANDA TANGAN

**Ketua**

: Helinida Saragih, S. Kep., Ns., M. Kep

**Anggota**

: Ance M. Siallagan, S. Kep., Ns., M. Kep

Dr. Lilis Novitarum, S. Kep., Ns., M. Kep



## LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar  
Ners (Ns)

Oleh :  
Risda Siregar

Medan, 24 Mei 2025

Menyetujui,  
Ketua Penguji

(Helinida Saragih, S. Kep., Ns., M. Kep)

Anggota

(Ance M. Siallagan, S. Kep., Ns., M. Kep)

(Dr. Lilis Novitarum, S. Kep., Ns., M. Kep)



## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Adapun judul karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Gangguan Sistem Pernafasan : Bronkopneumonia Pada Ny. T di Ruang Rawat Inap St. Lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 06-08 agustus 2024”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ners Program Studi Ners Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, saya telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M. Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp. OT (K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus kelolaan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan.
3. Lindawati F. Tampubolon, S. Kep., Ns., M. Kep selaku ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis untuk mengikuti penyusunan karya ilmiah akhir ini.



4. Helinida Saragih, S. Kep., Ns., M. Kes selaku dosen pembimbing I sekaligus penguji I yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Ance M. Siallagan, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen pembimbing II sekaligus penguji II yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Dr. Lilis Novitarum, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen penguji III saya yang telah sabar dan memberi banyak waktu dalam membimbing dan memberi arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan baik.
7. Friska Handayani Ginting, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah membantu, membimbing, dan memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Kepada seluruh dosen yang telah membimbing, memberikan dukungan, motivasi kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan Tahun 2024.
10. Teristimewa kepada kedua orangtua tercinta Bapak S. M. Siregar dan Ibu R. Aruan serta abang, kakak, adik dan keponakan saya yang telah bersedia memberi kasih sayang, nasihat, dukungan moral, dan material sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.



Saya menyadari bahwa penulisan karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati saya menerima kritik dan saran membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Harapan penulis semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat untuk pembangunan ilmu pengetahuan khususnya dalam profesi keperawatan.

Medan, 24 Mei 2025

Penulis

(Risda Siregar)





## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>SAMPUL DEPAN .....</b>	<b>i</b>
<b>SAMPUL DALAM.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI.....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>x</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	5
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan .....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
1.4 Manfaat Penelitian .....	8
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	8
1.4.2 Manfaat Praktis .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORITIS.....</b>	<b>9</b>
2.1. Konsep Dasar Medis .....	9
2.1.1 Anatomi fisiologi .....	9
2.1.2 Defenisi Bronkopneumonia .....	16
2.1.3 Etiologi Bronkopneumonia.....	17
2.1.4 Patofisiologi Bronkopneumonia.....	18
2.1.5. Pathway .....	20
2.1.6 Manifestasi Klinis Bronkopneumonia.....	21
2.1.7 Komplikasi Bronkopneumonia .....	21
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Bronkopneumonia.....	22
2.1.9 Penatalaksanaan Bronkopneumonia .....	23
2.2. Konsep Dasar Keperawatan .....	23
2.2.1 Pengkajian Keperawatan .....	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	29
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	30
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	33
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	34
2.2.6 Discharge Planning .....	35
<b>BAB 3 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN....</b>	<b>36</b>
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>77</b>
4.1. Pengkajian Keperawatan .....	78



## STIKes Santa Elisabeth Medan

4.2. Diagnosa Keperawatan .....	79
4.3. Intervensi Keperawatan .....	81
4.4. Implementasi Keperawatan .....	83
4.5. Evaluasi Keperawatan .....	84
<b>BAB 5 Simpulan Dan Saran .....</b>	<b>86</b>
5.1. Simpulan.....	86
5.2. Saran.....	87
5.2.1. Bagi pasien dan keluarga.....	87
5.2.2. Bagi perawat santa Elisabeth medan .....	87
5.2.3. Bagi penulis selanjutnya.....	88
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>89</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>90</b>
1. Evidance Based Practice .....	80
2. Mind Mapping .....	80



## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Paru-paru merupakan organ yang bertanggung jawab dalam proses respirasi atau pernapasan pada manusia. Bagian alveoli dimana bagian terpenting dalam proses respirasi yang berfungsi sebagai tempat pertukaran antara  $O_2$  dan  $CO_2$ , dimana jika ada peningkatan atau penurunan kapasitas paru-paru maka mengakibatkan terjadi peradangan pada paru-paru atau gangguan pernapasan yang salah satunya yaitu pneumonia. Bronkopneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang mengenai saluran pernapasan disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, dan jamur. Bakteri yang paling sering menyebabkan pneumonia pada dewasa adalah *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Legionella*, *Hemophilus influenza*, virus influenza dan bakteri *Mycoplasma pneumoniae* serta jamur tertentu (Somantri, 2017).

Penyakit sistem pernapasan merupakan istilah yang digunakan untuk beberapa jenis kelainan atau penyakit pada sistem pernapasan manusia. Ada beberapa penyakit sistem pernapasan yang dialami oleh manusia yaitu asma, tbc, bronchitis, kanker paru-paru, pleuritis, faringitis bronkopneumonia dll.

Bronkopneumonia dapat disebut sebagai pneumonia lobularis karena peradangan yang terjadi pada parenkim paru bersifat terlokalisasi pada bronkiolus beserta alveolus di sekitarnya. Bronkopneumonia lebih sering merupakan infeksi sekunder terhadap berbagai keadaan yang melemahkan daya tahan tubuh tetapi bisa juga sebagai infeksi primer yang biasanya dijumpai pada anak-anak dan



orang dewasa, Pneumonia juga merupakan salah satu penyakit yang diketahui mempengaruhi manusia dan menjadi penyebab utama kematian. Oleh sebab itu, pneumonia masih menjadi masalah kesehatan global hingga saat ini (Dwiyanti & Hisni, 2024)

Bronkopneumonia termasuk dalam salah satu jenis pneumonia yang sering disebabkan oleh bakteri. Bakteri ini dapat menyebar lewat percikan ludah saat bersin ataupun batuk. Bronkopneumonia merupakan suatu kondisi peradangan pada lobus paru-paru yang diakibatkan oleh infeksi bakteri, virus, jamur dan benda asing lainnya. Bronkopneumonia ini biasanya ditandai dengan panas yang tinggi, gelisah, napas cepat dan dangkal, muntah, diare, dispnea dan batuk kering serta produktif (Handayani et al., 2022).

Bronkopneumonia disebabkan oleh bakteri seperti *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* dan lain-lain yang masuk di saluran pernapasan yaitu saluran pernapasan di bagian atas. Hal ini dapat menyebabkan beberapa pasien mengalami peningkatan suhu tubuh (hipertermia), sesak napas akibat infeksi saluran pernapasan atas yang ditandai dengan pernapasan cepat dan dangkal selain temuan pemeriksaan fisik. Sesak napas di hidung, batuk kering, sianosis di sekitar hidung dan mulut, kadang mual, muntah, diare dan kejang (Raja et al., 2023)

Faktor usia menjadi salah satu faktor resiko terjadinya peningkatan angka kejadian dan kematian akibat pneumonia di Indonesia maupun di dunia terutama pada lansia atau balita. Penyakit pneumonia rentan menyerang orang tua berusia 50 tahun ke atas atau lansia. Bahkan semakin tua usia, semakin tinggi angka



kematian yang diakibatkan pneumonia tersebut. Tanda dan gejala yang umum terjadi pada pasien pneumonia komunitas dewasa berupa sesak napas (60,93%), batuk (54,88%), demam (48,37%) (Siti Khodijah, et al, 2022).

Bronkopneumonia dapat menyebabkan inflamasi pada bronkus ditandai dengan adanya penumpukan sekret, apabila sekret tidak dapat dikeluarkan dari jalan napas dapat menyebabkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif. Apabila tidak segera ditangani komplikasi yang dapat terjadi diantaranya, kolaps alveoli, abses paru, dan efusi pleura.

World Health Organization (WHO, 2019) menyebutkan jika insiden bronkopneumonia di negara berkembang adalah 151,8 juta kasus bronkopneumonia per tahun, 10% diantaranya merupakan bronkopneumonia berat dan perlu perawatan di rumah sakit. Bronkopneumonia merupakan salah satu penyebab utama kematian anak di dunia. Menurut WHO (2020), penyakit ini menyumbang 15% dari semua kematian anak di bawah usia lima tahun, dengan 801.603 kematian pada 2019, bronkopneumonia menyumbang angka kematian 808.000 anak (15%) ditahun 2017. Bronkopneumonia merupakan penyakit yang menyerang organ pernapasan anak-anak dan lansia di negara berkembang. Lebih dari satu juta kematian anak dilaporkan setiap tahun di dunia dan sekitar 15% dari kematian ini disebabkan karena bronkopneumonia (Girma et al., 2023).

Data bronkopneumonia di Indonesia data dari Riskesdas Indonesia tahun 2018, penderita bronkopneumonia pada tahun 2013 dari 1,6% menjadi 2% di tahun 2018. Data Riskesdas Indonesia tahun 2018, penderita bronkopneumonia meningkat seiring dengan bertambahnya usia, Pada kelompok usia 55-64 tahun



mencapai 2,5%, kelompok usia 65-74 tahun sebesar 3,0% dan kelompok usia 75 tahun ke atas mencapai 2,9% (Abdjul & Herlina, 2020)

Angka perkiraan kasus bronkopneumonia berdasarkan Provinsi Jawa Tengah 2021 adalah sebesar 3,61%. Penemuan dan penanganan penderita bronkopneumonia di Jawa Tengah tahun 2021 sebesar 49,5%, menurun dibandingkan capaian tahun 2020 yaitu 53,7 % (Jateng Dinkes 2021).

Angka cakupan penemuan dan penanganan bronkopneumonia di Kabupaten Tegal dari tahun 2021 sampai 2022 terjadi peningkatan. Pada tahun 2021 sebesar 76,9 %. menjadi 84,4%. Pada tahun 2022. Berdasarkan data rekam medis yang didapat di RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal pada tahun 2021 sebanyak 26%. Kemudian terjadi peningkatan pada tahun 2022 sebanyak 32%. Pada tahun 2023 kasus bronkopneumonia di RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal mengalami peningkatan kembali mencapai 42%.

Pelaksanaan yang dilakukan oleh perawat pada pasien Bronkopneumonia adalah dengan menggunakan terapi non farmakologis yang dapat membantu meningkatkan fungsi paru pasien Bronkopneumonia, kekuatan otot, dan kualitas hidup pasien. Perawat dapat memberikan tindakan seperti pemberian terapi oksigen, latihan pernapasan, dan rehabilitasi paru.

Adapun penatalaksanaan yang dapat diberikan pada pasien Bronkopneumonia yaitu pemebrian non farmakologis yaitu pemberian *semi-fowler* dan Teknik *pursed lips breathing* yang bertujuan untuk mengurangi sesak napas, memperbaiki frekuensi pola napas, mengatur ventilasi alveoli dan pertukaran gas dalam paru-paru, *pursed lips breathing* merupakan mekanisme pernapasan melalui bibir yang

dapat membantu melatih otot pernapasan, memperlambat ekspirasi, mencegah kolaps jalan napas kecil, serta mengontrol kecepatan dan kedalaman napas (Pokhrel, 2024).

Menurut Gentar & Rukayah, (2022) pemberian terapi nebulizer yang mengalami pola napas tidak efektif dapat mengencerkan dahak yang melekat pada dinding bronkus dan mempertahankan fungsi otot-otot pernapasan. Menurut Widyasari et al, (2023) pemberian terapi inhalasi memberikan efek bronkodilatasi atau pelebaran lumen bronkus, dahak menjadi encer sehingga mempermudah dikeluarkan, menurunkan hiperaktifitas bronkus dan dapat mengatasi infeksi, terapi inhalasi adalah pemberian obat secara inhalasi (hirupan) kedalam saluran respiratori. Pemberian terapi inhalasi yaitu teknik yang dilakukan dengan pemberian uap dengan menggunakan obat combiven dan Pulmicort.

Maka pentingnya peranan perawat pada pasien bronkopneumonia dengan gangguan bersihan jalan napas. Peran perawat memberikan tindakan asuhan keperawatan, tindakan utama yang dilakukan secara sistematis dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi, dilakukan secara komperhensif baik bio, psiko, sosial dan spiritual yang bertujuan untuk mencegah komplikasi yang lebih fatal.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik melakukan karya ilmiah akhir dengan judul asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny. T dengan gangguan pernafasan Bronkopneumonia di ruangan St. Lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.



### Rumusan Masalah

Masalah dirumuskan berdasarkan latar belakang diatas adalah:  
“Bagaimana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Gangguan Sistem Pernafasan: Bronkopneumonia Pada Ny. T di Ruang Rawat Inap St. Lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 06 - 08 Agustus 2024”.

### 1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir

Bagaimana asuhan keperawatan medikal bedah dengan penyakit Bronkopneumonia di ruangan St. Lidwina RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2024

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny. T dengan masalah sistem pernapasan Bronkopneumonia di ruangan St. Lidwina RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2024

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny. T dengan masalah sistem pernapasan Bronkopneumonia
2. Mahasiswa mampu menegakan diagnosa asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny. T dengan masalah sistem pernapasan Bronkopneumonia
3. Mahasiswa mampu menyusun perencanaan asuhan kepearwatan medikal bedah pada Ny. T dengan masalah sistem pernpasan Bronkopneumonia
4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan medikal bedah pada Ny. T dengan masalah sistem pernapasan Bronkopneumonia





5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny. T dengan masalah sistem pernapasan Bronkopneumonia

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil dari karya ilmiah akhir ini di harapkan menjadi sumber bacaan dan dapat mengembangkan pengetahuan mengenai asuhan keperawatan medikal bedah dengan gangguan sistem pernafasan: bronkopneumonia pada Ny. T di Ruang Rawat Inap St. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 06 - 08 Agustus 2024.

#### **1.4.2 Manfaat praktis**

##### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan hasil penelitian ini akan digunakan sebagai bahan pembelajaran serta menjadi tolak ukur mahasiswa dalam mengimplementasikan metode asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkopneumonia.

##### **2. Bagi Pendidikan Keperawatan**

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Bronkopneumonia.

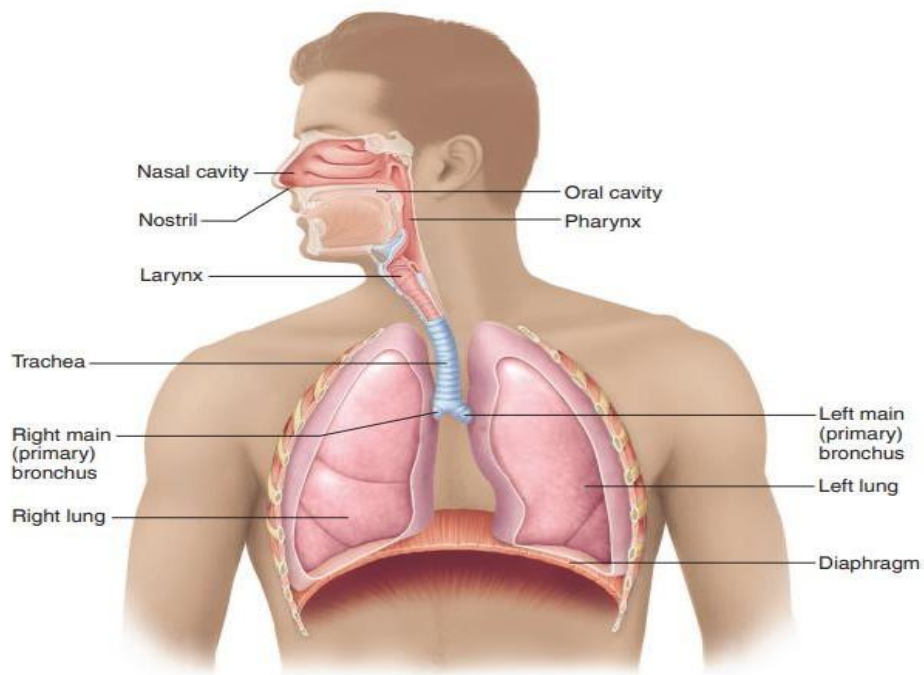
##### **3. Bagi Lahan Praktek**

Dapat memberikan pelayanan yang komprehensif sehingga mampu meningkatkan mutu pelayanan yang optimal dalam pengaplikasian asuhan keperawatan bronkopneumonia.

## BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

### 2.1 Konsep Dasar Medis

#### 2.1.1 Anatomi



Anatomi atau struktur sistem respirasi yang akan dibahas meliputi saluran napas atas dan bawah. Saluran napas atas terdiri dari hidung dan rongga hidung, faring, dan laring. Sedangkan saluran napas bawah terdiri dari trakea, bronkus, paru-paru, dan alveoli. Saluran napas atas adalah daerah di mana udara bergerak menuju area pertukaran gas di paru-paru.

#### 1. Hidung dan Rongga Hidung

Hidung merupakan bagian dari sistem respirasi yang paling luar dan dapat dilihat secara langsung. Udara masuk dan keluar melalui lubang hidung.

Hidung terbentuk dari tulang dan kartilago atau tulang rawan. Di dalam hidung terdapat rongga hidung yang menjadi jalur utama masuknya udara dan dipisahkan oleh septum. Rongga hidung dilapisi dengan epitel kolumnar bersilia yang kaya pembuluh darah (membran mukosa bersilia) dan mengandung sel goblet yang menyekresi lendir sehingga dapat menghangatkan udara yang melewatinya. Selain itu, memungkinkan partikel yang lebih kecil seperti debu dan bakteri menempel pada mukosa. Gerakan silia membawa lendir ke tenggorokan untuk ditelan atau dibatukkan. Mukosa juga melindungi epitel di bawahnya dari iritasi dan mencegah pengeringan.

### 2. Faring

Faring atau tenggorokan merupakan saluran umum untuk sistem pernapasan dan pencernaan. Faring yang memiliki panjang 12-14 cm dilewati oleh udara dari hidung serta makanan, air, dan udara dari mulut. Faring terdiri dari tiga bagian yaitu nasofaring, orofaring, dan laringofaring.

### 3. Laring

Laring terletak di tenggorokan anterior dan memanjang dari pangkal lidah ke trakea. Laring merupakan saluran udara yang menghubungkan faring dengan trakea dan terletak di anterior bagian atas esofagus. Terdapat sembilan kartilago yang membentuk laring dan dihubungkan satu sama lain oleh otot dan ligamen. Terdiri dari tiga buah kartilago tunggal yang



besar yaitu epiglotis, tiroid, dan krikoid serta tiga pasang kartilago yang lebih kecil yaitu aritenoidea, kornikulata, dan kuneiformis

#### 4. Trakea

Trakea merupakan jalan napas yang bersifat fleksibel. Pada orang dewasa memiliki panjang 12 cm dan berdiameter sekitar 1,4–1,6. Trakea terletak memanjang dari laring ke bawah setinggi vertebra torakalis 7. Lalu bercabang menjadi bronkus primer kanan dan kiri setinggi vertebra torakalis kelima.

#### 5. Bronkus

Trakea terbagi menjadi saluran udara yang lebih kecil yaitu bronkus primer, bronkus sekunder, bronkus tersier, dan bronkiolus. Bronkus primer terbagi menjadi dua yaitu bronkus utama kanan dan kiri. Bronkus utama kanan lebih pendek dan lebih luas dibandingkan bronkus utama kiri. Kondisi ini mengakibatkan bronkus utama kanan lebih mudah dimasuki oleh benda asing. Bronkus primer umumnya memiliki struktur yang mirip dengan trakea, tetapi diameternya lebih kecil.

Bronki utama bercabang menjadi bronki segmental dan subsegmental atau bronkus sekunder dan tersier menuju masing-masing lobus paru. Struktur tulang rawan menjadi kurang jelas dalam bronkus yang lebih kecil ini. Bronkus tersier bercabang menjadi banyak saluran udara yang lebih kecil yang disebut bronkiolus dengan diameternya kurang dari 1 mm.

Bronkiolus memiliki dinding berupa otot polos dan tidak mengandung tulang rawan. Bronkiolus berakhir di duktus alveolaris yang bermuara menjadi kelompok kecil kantung berbentuk cangkir atau globular yang disebut alveoli

### 6. Paru - Paru dan Alveoli

Di dalam rongga thoraks terdapat dua pasang paru yang dipisahkan oleh ruang mediastinum. Organ-organ lain seperti jantung, aorta, vena cava, pembuluh darah pulmonal, esofagus, bagian dari trakea, dan bronki serta kelenjar timus terdapat di mediastinum. Di atas rusuk pertama terdapat bagian apeks paru dan pada diafragma terletak bagian basal paru (Adolph, 2023).

#### 2.1.2 Fisiologis

Fungsi utama sistem pernapasan adalah memasok oksigen ke tubuh dan membuang karbon dioksida. Untuk melakukannya, setidaknya empat peristiwa berbeda, yang secara kolektif disebut respirasi, harus terjadi:

1. Ventilasi paru. Udara harus bergerak masuk dan keluar paru-paru sehingga gas-gas di alveoli paru-paru terus-menerus disegarkan. Proses ventilasi paru-paru ini umumnya disebut pernapasan.
2. Respirasi eksternal. Pertukaran gas (pemuatan oksigen dan pelepasan karbon dioksida) antara darah paru-paru dan alveoli harus terjadi. Ingatlah bahwa dalam respirasi eksternal, pertukaran gas dilakukan antara darah dan bagian luar tubuh.

3. Pengangkutan gas pernapasan. Oksigen dan karbon dioksida harus diangkut ke dan dari paru-paru dan sel-sel jaringan tubuh melalui aliran darah.
4. Respirasi internal. Pada kapiler sistemik, pertukaran gas terjadi antara darah dan sel-sel di dalam tubuh.

Meskipun hanya dua proses pertama yang menjadi tanggung jawab khusus sistem pernapasan, keempat proses tersebut diperlukan agar pertukaran gas dapat terjadi. Perhatikan bahwa respirasi seluler, penggunaan oksigen untuk menghasilkan ATP dan karbon dioksida, merupakan landasan semua reaksi kimia penghasil energi dan terjadi di semua sel ( Marieb & Keller et al., 2024).

### 1. Mekanisme pernapasan

#### a. Inspirasi

Ketika otot-otot inspirasi, diafragma dan interkostal eksternal, berkontraksi, ukuran rongga toraks meningkat. Ketika diafragma berbentuk kubah berkontraksi ke arah inferior, dimensi superior-inferior (ketinggian) rongga toraks meningkat. Kontraksi interkostal eksternal mengangkat tulang rusuk dan mendorong sternum ke depan, yang meningkatkan dimensi anteroposterior dan lateral toraks. Paru-paru melekat erat pada dinding toraks (karena tegangan permukaan cairan di antara membran pleura), sehingga paru-paru meregang ke ukuran toraks yang baru dan lebih besar. Ketika volume intrapulmonal (volume di dalam paru-paru) meningkat, gas di dalam paru-paru menyebar untuk mengisi ruang yang lebih besar. Akibatnya, gas berkurang daripada tekanan

atmosfer. Hal ini menyebabkan gas mengalir keluar secara pasif untuk menyamakan tekanan dengan tekanan di luar.

Namun, jika saluran pernapasan menyempit akibat kejang bronkiolus (seperti pada asma) atau tersumbat lendir atau cairan (seperti pada bronkitis kronis atau pneumonia), ekspirasi menjadi proses aktif. Dalam kasus ekspirasi paksa seperti itu, otot-otot interkostal internal diaktifkan untuk membantu menekan tulang rusuk, dan otot-otot perut berkontraksi dan membantu memaksa udara dari paru-paru dengan menekan organ-organ perut ke atas melawan diafragma.

Biasanya tekanan di dalam rongga pleura, tekanan intrapleura, selalu negatif. Ini adalah faktor utama yang mencegah kolaps paru-paru. Jika karena alasan apa pun tekanan intrapleura menjadi sama dengan tekanan atmosfer, paru-paru segera mundur dan kolaps ( Marieb & Keller et al., 2024).

### b. Ekspirasi

Ekspirasi (pengembusan napas) pada orang sehat sebagian besar merupakan proses pasif yang lebih bergantung pada elastisitas alami paru-paru daripada kontraksi otot. Saat otot-otot inspirasi berelaksasi dan kembali ke panjang istirahat awalnya, tulang rusuk turun, diafragma berelaksasi ke atas, dan paru-paru mengecil. Dengan demikian, volume toraks dan intrapulmonal menurun. Saat volume intrapulmonal menurun, gas-gas di dalam paru-paru dipaksa lebih rapat, dan tekanan intrapulmonal naik ke titik yang lebih tinggi daripada tekanan atmosfer. Hal ini

menyebabkan gas-gas mengalir keluar secara pasif untuk menyamakan tekanan dengan tekanan di luar.

Namun, jika saluran pernapasan menyempit karena kejang bronkiolus (seperti pada asma) atau tersumbat oleh lendir atau cairan (seperti pada bronkitis kronis atau pneumonia), ekspirasi menjadi proses aktif. Dalam kasus ekspirasi paksa seperti itu, otot-otot interkostal internal diaktifkan untuk membantu menekan tulang rusuk, dan otot-otot perut berkontraksi dan membantu memaksa udara dari paru-paru dengan menekan organ-organ perut ke atas melawan diafragma.

Biasanya tekanan di dalam rongga pleura, tekanan intrapleura, selalu negatif. Ini adalah faktor utama yang mencegah kolaps paru-paru. Jika karena alasan apa pun tekanan intrapleura menjadi sama dengan tekanan atmosfer, paru-paru segera mengecil dan kolaps ( Marieb & Keller et al., 2024).

### 2.1.3 pengertian bronkopneumonia

Bronkopneumonia adalah penyakit radang paru-paru yang mengenai satu atau beberapa lobus paru dan termasuk dalam jenis pneumonia lobaris. Bronkopneumonia adalah suatu inflamasi pada paru-paru yang meluas sampai ke bronkiolus atau peradangan yang terjadi pada jaringan paru melalui saluran pernapasan atau melalui hematogen sampai ke bronkus yang ditandai dengan adanya bercak-bercak infiltrate yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur dan benda asing yang masuk kedalam saluran pernapasan. Salah satu tanda dari reaksi infeksi ini adalah meningkatnya produksi sputum, panas yang tinggi, gelisah,



dipsnea, napas cepat serta dangkal, muntah dan diare. Penyakit bronkopneumonia ini termasuk dalam jenis pneumonia.

### 2.1.4 Etiologi Bronkopneumonia

Secara umum penyebab bronkopneumonia akibat penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme pathogen Mikroorganisme (virus, bakteri, jamur), dan terdapat beberapa penyebab lain seperti, inhalasi (racun, atau bahan kimia, rokok, debu, dan gas), dan masuknya makanan, minuman, atau isi lambung kedalam saluran pernafasan (aspirasi) (Nurrarif, A. H., & Kusuma, 2019).

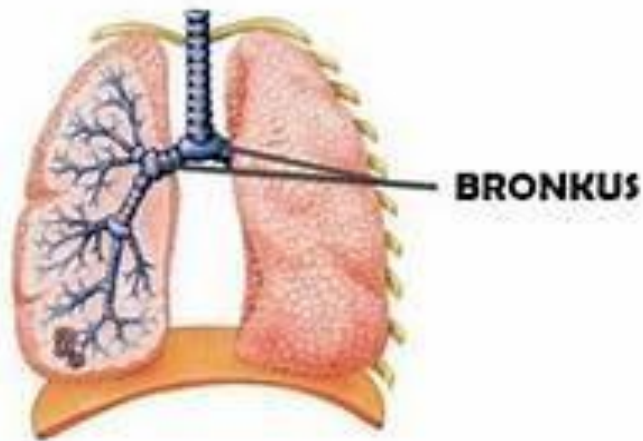
Mikroorganisme Bronkopneumonia menurut (Nurrarif, A. H., & Kusuma, 2019):

1. Bakteri (Streptococcus, Staphylococcus, Hemophilus Influenza, Klebsiella)
2. Virus (Legionella pneumoniae)
3. Jamur (Aspergillus Spesies, Candida Albicans)
4. Aspirasi (Sekresi orofaringeal atau isi lambung ke dalam paru-paru)

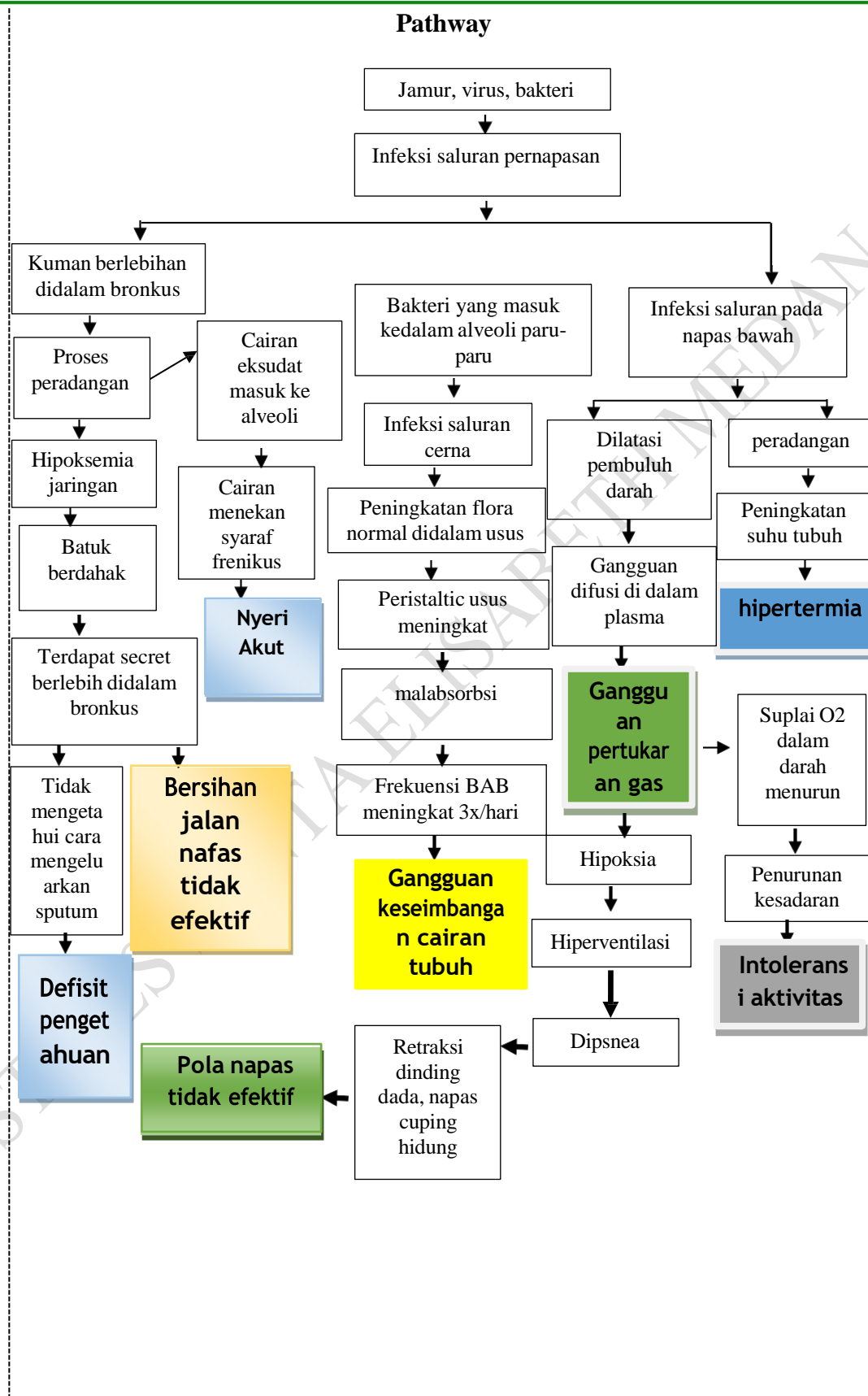
### 2.1.5 Patofisiologi Bronkopneumonia

Menurut, Brunner & Sudarth, (2018) reaksi inflamasi dapat terjadi di alveoli, menghasilkan eksudat yang mengganggu difusi oksigen dan karbon dioksida; bronkospasme juga dapat terjadi jika pasien memiliki penyakit saluran napas reaktif. Bronkopneumonia, bentuk yang paling umum, tersebar secara tidak merata yang membentang dari bronkus ke parenkim paru-paru di sekitarnya. Pneumonia lobar adalah istilah yang digunakan jika Sebagian besar dari satu atau lebih lobus terlibat. Pneumonia disebabkan oleh berbagai agen mikroba dalam

berbagai pengaturan. Organisme umum termasuk *pseudomonas aeruginosa* dan spesies *klebsiella*; *staphylococcus aureus*; *haemophilus influenzae*; *staphylococcus pneumoniae*; dan bakteri gram-negatif enteric, jamur, dan virus.



**Gambar 2.1 Bronkus**





### 2.1.6 Manifestasi Klinis Bronkopneumonia

Menurut, (Mardanela,2019) bahwa tanda dan gejala yang timbulkan dari bronkopneumonia berdasarkan penyebabnya adalah:

1. Demam tinggi
2. Kesulitan bernapas mis. Sesak nafas, pernapasan sesak
3. Detak jantung cepat
4. Mengi
5. Nyeri dada yang mungkin bertambah parah dengan batuk atau bernapas dalam
6. Batuk berlendir kuning atau hijau
7. Menggigil
8. Sakit kepala
9. Energi rendah dan kelelahan
10. Kehilangan selera makan
11. Mual dan muntah
12. Mudah Lelah
13. Dehidrasi

### 2.1.7 Komplikasi Bronkopneumonia

Adapun komplikasi yang kemungkinan terjadi pada bronkopneumonia menurut (Andra, 2013) adalah sebagai berikut:

1. Empiema

Empiema adalah istilah medis yang menggambarkan kumpulan nanah di

dalam rongga sekitar paru. Kondisi ini dapat terbentuk jika infeksi bakteri tidak diobati, atau jika tubuh gagal merespons pengobatan dan sembuh secara sepenuhnya

### 2. Otitis media akut

Otitis media akut (OMA) bila tidak diberi penanganan, dapat mengakibatkan hampa udara pada area telinga tengah sehingga menarik gendang telinga ke arah dalam. Hal ini disebabkan oleh jumlah sputum berlebih yang masuk ke tuba eustachius dan dapat menimbulkan efusi.

### 3. Ateletaksi

Atelektasis adalah pengembangan paru yang tidak sempurna yang disebabkan oleh penekanan akibat bronkopneumonia.

### 4. Emfisema

Adanya kerusakan pada kantong paru yang dapat menyebabkan timbulnya rasa sesak atau sulit bernapas.

### 5. Meningitis

Terjadinya inflamasi pada lapisan pelindung otak yang disebabkan oleh virus atau bakteri.

#### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Bronkopneumonia**

Pemeriksaan penunjang pada bronkopneumonia menurut (Andra, 2013) yaitu sebagai berikut:

1. Foto thorak : bercak-bercak infiltrat pada satu atau beberapa lobus
2. Laboratorium:
  - Pada gambar darah tepi: leukosit : 15.000-40.000/mm<sup>3</sup>

- Urine: warna lebih tua
- Albuminemia (karena suhu naik dan sedikit toraks hialin)
- Analisa gas darah arteri asidosis metabolik dengan atau tanpa retensi CO<sub>2</sub>

### 2.1.9 Penatalaksanaan Bronkopneumonia

Penatalaksanaan pada penderita bronkopneumonia adalah sebagai berikut:

- Penisilin 50.000 u/kgBB/hari+kloromfenikol 50-70 mg/kg/BB atau ampicilin (AB spektrum luas), terus sampai dengan bebas demam 4-5 hari
- Pemberian oksigen
- Pemberian cairan intravena: glukosa% dan NaCl 0,9 % 3 KCL 10 meq/500/ml/botol infuse jadi karena sebagian besar jatuh dalam asidosis metabolik akibat kurang makan dan hipoksia.

## 2.2 Konsep Dasar Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian/anamnesa terbagi menjadi 2 jenis (*family nursing*) oleh Niswara Salamung (2021) yaitu :

1. Allo Anamnase, yaitu suatu kegiatan wawancara yang dilakukan bersama keluarga pasien maupun teman pasien untuk mendapatkan informasi penting tentang kondisi pasien. Dilakukan ketika pasien sulit memberikan informasi.



2. Auto Anamnase yaitu suatu kegiatan di mana pasien diwawancarai secara langsung. Hal ini sangat mungkin apabila pasien dianggap mampu untuk menjawab pertanyaan. Biasanya mengalami kesulitan berkomunikasi pada pasien yang mengalami depresi dan menarik diri, ini juga berlaku pada pasien anak – anak. Pengkajian adalah tahap keperawatan yang paling awal, mendasar, dan utama.
  - a. Identitas Pasien meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, alamat rumah, agama atau kepercayaan, latar belakang etnis, bahasa lisan, status pendidikan dan pekerjaan.
  - b. Keluhan Utama Pasien dengan bronkopneumonia biasanya mengeluh sesak napas, sesak dada, terutama dengan batuk dan mengi, dan batuk non produktif.
  - c. Riwayat penyakit saat ini Penderita bronkopneumonia biasanya diawali dengan gejala seperti batuk, sesak napas, nyeri bronkus, dada terasa berat, penurunan berat badan, dll.
  - d. Riwayat Penyakit Dahulu Perlu ditanyakan apakah pasien pernah menderita penyakit seperti TBC paru, pneumonia, gagal jantung, trauma, asites, dll. Hal ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan faktor predisposisi.
  - e. Riwayat Penyakit Keluarga, tanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang diduga menyebabkan



bronkopneumonia, seperti kalsium paru, asma, tuberkulosis paru, dll.

- f. Riwayat Psikososial Meliputi pengetahuan pasien tentang penyakitnya, cara penanggulangannya, dan perilaku pasien sehubungan dengan tindakan yang dilakukan.

### 3. Pengkajian Pola Fungsi

- a. Pola persepsi & tata laksana gaya hidup sehat.
- b. Adanya prosedur medis dan perawatan di rumah sakit mempengaruhi perubahan persepsi terkait kesehatan, namun terkadang juga menimbulkan miskonsepsi tentang pelayanan kesehatan.
- c. Kemungkinan riwayat merokok, alkohol dan obat-obatan dapat menjadi faktor penyebab munculnya penyakit.
- d. Pola Nutrisi & Metabolisme.
- e. Saat menilai pola nutrisi dan metabolisme, kita harus mengukur tinggi dan berat badan untuk menentukan status gizi pasien.
- f. Perlu ditanyakan tentang kebiasaan makan dan minum sebelum dan selama MRS, penderita bronkopneumonia mengalami penurunan nafsu makan akibat sesak napas dan tekanan pada struktur perut. Peningkatan Metabolisme akibat proses penyakit.





Pasien dengan diagnosis bronkopneumonia biasanya keadaan umumnya lemah.

g. Pola eliminasi Pada pola eliminasi perlu ditanyakan mengenai defekasi sebelum dan sesudah MRS. Karena kondisi umum pasien yang lemah, pasien lebih banyak istirahat di tempat tidur, sehingga menyebabkan konstipasi.

h. Pola aktifitas dan latihan

1) Akibat dispnea, kebutuhan O<sub>2</sub> dari jaringan tetap tidak terpenuhi.

2) Pasien cepat lelah, dengan aktivitas minimal.

3) Selain itu, pasien mengurangi aktivitasnya karena nyeri dada.

4) Sebagian kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarganya untuk memenuhi kebutuhan ADL.

i. Pola Tidur dan Istirahat

1) Nyeri dada, sesak nafas dan peningkatan suhu tubuh mempengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur dan istirahat.

2) Selain itu, perubahan kondisi lingkungan dari lingkungan rumah yang tenang menjadi lingkungan rumah sakit yang banyak orang gaduh, berisik, dll.

j. Pemeriksaan Fisik Klien



- 1) Status Kesehatan Umum Perlunya pengkajian untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien, penampilan umum pasien, ekspresi wajah pasien pada saat anamnesa, sikap pasien terhadap petugas, suasana hati pasien, tingkat kecemasan dan ketegangan.
- 2) Sistem Respirasi Pemeriksaan pasien dengan bronkopneumonia, hemitoraks memunculkan, tulang rusuk rata, ruang iga melebar, gerakan pernapasan menurun. Dilihat dari posisi trakea dan ictus cordis, mediastinum meluas ke arah hemithorax kontra lateral. Pernapasan cenderung meningkat dan pasien biasanya sesak napas.
- 3) Sistem Kardiovaskular
  - a) Pada pemeriksaan Inspeksi harus diperhatikan letak ictus cordis yang biasanya terletak di sebelah kiri ICS-5 selebar 1 cm pada 23 garis midclavícula.
  - b) Palpasi, untuk menghitung denyut jantung, harus memperhatikan kedalaman dan keteraturan detak jantung, dan periksa apakah ada thrill, yaitu getaran ictus cordis, harus diperiksa.
  - c) Perkusi untuk menentukan batas jantung, dimana jantung terdengar tumpul. Ini dilakukan untuk

menentukan apakah itu jantung yang membesar atau ventrikel kiri yang membesar.

d) Auskultasi untuk mengidentifikasi bunyi jantung I dan II tunggal dan apakah terdapat bunyi murmur yang menandakan peningkatan aliran arus turbulensi darah.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual ataupun potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Menurut (Mardanela, 2019) berdasarkan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2018), adalah sebagai berikut:

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (kelemahan otot nafas) (D.0005)
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi (D.0003)
3. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0077)
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)
5. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
6. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (D.0019)



7. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

(D.0111)

Menurut (Pertiwi et al., 2023) daftar diagnosa keperawatan pada pasien Bronkopneumonia adalah sebagai berikut :

1. Hipertermia
2. Gangguan pertukaran gas
3. Ketidakefektifan pola napas
4. Defisit nutrisi
5. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
6. Nyeri akut
7. Intoleransi aktivitas

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan asuhan yang dilakukan perawat untuk meningkatkan, mencegah, atau memulihkan kesehatan klien. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat. Intervensi yang dapat dilaksanakan oleh perawat berdasarkan standard intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas.  
(D.0005)
  - a. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik.
  - b. Kriteria hasil



- 1) Dyspnea menurun
  - 2) Penggunaan otot bantu nafas menurun
  - 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun
  - 4) Otopnea menurun
  - 5) Pernapasan pursed-lip menurun
  - 6) Frekuensi nafas membaik
- c. Intervensi
- 1) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)
  - 2) Monitor bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing , ronchi kering)
  - 3) Pertahankan kepatenan jalan nafas head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma servikal)
  - 4) Posisikan semi-fowler atau fowler
  - 5) Berikan oksigen jika perlu
  - 6) Ajarkan teknik batuk efektif
  - 7) Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
2. Nyeri akut berhubungan denganagen pencedera fisiologis ( inflamasi, iskemia, neoplasma)
- a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri menurun
  - b. Kriteria Hasil



- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Melaporkan nyeri terkontrol meningkat
- 3) Meringis menurun
- 4) Penggunaan analgetik menurun
- 5) Tekanan darah membaik

c. Intervensi

- 1) Identifikasi skala nyeri
- 2) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- 3) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- 4) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
- 5) Anjurkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

3. Intolerasni Aktivitas (D.0056)

- a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawaan diharapkan akitifitas pasien meingkat.
- b. Kriteria Hasil



- 1) Kemudahan melakukan aktifitas
- 2) Dyspnea saat beraktifitas menurun
- 3) Dspnea setelah beraktifitas menurun
- 4) Perasaan lemah menurun
- 5) Tekanan darah membaik
- 6) Frekuensi nadi membaik

c. Intervensi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.
- 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas.
- 3) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan).
- 4) Edukasi.
- 5) Anjurkan tirah baring-%/
- 6) Melakukan aktivitas secara bertahap

### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan merupakan perilaku atau tindakan tertentu yang dilakukan oleh seorang perawat untuk melaksanakan

perencanaan keperawatan. Tindakan perencanaan keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (SIKI PPNI, 2018). Implementasi meliputi pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang didapat selama tahap perencanaan. implementasi perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan dan supervisi oleh perawat lain untuk melakukan perencanaan berdasar intervensi keperawatan yang berguna untuk membantu klien mencapai tujuan atau hasil yang diinginkan (Siregar, et al., 2021).

### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu penilaian hasil dan proses. Evaluasi hasil juga akan menentukan keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Evaluasi proses ini menentukan apakah ada kesalahan dalam keperawatan (Ali: Kurniati, 2019). Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk mengevaluasi dampak dari tindakan keperawatan pada pasien. Setelah setiap intervensi, evaluasi proses atau promosi dilakukan. Evaluasi dilakukan menggunakan SOAP (Suprajitno: Kurniati, 2019).

S = Merupakan ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah penerapan asuhan keperawatan.

O = Adalah kondisi objektif yang dapat dikenali oleh perawat melalui observasi objektif.

A = Merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P = Adalah rencana selanjutnya setelah analisis perawat





### 2.2.6 Discharge Planning

*Discharge Planning* merupakan serangkaian keputusan dan aktivitas yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang berlanjut dan terkoordinasi ketika pasien akan pulang dari pelayanan kesehatan.

Discharge Planning pada pasien bronkopneumonia antara lain sebagai berikut:

1. Ajarkan kepada klien untuk meningkatkan daya tahan tubuh, cukup istirahat, dan makan makanan yang bergizi.
2. Minum obat secara teratur sesuai dengan resep yang diberikan.
3. Menghindari atau berhenti mengonsumsi alkohol.
4. Motivasi klien untuk tidak merokok atau berada di dekat orang yang sedang merokok.



**BAB III**

**PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN**

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Risda Siregar NIM: 052024084

Unit : Rawat inap

Tgl. Pengkajian : 06 - 08 – 2024

Ruang/Kamar : Lidwina/38-3

Waktu Pengkajian: 08.00 WIB

Tgl. Masuk RS : 05 – 08- 2024

Auto Anamnese : ☒

Allo Anamnese : ☒

**1. IDENTIFIKASI**

**a. KLIEN**

Nama Initial : Ny. T

Tempat/Tgl Lahir (umur) : S. Dolok, 28 Agustus 1955 (69 tahun)

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☒ Perempuan

Status Perkawinan : Kawin

Jumlah Anak : 7

Agama/Suku : Kristen Protestan / Batak Toba

Warga Negara : ☒ Indonesia ☐ Asing

Bahasa yang Digunakan : ☒ Indonesia

☒ Daerah : Simalungun

☐ Asing

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat Rumah : Jl. M Suhada psr VI no 13A

**b. PENANGGUNG JAWAB**

Nama : Ny. E

Alamat : Jl. M Suhada psr VI no 13A



Hubungan dengan klien : Anak Kandung

### 2. DATA MEDIK

- a. Dikirim oleh ☒ UGD (namanya)  
☐ Dokter praktek

b. Diagnosa Medik :

- b.1. Saat Masuk : Bronkopneumonia  
b.2. Saat Pengkajian : Bronkopneumonia

### 3. KEADAAN UMUM

- a. **KEADAAN SAKIT** : Klien tampak sakit ringan\* / **sedang\*** / berat\*  
(\*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan : Tak bereaksi\* / **baring lemah** / duduk / aktif / **gelisah** /  
**posisi tubuh berbaring** / **pucat** / Cyanosis / **sesak**

**napas**/ penggunaan alat medik yang digunakan adalah oksigen NRM 10Lx/mnt dan infus cairan RL 20 tts/mnt, terpasang syringe pump: Norephineprine 5cc/jam, terpasang kateter urine no. 16 dan selang Nasogastric Tube no. 18.

Lain-lain : -  
(\*pilih sesuai kondisi pasien)

### b. RIWAYAT KESEHATAN

- 1). Keluhan Utama :

Ny. T mengatakan badan lemas, dan tidak selera makan, nyeri P: Bernapas, Q: Ditusuk-tusuk, R: Dada kanan bawah, S: 6, T: Terus-menerus.

- 2). Riwayat kesehatan sekarang

Ny. T mengatakan merasa sesak napas, badan lemas, tidak selera makan, nyeri dada sebelah kanan P: Bernapas, Q: Ditusuk-tusuk, R: Dada kanan bawah, S: 6, T: Terus-menerus, batuk, klien merasa gelisah dan sulit untuk tidur, dan menggunakan otot bantu nafas karena Brokhopenumonia.

- 3). Riwayat kesehatan masa lalu :



Keluarga klien mengatakan sudah beberapa kali masuk RS, klien mengalami DM sejak 2018 dan sudah menggunakan insulin ryzodez secara mandiri.

#### 4. TANDA-TANDA VITAL

##### a. Kesadaran :

- 1). **Kualitatif :** ☐ Composmentis ☐ Somnolens  
☐ Apatis ☐ Delirium

##### 2). **Kuantitatif :**

Skala Coma Glasgow :

> Respon Motorik 6

> Respon Bicara 5

> Respon Membuka Mata: 4

> Jumlah 15

##### 3). **Kesimpulan : Composmentis**

Flapping Tremor / Asterixis : ☐ Positif ☒ Negatif

c. Tekanan darah : 130/70 mm Hg

MAP : 90 mm Hg

Kesimpulan : Normal

d. Suhu : 36°C ☐ Oral ☒ Axillar ☐ Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 29 X/menit

1). Irama : ☐ Teratur ☒ Kusmaul ☐ Cheynes-Stokes

2). Jenis : ☒ Dada ☐ Perut

#### 5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : 150 cm

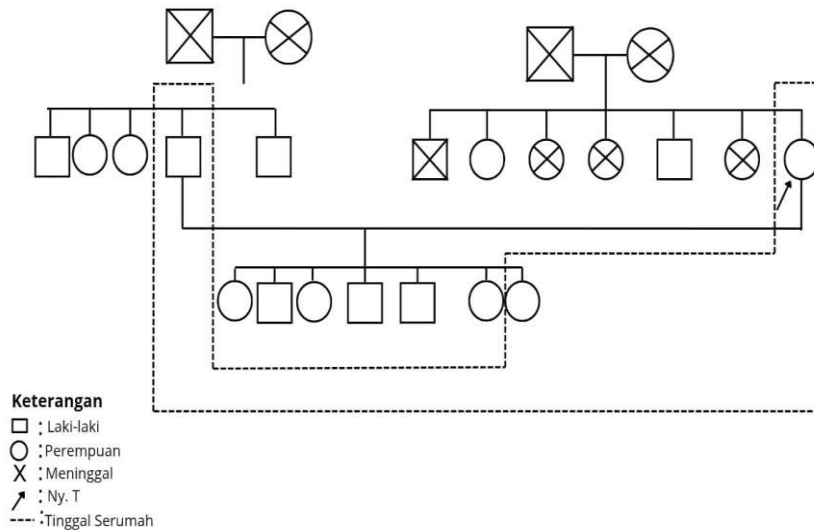
Berat Badan : 45 kg

IMT 22

Kesimpulan : Normal

Catatan : Indeks massa tubuh dalam rentang normal

## 6. GENOGRAM



## 7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

### 1. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN

#### 1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :

(Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

	Kapan	Catatan
Diabetes Mellitus Tipe 2	2018	Pasien sudah menggunakan isulin ryzodex setiap harinya, namun pola makan masih belum terkontrol sesuai diet DM.

	Kapan	Catatan

#### 2). Data Subyektif

Keluarga Ny. T mengatakan ia memiliki riwayat dirawat di rumah sakit karena memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus tipe 2 sejak tahun 2018.

- Kebersihan rambut : Bersih
- Kulit kepala : Bersih
- Kebersihan kulit : Bersih dan tidak kering
- Kebersihan rongga mulut : Bersih



- Kebersihan genitalia : Bersih

3

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



### I. NUTRISI DAN METABOLIK

#### 1). Data Subyektif

##### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga klien mengatakan makan 3x sehari dengan menghabiskan porsi makanannya, dan kadang suka mengemil dan sambil minum kopi dan teh manis, dan 3 hari sebelum masuk RS klien hanya makan 3 sendok, dan terakhir hanya minum susu.

##### b. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan ia tidak memiliki alergi makanan atau minuman dan Ny. T tidak selera makan, sehingga dipasang Ngt untuk memenuhi nutrisi, pemberian Ngt sebanyak 4x dalam sehari, bubur 150 cc dan minum 50 cc, pada saat malam hari pkl: 24:00 diberi susu sebanyak 150 cc dan minum 50 cc, pkl: 04:00 diberi susu 150 cc, minum 50 cc dan obat yang diberi Ambroxol 5 ml, Ny. T dianjurkan dokter ekstra putih telur 6 butir setiap harinya diet DM 1700 kalori yang bertujuan untuk memperbaiki sel-sel tubuh yang rusak akibat luka decubitus pada pasien.

#### 2). Data Obyektif

##### a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : Bersih dan rambut beruban.
- Hidrasi kulit : Terhidrasi.
- Palpebrae : Tidak edema.
- Conjungtiva : Anemis.
- Sclera : Tidak ikterik.
- Rongga mulut : Bersih.
- Gusi : Tidak ada peradangan.

##### - Gigi Geligi :

☐ Utuh

☒ Tidak utuh 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang tanggal) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

##### - Gigi palsu :

☒ Tidak ada

☐ Ada gigi palsu 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas



## STIKes Santa Elisabeth Medan

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Kemampuan mengunyah keras : tidak mampu mengunyah keras
- Lidah : Kotor (putih)
- Tonsil : ☐ Ada pembesaran  
☒ Tidak ada pembesaran
- Pharing : Tidak ada pembesaran
- Kelenjar parotis : ☐ Ada pembesaran  
☒ Tidak ada pembesaran
- Kelenjar tyroid : ☐ Ada pembesaran  
☒ Tidak ada pembesaran
- Abdomen
  - = Inspeksi : Bentuk simetris
  - = Auskultasi : Peristaltik 12 X / menit
  - = Palpasi : Tanda nyeri umum tidak ada  
Massa tidak ada  
Hidrasi kulit terhidrasi
    - \* Nyeri tekan: ☐ R. Epigastrica  
☐ Titik Mc. Burney  
☐ R. Suprapubica  
☐ R. Illiaca
    - = Perkusi Tympani
      - \* Ascites ☒ Negatif  
☐ Positif, Lingkar perut 130 Cm
- Kelenjar limfe inguinal ☐ Teraba ada pembesaran  
☒ Tidak teraba pembesaran
- Kulit :
  - = Uremic frost ☒ Negatif ☐ Positif





= Edema ☒ Negatif ☐ Positif  
= Icteric ☐ Negatif ☐ Positif

= Tanda-tanda radang tidak ditemukan.  
= Lain-lain ( yang ditemukan selain yang tertulis di atas)

Hasil foto thorax pada tanggal 05 agustus 2024 ditemukan Bronkopneumonia kanan bawah

Hasil cek gula darah sewaktu pada tanggal 05 agustus 2024 didapatkan gula darah 332 mg/dL. Hasil cek HbA1C pada tanggal 05 agustus 2024 didapatkan 8.2%.

Hasil AGDA yang didapatkan pada tanggal 05 agustus 2024 yaitu PCO2 (32.9 mmHg **L**) nilai rujukan 35.0-45.0 mmHg, PO2 (61.9 mmHg **L**) nilai rujukan 85.0-100.0 mmHg, SO2 (92.3% **L**) nilai rujukan 96.0-100.0%.  
kesimpulan: Hipoksemia (kekurangan oksigen dalam darah) sehingga membutuhkan terapi oksigen NRM 10L/i.

## II. POLA ELIMINASI

### 1). Data Subyektif

#### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga klien mengatakan BAB 1kali sehari, BAK 4-5 kali sehari serta tidak ada gangguan saat BAB dan BAK dan mampu melakukannya secara mandiri tanpa bantuan orang lain

#### b. Keadaan sejak sakit

Keluarga klien mengatakan BAB 1 kali sehari menggunakan pampers, BAK menggunakan kateter serta memerlukan bantuan dalam membersihkan BAB maupun BAK.

### 2). Data Obyektif

#### a. Observasi

Pasien tampak menggunakan kateter dan pampers. Volume urine 1.400cc berwarna kuning.

#### b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika : ☐ Kandung kemih penuh  
☒ Kosong  
- Nyeri ketuk ginjal :  
= Kiri : ☒ Negatif ☐ Positif



= Kanan : ☒ Negatif ☐ Positif

- Mulut Urethra : Normal dan Bersih

- Anus :

= Peradangan : ☒ Negatif ☐ Positif

= Hemoroid : ☒ Negatif ☐ Positif

= Penemuan lain :

### III. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

#### 1). Data Subyektif

##### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga klien mengatakan Ny. T seorang IRT dan petani, sebelum terkena diabetes klien masih rajin pergi keladang dan masih bisa melakukan kegiatan secara mandiri

##### b. Keadaan sejak sakit

Keluarga klien mengatakan Ny. T tidak dapat beraktivitas karena adanya Riwayat DM Tipe 2, Ny. T hanya bisa berbaring lemas, tidak bisa kemana-mana lagi, semua kegiatan dibantu oleh keluarga/orang lain seperti makan, mandi, pakai baju dan lain-lain, dikarenakan terdapat luka dekubitus di daerah bokong sehingga mengakibatkan Ny. T tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri.

#### 2). Data Obyektif

##### a). Observasi

##### b). Aktivitas Harian

- Makan

3

- Mandi

2

- Berpakaian

2

- Kerapian

2

- Buang air besar

2

- Buang air kecil

1

0 : mandiri  
1 : bantuan dengan alat  
2 : bantuan orang  
3 : bantuan orang dan alat  
4 : bantuan penuh



- Mobilisasi ditempat tidur 

2
4
- Ambulansi
- Postur tubuh / gaya jalan: Tidak dapat dikaji karena pasien terbaring lemah dan sesak nafas.
- Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

### c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : Normal < 3 detik
- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : tthorax simetris

\* Stridor 

√
---

 Negatif 

-
---

 Positif

\* Dyspnea d'effort 

-
---

 Negatif 

√
---

 Positif

\* Sianosis 

√
---

 Negatif 

-
---

 Positif

= Palpasi : Penurunan Vokal Fremitus dekstra

= Perkusi : 

-
---

 Sonor 

√
---

 Redup(kanan) 

-
---

 Pekak

Batas paru hepar : ICS 6 Dextra

Kesimpulan : Tidak ada pembesaran hepar

= Auskultasi :

Suara Napas : Ronchi

Suara Ucapan :Getaran kiri redup

Suara Tambahan : Ronchi

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : Tidak ada kelainan

= Palpasi : Ictus Cordis : ICS 5 linea medio

Thrill: 

√
---

 Negatif 

-
---

 Postitif

= Perkusi (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)

Batas atas jantung : ICS-2 Sternalis Dextra

Batas kanan jantung : Mid sternum dextra

Batas kiri jantung : ICS-5 Media Clavicularis Dextra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : ICS-2 Sternalis Dextra

Bunyi Jantung II P : ICS-3 Sternalis Sinistra

Bunyi Jantung I T : ICS-4 Sternalis Sinistra



## STIKes Santa Elisabeth Medan

Bunyi Jantung I M : ICS-5 Medio Calvicularis Sinistra

Bunyi Jantung III Irama Gallop : ☒ Negatif ☐ Positif

Murmur : ☒ Negatif

☐ Positif : Tempat : .....

Grade :

.....

HR : 116 x/menit

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : ☒ Negatif ☐ Positif, lokasi di .....

= Rentang gerak : Normal

\* Mati sendi : ☐ Ditemukan

☒ Tidak ditemukan

\* Kaku sendi ☐ Ditemukan

☒ Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot : Kiri

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kanan

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

= Reflex Fisiologik : Normal

= Reflex Patologik : Babinski,

\* Kiri ☒ Negatif ☐ Positif

\* Kanan ☒ Negatif ☐ Positif

= Clubing Jari-jari ☒ Negatif ☐ Positif

= Varices Tungkai ☒ Negatif ☐ Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi ☒ Tidak ditemukan kelainan bentuk

☐ Ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi :

\* Nyeri tekan : ☒ Negatif ☐ Positif

\* N. VIII Romberg Test :

☐ Negatif

☐ Positif

☒ Tidak diperiksa, alasannya : Ny. T  
terbaring lemah.

\* Kaku kuduk : Tidak ada

## IV. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

### 1). Data Subyektif

#### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga klien mengatakan Ny. T tidak dapat beraktivitas karena adanya Riwayat DM Tipe 2, Ny. T hanya bisa berbaring lemas, tidak bisa kemana-mana lagi, semua kegiatan dibantu oleh keluarga/orang lain seperti makan, mandi, pakai baju dan lain-lain.

#### b. Keadaan sejak sakit

Keluarga klien mengatakan pola tidurnya terganggu, dan sering terbangun di malam hari karena sesak nafas, gelisah, dan bisa tertidur dipagi hari tetapi tidak dapat tertidur dengan lelap

### 2). Data Obyektif

#### a). Observasi :

- Ekspresi wajah mengantuk : ☐ Negatif  
☒ Positif
- Palpebrae Inferior berwarna gelap : ☒ Negatif  
☐ Positif

## V. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL

### 1). Data Subyektif

#### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga Ny. T mengatakan ia mulai sering lupa karena usianya yang sudah tua, tidak memiliki masalah pendengaran, pembauan, perasa, pengecap tetapi penglihatan jauh mulai menurun dan tidak terasa nyeri pada bagian tubuh tertentu. keluarga mengatakan untuk menjaga kesehatan diperlukan ketekunan dalam menjaga pola hidup sehat dan sakit merupakan hal yang wajar dialami setiap orang untuk itu diperlukan pengobatan yang sesuai agar cepat sembuh serta tidak lupa meminta penyembuhan kepada Tuhan.

#### b. Keadaan sejak sakit

Keluarga Ny. T mengatakan ia merasa tubuhnya lelah dan lemas karena sakitnya tidak kunjung sembuh dan merasa nyeri pada dada saat bernafas, nyeri secara terus menerus seperti ditusuk-tusuk. Keluarga Ny. T juga mengatakan bahwa selama sakit ini ia banyak berserah kepada Tuhan dan terus berusaha untuk mencari pengobatan yang terbaik yang sesuai dengan keluhan sakitnya.

### Data Obyektif

#### a). Observasi



Ny. T tampak baring lemah, wajah tampak meringis jika setiap memeringkan tubuhnya kesebelah kiri maupun kanan

**b). Pemeriksaan Fisik**

**- Penglihatan**

= Cornea : Bersih  
= Visus : Menurun  
= Pupil : Isokor  
= Lensa Mata : Jernih  
= Tekanan Intra Ocular (TIO): Teraba sama kenyal

**- Pendengaran**

= Pina : Ada dan Bersih  
= Canalis : Bersih  
= Membran Tympani : Utuh  
= Tes Pendengaran : Normal

-Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai : Tidak ada

**VI. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI**

( perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya )

**1). Data Subyektif**

**a. Keadaan sebelum sakit**

Keluarga klien mengatakan Ny. T merupakan seorang ibu yang akan melakukan apapun demi kebutuhan anaknya keluarga Ny. T mengatakan bagian tubuh yang paling ia sukai adalah rambut dan kulit karena kulitnya putih bersih, merasa bangga terhadap dirinya karena sudah mampu menjalani perannya menjadi ibu dan istri hingga saat ini.

**b. Keadaan sejak sakit**

Keluarga klien mengatakan Ny. T merasa sedih dan lemas karena harus dirawat di RS sehingga Ny. T tidak bisa berjumpa dengan cucu-cucu nya, terkadang merasa cemas karena sakitnya tidak kunjung sembuh dan ingin segera pulang ke rumah dan berkumpul bersama keluarganya di rumah.

**Data Obyektif**

**a). Observasi**

- Kontak mata saat bicara : Kooperatif  
- Rentang perhatian : ☒ Perhatian penuh / fokus



: ☐ Mudah teralihkan

: ☐ Tidak ada perhatian/tidak fokus

- Suara dan cara bicara : berbicara dengan nada pelan dan sedikit

**b). Pemeriksaan Fisik**

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

- Penggunaan protesa : ☒ Tidak ☐ Ada

- Bila ada pada organ : ☐ Hidung ☐ Payudara  
☐ Lengan ☐ Tungkai

### **VII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA**

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)

#### **1). Data Subyektif**

##### **a. Keadaan sebelum sakit**

Keluarga Ny. T mengatakan ia berperan sebagai ibu dan istri di rumah, ia juga sangat dekat dengan keluarganya dan sering berkumpul bersama seperti di hari libur maupun saat makan malam.

##### **b. Keadaan sejak sakit**

Keluarga Ny. T mengatakan setelah sakit ia tetap dekat dengan keluarga tetapi tidak bisa berkumpul karena ia dirawat di rumah sakit, keluarganya sering berkunjung secara bergantian untuk menjenguk maupun menjaga dirinya selama dirawat di rumah sakit.

#### **2). Data Obyektif Observasi**

Ny. T memiliki hubungan yang baik dengan anaknya, dan anak-anaknya sangat menyayangi Ny. T dengan tulus.

### **VIII. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS**

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

#### **1). Data Subyektif**

##### **a. Keadaan sebelum sakit**

Keluarga Ny. T mengatakan ia tidak memiliki masalah seksual dan telah menopause.



b. Keadaan sejak sakit

Keluarga Ny T mengatakan ia tidak memiliki masalah seksual dan telah menopause.

**2). Data Obyektif**

a. Observasi

Ny. T tampak tidak memiliki masalah seksual.

b. Pemeriksaan Fisik

Tidak tampak lesi pada area genitalia.

### ***IX. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES***

**1). Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga klien mengatakan Ny. T jika memiliki masalah tidak akan memberitahu kepada keluarganya agar tidak khawatir

b. Keluarga klien mengatakan Ny. T cemas akan penyakitnya yang semakin parah yang akan membuat keluarga khawatir

**2). Data Obyektif**

**a). Observasi**

Ny. T tampak disayangi oleh anak-anaknya

**b). Pemeriksaan Fisik**

- Kulit : = Keringat dingin : Ada  
= Basah : Tidak ada

### ***I. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN***

**1). Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga klien mengatakan Ny. T beragama protestan dan rajin beribadah setiap hari minggu.

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga klien mengatakan Ny. T selalu berdoa agar ia cepat sembuh dan bisa pulang dan mendengarkan lagu rohani.

**2). Data Obyektif**

**Observasi**

Ny. T tampak berdoa dan mendengarkan lagu rohani





## STIKes Santa Elisabeth Medan

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji:

(Risda Siregar)

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

## Daftar Terapi Ny.T

No	Jenis Obat	Dosis
1	Infus RL	20 tts/menit
2	Ranitidine	1 vial/12 jam
3	Ondansentron	1 vial/12 jam
4	Ceftriaxone	1 gr/12 jam
5	Ryzodex	2 x 1/24 jam
7	Inhavent	2 x 1 fls
8	Norephedrine	5 cc/ jam
10	Xarelto 10 mg	1 x 1 tab
11	citicoline	1 x 1 tab
12	Ketorolac	2x1/24 jam

## Hasil Foto Thorax (05 agustus 2024) :



Name : Thorax

Result : AP Supine

Diafragma dan kedua sinus tampak normal.

Pada lapangan bawah paru-paru kanan tampak bercak.

Jantung dalam batas normal.

Summary : Kesan gambaran radiologis bronchopneumonia kanan bawah.

## Hasil cek gula darah sewaktu (05 agustus 2024):

Didapatkan hasil kadar glukosa darah sewaktu 332 mg/dL

## Hasil cek HbA1C (05 agustus 2024):



Didapatkan hasil HbA1C 8.2%

### Hasil Laboratorium :

#### Cek Darah Lengkap (05 agustus 2024)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leucocyte (WBC)	11.3 <b>H</b>	$10^3/\text{mm}^3$	3.6 – 11.0
Platelet (PLT)	123 <b>L</b>	$10^3/\text{mm}^3$	150 – 400
Mean Platelet Volume (MVP)	12.9 <b>H</b>	$\text{Um}^3$	6.0 – 10.0
Lymphocyte (LYM)	4.6 <b>L</b>	%	25.0 – 40.0

#### Hasil AGDA (05 agustus 2024)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
pH	7.435		7.350 - 7.450
pCO <sub>2</sub>	32.9 <b>L</b>	mmHg	35.0 - 45.0
pO <sub>2</sub>	61.9 <b>L</b>	mmHg	85.0 - 100.0
HCO <sub>3</sub>	22.3	mmol/L	21.0 - 29.0
TCO <sub>2</sub>	23.3	Mmol/L	21.0 - 27.0
BE <sub>ecf</sub>	-2.1	Mmol/L	(-2.5) - (+2.5)
SO <sub>2</sub>	92.3 <b>L</b>	%	90-100%

Hasil AGDA yang didapatkan pada tanggal 05 agustus 2024 yaitu PCO<sub>2</sub> (32.9 mmHg **L**) nilai rujukan 35.0-45.0 mmHg, PO<sub>2</sub> (61.9 mmHg **L**) nilai rujukan 85.0-100.0 mmHg, SO<sub>2</sub> (92.3% **L**) nilai rujukan 96.0-100.0%. kesimpulan: Hipoksemia (kekurangan oksigen dalam darah) sehingga membutuhkan terapi oksigen NRM 10L/i.



### ANALISA DATA

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina / 38-3

D a t a		Etiologi	Masalah
Subjektif	Obyektif		
Ny. T mengatakan sesak dan merasa lemas, batuk	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ny. T tampak menggunakan otot bantu nafas</li><li>- Batuk</li><li>- Frekuensi nafas 29x/mnt</li><li>- HR: 116x/mnt</li><li>- Gelisah</li><li>- Diaforesisi</li><li>- Spo2:89%</li><li>- Suara nafas ronchi</li><li>- PCO2: 32.9 mmHg <b>L</b></li><li>- PO2: 61.9 mmHG <b>L</b></li><li>- SO2: 92.3% <b>L</b></li></ul>	Ketidak seimbangan ventilasi-perfusi	Gangguan pertukaran gas (D. 0003)
Ny. T mengeluh nyeri didada sebelah kanan P: Bernafas Q: Ditusuk-tusuk R: Dada kanan bawah S: 6 T: Terus-menerus	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ny. T tampak meringis</li><li>- Sulit tidur</li><li>- Nafsu makan menurun</li><li>- Diaforesis</li><li>- Nadi 116x/m</li><li>- 130/70 mmHg</li></ul>	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (D.0077)



**ANALISA DATA**

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina / 38-3

<b>D a t a</b>		<b>Etiologi</b>	<b>Masalah</b>
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>		
keluarga klien mengatakan Ny. T memiliki Riwayat diabetes melitus sejak 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil cek gula darah ditemukan 332/dL</li> <li>- HbA1C 8.2</li> </ul>	Gangguan intoleransi glukosa darah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)
Ny.T mengeluh sesak jika beraktifitas Ny. T merasa badan lemah	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. T tampak sesak napas</li> <li>- Ny. T menggunakan O2 NRM 10L/i</li> <li>- HR: 116x/i</li> <li>- RR: 29x/i</li> </ul>	Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas (D.0056)
keluarga klien mengatakan terdapat luka decubitus dibagian bokong, Ny. T merasa gelisah dan sulit untuk tidur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ada luka decubitus</li> <li>- Tampak perdarahan</li> <li>- Tampak kemerahan</li> <li>- Tampak hematoma</li> <li>- tampak luka decubitus diarea bokong <math>\geq 15</math> cm</li> </ul>	Neoropati perifer	Gangguan integritas kulit (D.0129)



**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : lidwina / 38-3

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan Ny. T mengatakan sesak dan merasa lemas, batuk Ny. T tampak menggunakan otot bantu nafas frekuensi nafas 29x/menit, spo2: 89%, HR: 116x/mnt, diaphoresis, gelisah, suara nafas ronchi Hasil foto thorax terdapat bronkopneumonia kanan bawah, PCO2: 32.9 mmHg <b>L</b> , PO2: 61.9 mmHG <b>L</b> , SO2: 92.3% <b>L</b>	Risda
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis ditandai dengan Ny. T mengeluh nyeri saat bernafas, nyeri seperti ditusuk-tusuk, pada dada sebelah kanan, skala nyeri 6, dan berlangsung secara terus-menerus. Ny. T tampak meringis, sulit tidur, nafsu makan menurun, diaphoresis, nadi 116x/m, 130/70 mmHg	Risda
3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan intoleransi glukosa darah ditandai dengan keluarga klien mengatakan Ny. T memiliki riwayat diabetes melitus sejak 2018 dan hasil cek gula darah ditemukan kadar gula darah 332 mg/dL, HbA1C 8.2	Risda



4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan Ny. T mengeluh sesak jika beraktifitas, merasa badan lemah, tampak sesak, menggunakan O2 NRM 10L/i, TD:130/70 mmHg, HR:116x/i, RR:29x/i.	Risda
5	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan keluarga klien mengatakan terdapat luka decubitus dibagian bokong, Ny. T merasa gelisah dan sulit untuk tidur, tampak ada luka decubitus, tampak perdarahan, tampak kemerahan, tampak hematoma, tampak luka decubitus diarea bokong $\geq 15$ cm	



**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina/ 38-3

49





## STIKes Santa Elisabeth Medan

4	06 Agustus 2024	<p>glukosa darah ditandai dengan keluarga klien mengatakan Ny. T memiliki riwayat diabetes melitus sejak 2018 dan hasil cek gula darah ditemukan kadar gula darah 332 mg/dL, dan hasil HbA1C 8.2%.</p> <p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan Ny. T mengeluh sesak jika beraktifitas, merasa badan lemah, tampak sesak, menggunakan O<sub>2</sub> NRM 10L/i, TD:130/70 mmHg, HR:116x/i, RR:29x/i</p>	Risda  Risda
5	06 Agustus 2024	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan keluarga klien mengatakan terdapat luka decubitus dibagian bokong, Ny. T merasa gelisah dan sulit untuk tidur, tampak ada luka decubitus, tampak perdarahan, tampak kemerahan, tampak hematoma, tampak luka decubitus diarea bokong <math>\geq 15</math> cm</p>	Risda



## RENCANA KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina / 38-3

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
1	Gangguan pertukaran gas	<b>Pertukaran gas (L. 01003)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun. 2. Bunyi napas tambahan menurun. 3. Diaforesis menurun. 4. Gelisah menurun. 5. PCO <sub>2</sub> membaik. 6. PO <sub>2</sub> membaik. 7. Takikardi membaik. 8. Pola napas membaik.	<b>Pemantauan Respirasi (I. 01003)</b> <b>Observasi :</b> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti: bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Monitor adanya produksi sputum) 4. Monitor adanya sumbatan jalan napas 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor nilai AGD 7. Monitor hasil X-ray toraks <b>Terapeutik :</b> 1. Posisikan semi-fowler/fowler 2. Berikan oksigen, jika perlu 3. Antur pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 4. Dokumentasikan hasil pemantauan	<b>Observasi</b> 1. Mengetahui frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas 2. Mengetahui bunyi nafas pasien jika mengalami gangguan <b>Terapeutik</b> 1. Agar pasien tidak sesak nafas 2. Membantu pasien bernafas



## STIKes Santa Elisabeth Medan

			<b>Edukasi :</b> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. <b>Kolaborasi:</b> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu	<b>Edukasi:</b> Untuk mengetahui gangguan respirasi <b>Kolaborasi:</b> 1. Untuk membersihkan jalan napas
--	--	--	--	---



### RENCANA KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina / 38-3

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
2	Nyeri Akut	<b>Tingkat Nyeri (L. 08066)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Frekuensi nadi membaik	<b>Manajemen Nyeri (L. 08238)</b> <b>Observasi :</b> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri <b>Terapeutik :</b> - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur <b>Edukasi :</b> - Jelaskan penyebab, pemicu dan periode nyeri. <b>Kolaborasi :</b> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika	<b>Observasi:</b> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri pada pasien <b>Terapeutik:</b> 1. Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri 2. Untuk mencukupi istirahat tidur pasien <b>Edukasi:</b> 1. Untuk mengetahui



				<p>apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pemberian obat anti nyeri</li></ol>
--	--	--	--	--



## RENCANA KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina / 38-3

No.	Diagnosa keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
3	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	<b>Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L. 03022)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : - Lelah/lesu menurun - Kadar glukosa darah membaik	<b>Manajemen Hiperglikemi (I.03115)</b> <b>Observasi :</b> - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. - Monitor kadar glukosa darah, jika perlu. - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). <b>Terapeutik:</b> - Berikan asupan cairan oral - Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <b>Edukasi :</b> - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri. - Anjurkan kepatuhan terhadap diet - Ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan	<b>Observasi</b> 1. Untuk mengetahui penyebab dan tanda gejala hiperglikemia  <b>Terapeutik:</b> 1. Untuk mengetahui penyebab dan tanda gejala hiperglikemia  <b>Edukasi:</b> Untuk mengetahui penyebab dan tanda gejala hiperglikemia



## STIKes Santa Elisabeth Medan

			<p>bantuan professional kesehatan).</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li><li>- Kolaborasi pemberian cairan iv jika perlu</li></ul> <p>Kolaborasi pemberian kalium jika perlu</p>	<p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. Untuk menetralkan kadar gula darah</p>
--	--	--	--	--



## RENCANA KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina/ 38-3

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<b>Toleransi Aktivitas (L. 05047)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil : - Perasaan lemah menurun - Dispnea saat beraktivitas menurun - Frekuensi nadi membaik	<b>Manajemen Energi (L05178)</b> <b>Observasi :</b> - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur <b>Terapeutik</b> - Sediakan lingkungan nyaman - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur <b>Edukasi :</b> - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	<b>Observasi:</b> Mengetahui pola tidur <b>Terapeutik:</b> Untuk menciptakan lingkungan nyaman <b>Edukasi:</b> Untuk mencukupi istirahat dan tidur serta energi





## STIKes Santa Elisabeth Medan

### RENCANA KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina/ 38-3

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
5	Gangguan integritas kulit	<b>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan gangguan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"><li>- Kerusakan kulit menurun</li><li>- Nyeri menurun</li></ul>	<b>Perawatan luka (I.06202)</b> <b>Observasi :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</li><li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li></ul> <b>Terapeutik :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li><li>- Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan</li><li>- Bersihkan jaringan nekrotik</li><li>- Berikan salep yang sesuai, jika perlu</li><li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li><li>- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li></ul> <b>Edukasi :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li><li>- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li></ul> <b>Kolaborasi :</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kolaborasi pemberian antibiotik</li></ol>	<b>Observasi:</b> Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi  <b>Terapeutik:</b> Untuk mencegah terjadinya infeksi  <b>Edukasi:</b> Untuk memenuhi nutrisi dan mempercepat penyembuhan  <b>Kolaborasi:</b> Untuk mengurangi resiko infeksi



## STIKes Santa Elisabeth Medan

<b>Nama/Umur</b> : Ny. T / 69 Tahun <b>Ruang/Kamar</b> : Lidwina / 38-3				
Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
06-08-2024		07:00	Memulai dinas dengan ibadah bersama diruangan st. lidwina	Risda
		07.10	Mengikuti timbang terima pasien dari shift malam ke shift pagi dengan total pasien 8 pasien	Risda
		07.30	Melakukan hand hygiene dengan sabun dibawah air mengalir	
		07:40	Melakukan pengkajian umum dan head to toe kepada Ny. T dengan diagnosa, bronkopneumonia: Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis (GCS 15), pasien terbaring lemah, Ny. T mengeluh sesak napas, nyeri dada sebelah kanan bawah terus menerus, skala nyeri 6, riwayat diabetes mellitus	Risda
	2	08:00	Melakukan identifikasi nyeri pada Ny.T Hasil: Ny.T mengatakan nyeri pada dada setiap bernafas, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan berlangsung secara terus-menerus dengan skala nyeri 6	Risda
	1,2	08:10	Melakukan identifikasi sesak apakah masih ada, hasil: Ny. T mengatakan masih merasa sesak, dilakukan teknik nonfarmakologi relaksasi napas pursed lips breathing Hasil: pasien merasa lebih nyaman	Risda
	4	08:30	Melakukan oral hygiene dan mengganti plester selang Ngt	Risda
	1,2,4	08:50	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dan menjelaskan pemicu nyeri/penyebab nyeri karena adanya peradangan pada paru akibat bronkopneumonia Hasil: Ny. T tampak nyaman dengan posisi semi fowler dan dapat memahami bahwa nyeri yang ia rasakan karena adanya peradangan paru-paru	Risda
	1,3,4,5	09:00	Melakukan pemenuhan nutrisi dan pemberian terapi obat syrup melalui selang Ngt Bubur: 150 cc Minum: 50 cc Ambroxol: 5 ml	Risda
	1,2,3,5	09:35	Memberikan obat dengan prinsip 6 benar a) Inj. Omeprazole (IV) b) Inj. Ketorolac (IV) c) Terapi UAP : inhavent 1 Flc	Risda



## STIKes Santa Elisabeth Medan

			Hasil : Setelah diberikan terapi UAP, Ny. T batuk dan keluar sedikit sputum 10 cc berwarna kuning, kental	Risda
	2,3	09:50	Melakukan perawatan luka decubitus pada bagian bokong, luka tampak ada kemerahan, tampak perdarahan, tampak hematoma, luka $\geq 15$ cm	Risda
	1,2,3,4,5	10:00	Melakukan pemantauan tanda-tanda vital pada Ny.T Hasil: TD : 130/70 mmHg P : 116 x/mnt T : 36 °C RR : 30x/mnt SpO2: 83 %	Risda
	3,5	12:00	Terpasang oksigen non rebreiting mask 10L/i Melakukan pemenuhan nutrisi melalui Ngt Bubur: 150 cc Minum: 50 cc	Risda
	4,5	13:00	Menganjurkan keluarga Ny. T Untuk selalu melakukan posisi mika dan miki	



## STIKes Santa Elisabeth Medan

### PELAKSANAAN KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina / 38-3

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
07/08/2024	1,2,3,4,5	14:00	Memulai dinas dengan berdoa bersama di ruangan St lidwina	Risda
		14.10	Mengikuti timbang terima pasien dari shift pagi ke shift malam dengan total pasien 8 pasien	Risda
		14:30	Melakukan hand hygiene dengan sabun dibawah air mengalir	Risda
		15:00	Memonitor cairan infuse dan oksigen, terpasang infuse Nacl 9% 20tts/i, terpasang syringe pump Norephineprine 5 cc/jam, terpasang oksigen nasal kanul 4L/i	Risda
	3,5	15:45	Melakukan pemenuhan nutrisi pada Ny. T melalui Ngt – bubur :150 cc, minum :50 cc	Risda
	1,2,3,4,5	16:00	Melakukan pemantauan tanda-tanda vital Hasil: TD : 100/60 mmHg P : 87 x/i T : 36,8 °C RR :24x/ SpO2: 97 %	Risda
		17:00	Terpasang oksigen nasal kanul 4L/i Memberikan terapi obat dengan prinsip 6 benar - Insulin ryzodex 8 unit (IM) - Terapi uap: Inhavent 1 fls Hasil: setelah dilakukan tindakan pemberian nebulizer Ny. T merasa lebih legah dan sputum sedikit keluar, konsistensi kental, 10 cc, berwarna kuning kehijauan, dan memberikan posisi mika	Risda
		17:30	Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein (mis. telur), jika sudah diperbolehkan pulang kerumah	Risda
	3,5	18:00	Memberikan terapi obat dengan prinsip 6 benar melalui syringe pump - Norephineprine 5cc/jam Mengganti cairan infus Ny.T Hasil: Terpasang cairan RL 20 tetes/menit syringepum Norephineprine 5cc/jam	Risda



## STIKes Santa Elisabeth Medan

	1,3,5	18:15	Melakukan pemenuhan nutrisi dan pemberian terapi obat syrup melalui selang Ngt, <ul style="list-style-type: none"><li>- bubur: 150 cc</li><li>- minum: 50 cc</li><li>- ambroxol: 5 ml</li></ul>	Risda
--	-------	-------	---	-------



## STIKes Santa Elisabeth Medan

### PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. T/ 69Tahun

Ruang/Kamar :Lidwina / 38-3

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
08/08/2024	1,2,3,4,5	21:00	Memulai dinas dengan ibadah bersama di ruangan St. Lidwina	Risda
		21:10	Timbang terima dengan total 7 pasien	Risda
		21:20	Melakukan hand hygiene dengan sabun dibawah air mengalir	Risda
		22:00	Memberikan obat dengan prinsip 6 benar kepada Ny.T - Inj. Cetriaxone (IV) - Ranitidine 1 vl	Risda
		22:15	Memberikan terapi obat dengan prinsip 6 benar - Terapi uap: Inhavent 1 fls Hasil: setelah dilakukan tindakan pemberian nebulizer Ny. T merasa lebih legah dan sputum sedikit keluar, konsistensi kental, 7 cc, berwarna kuning	Risda
		00:00	Melakukan pemenuhan nutrisi melalui selang Ngt - Susu: 150 cc - Minum: 50 cc	Risda
		01:00	Memonitor hasil KGD dan tanda-tanda hiperglikemia Hasil: KGD 298 mg/dL terdapat tanda-tanda hiperglikemia	Risda
		04:00	Melakukan pemenuhan nutrisi melalui selang Ngt Susu:150 cc Minum: 50 cc	Risda
		04:15	Melakukan pemantauan tanda-tanda vital Hasil: TD : 100/80 mmHg P : 79 x/mnt T : 36.2 °C RR :26 x/mnt SpO2: 96 %	Risda
		04:50	Melakukan tindakan personal hygiene,	



## STIKes Santa Elisabeth Medan

	3	06:30	memandikan dan mengganti baju, serta melakukan mobilisasi, melibatkan anggota keluarga dalam melakukan personal hygiene dan mobilisasi Memberikan terapi obat dengan prinsip 6 benar kepada Ny.T Insulin Ryzodex 8 unit (IM)	
--	---	-------	--	--



### EVALUASI KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina / 38-3

TANGGAL	EVALUASI (SOAP)	NAMA JELAS
06 agustus 2024	<p><b>S=</b> Ny.T mengatakan nyeri pada dada setiap bernafas, batuk, sesak napas dan memberat ketika mobilisasi di tempat tidur.</p> <p><b>O=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ny. T tampak nyaman dengan posisi semi fowler dan memahami pemicu sesak adalah peradangan di paru-paru</li><li>• Tekanan darah : 130/70 mmHg</li><li>• Nadi : 116x/mnt</li><li>• Suhu : 36 °C</li><li>• SpO2 : 89%</li><li>• Frekuensi Pernafasan : 29 x/ mnt</li><li>• Terpasang oksigen NRM 10L/mnt</li><li>• Ny. T tampak sesak</li></ul> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lakukan pemantauan respirasi yaitu monitor pola nafas, bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler, beri oksigen jika perlu.</li></ul> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	Risda
2	<p><b>S=</b> Ny. T mengatakan nyeri dibagian dada, nyeri seperti ditusuk-tusuk memberat ketika batuk, skala nyeri 6</p> <p><b>O =</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ny. T tampak nyaman dengan posisi semi fowler dan memahami pemicu nyeri adalah peradangan di paru-paru</li><li>• Tekanan darah : 130/70 mmHg</li><li>• Nadi : 116 x/mnt</li></ul>	Risda





## STIKes Santa Elisabeth Medan

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Suhu : 36 °C</li><li>• SpO2 : 89%</li><li>• Frekuensi Pernafasan : 29x/ mnt</li><li>• Terpasang oksigen NRM 10L x/mn</li></ul> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Berikan posisi yang nyaman dengan semi fowler</li><li>• Kolaborasi pemberian analgetik</li><li>• Intervensi dilanjutkan</li></ul>	
3	<p><b>S=</b> keluarga klien mengatakan Ny. T memiliki riwayat Diabetes Mellitus tipe 2</p> <p><b>O=</b> Ny. T tampak mendapatkan terapi insulin sejak dari rumah</p> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pantau KGD</li><li>• Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li><li>• Intervensi dilanjutkan</li></ul>	Risda
4	<p><b>S=</b> Ny. T mengeluh sesak jika melakukan banyak aktifitas</p> <p><b>O=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ny. T tampak lemah</li><li>- Menggunakan O2 NRM 10L/i</li><li>- Tampak sesak nafas</li><li>- Tampak dibantu melakukan aktifitas ditempat tidur seperti makan, minum, bak, menggunakan kateter dan Ngt</li><li>- SPO2 89%</li></ul> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pantau ttv pasien</li></ul>	Risda



## STIKes Santa Elisabeth Medan

	- Lanjutkan intervensi	
5	<p><b>S</b>= keluarga klien mengatakan terdapat luka decubitus dibagian bokong</p> <p><b>O</b>= Tampak luka ada luka decubitus dibagian bokong</p> <p><b>A</b>= Masalah keperawatan gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p><b>P</b>=</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lakukan perawatan luka</li><li>• Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li><li>• Intervensi dilanjutkan</li></ul>	



## STIKes Santa Elisabeth Medan

### EVALUASI KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina / 38-3

TANGGAL	EVALUASI (SOAP)	NAMA JELAS
07 agustus 2024	<p><b>S=</b> Ny.T mengatakan sesak napas berkurang, nyeri dada berkurang, masih batuk.</p> <p><b>O=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ny. T tampak nyaman dengan posisi semi fowler</li><li>• Tekanan darah : 96/59 mmHg</li><li>• Nadi : 78 x/mnt</li><li>• Suhu : 36 °C</li><li>• SpO2 : 97%</li><li>• Frekuensi Pernafasan : 26 x/ mnt</li><li>• Terpasang O2 4L/mnt</li></ul> <p>Tampak sesak berkurang</p> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lakukan pemantauan respirasi yaitu monitor pola nafas, bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler.</li><li>• Intervensi dilanjutkan</li></ul>	Risda
2	<p><b>S=</b> Ny. T mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3</p> <p><b>O=</b> Ny. T tampak lebih tenang, gelisah berkurang</p> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan nyeri akut sebagian teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Intevensi dilanjutkan</li><li>- Berikan posisi yang nyaman dengan semi fowler</li><li>- Kolaborasi pemberian analgetik</li></ul>	Risda
3	<p><b>S=</b> Keluarga Ny. T mengatakan memiliki riwayat Diabetes Mellitus tipe 2</p>	Risda



## STIKes Santa Elisabeth Medan

	<p><b>O=</b> Ny. T tampak mendapatkan terapi insulin sejak dari rumah</p> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pantau KGD</li><li>• Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li><li>• Intervensi dilanjutkan</li></ul>	
4	<p><b>S=</b> Ny. T mengeluh sesak jika melakukan banyak aktifitas</p> <p><b>O=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ny. T tampak lemah</li><li>- Menggunakan O2 nasal kanul 4L/i</li><li>- Tampak sesak nafas</li><li>- Tampak dibantu melakukan aktifitas ditempat tidur seperti makan, minum, bak, menggunakan kateter, dan ngt</li><li>- Spo2 97%</li></ul> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas Sebagian teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pantau ttv pasien</li><li>- Lanjutkan intervensi</li></ul>	Risda
5	<p><b>S=</b> keluarga klien mengatakan terdapat luka decubitus dibagian bokong</p> <p><b>O=</b> Tampak ada luka decubitus dibagian bokong</p> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lakukan perawatan luka</li><li>• Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li><li>• Intervensi dilanjutkan</li></ul>	Risda



### EVALUASI KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny. T / 69 Tahun

**Ruang/Kamar** : Lidwina / 38-3

TANGGAL	EVALUASI (SOAP)	NAMA JELAS
08 agustus 2024  1	<p><b>S=</b> Ny.T mengatakan sesak napas berkurang, nyeri dada berkurang, masih batuk.</p> <p><b>O=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ny. T tampak nyaman dengan posisi semi fowler</li><li>• TD : 100/80, mmHg</li><li>• P : 79 x/mnt</li><li>• T : 36.2 °C</li><li>• RR :23 x/mnt</li><li>• SpO2: 99 %</li><li>• Terpasang O2 nasal kanul 4L/mnt</li><li>• Tampak sesak berkurang</li></ul> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan gangguan pertukaran gas teratasi sebagian</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lakukan pemantauan respirasi yaitu monitor pola nafas, bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler.</li><li>• Intervensi dilanjutkan</li></ul>	Risda
2	<p><b>S=</b> Ny. T mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3</p> <p><b>O=</b> Ny. T tampak lebih tenang, gelisah berkurang</p> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan nyeri akut sebagian teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Intevensi dilanjutkan</li><li>- Berikan posisi yang nyaman dengan semi fowler</li><li>- Kolaborasi pemberian analgetik</li></ul>	Risda
3	<p><b>S=</b> Keluarga Ny. T mengatakan memiliki riwayat</p>	Risda



	<p>Diabetes Mellitus tipe 2</p> <p><b>O=</b> Ny. T tampak mendapatkan terapi insulin sejak dari rumah</p> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pantau KGD</li> <li>• Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	
4	<p><b>S=</b> Ny. T mengeluh sesak jika melakukan banyak aktifitas</p> <p><b>O=</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. T tampak lemah</li> <li>- Menggunakan O<sub>2</sub> nasal kanul 4L/i</li> <li>- Tampak sesak nafas</li> <li>- Tampak dibantu melakukan aktifitas ditempat tidur seperti makan, minum, bak, menggunakan kateter, dan ngt</li> <li>- Spo<sub>2</sub> 96%</li> </ul> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas Sebagian teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pantau ttv pasien</li> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul>	Risda
5	<p><b>S=</b> keluarga klien mengatakan terdapat luka decubitus dibagian bokong</p> <p><b>O=</b> Tampak ada luka decubitus dibagian bokong</p> <p><b>A=</b> Masalah keperawatan gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p><b>P=</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan perawatan luka</li> <li>• Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori</li> </ul>	Risda



	<p>dan protein</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Intervensi dilanjutkan</li></ul>	

## BAB 4 PEMBAHASAN

### 4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Penulis berasumsi bahwa pengkajian pada Ny. T dengan masalah utama Bronkopneumonia didapatkan data seperti badan lemas, tidak selera makan, mengeluh sesak nafas, batuk, nyeri pada dada sebelah kanan saat bernafas, nyeri timbul secara terus-menerus seperti ditusuk-tusuk, dan skala nyeri 6. Ny. T tampak meringis menggunakan otot bantu nafas, baring lemah, pucat, pernafasan kusmaull, suara nafas ronchi, dan hasil foto thorax terdapat bronkopneumonia, sulit tidur, diaforesis, frekuensi pernafasan 29 x/menit, SPO2: 89%, nadi 116 x/menit, dan tekanan darah 130/70 mmHg.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Jois Nari, 2019), didapatkan hasil bahwa pasien dengan Bronkopneumonia yaitu adanya sesak nafas, nyeri dada, menggunakan otot bantu pernafasan, batuk, gelisah, lemas, demam, sianosis, terdapat bunyi tambahan ronchi, berkeringat berlebihan. Hal ini sejalan juga dengan penelitian Makdalena et al (2021) bahwa pasien dengan bronkopneumonia akan mengalami nafsu makan berkurang, gelisah, demam, dispnea, batuk, terdengarnya suara napas tambahan yaitu ronchi, merasa nyeri pada dada, menggunakan otot bantu napas. Hal ini sejalan juga dengan penelitian yang



dilakukan oleh Handayani (2022) didapatkan hasil bahwa pengkajian yang didapatkan pada pasien dengan Bronkopneumonia yaitu adanya sesak napas, merasa lemah, gelisah, sianosis, RR: 33x/mn, merasa nyeri, terdapat ronchi. Hal ini membuktikan bahwa adanya kesesuaian antara teori, serta fakta yang ditemukan pada pasien yaitu adanya keluhan sesak nafas, batuk, nyeri, frekuensi nafas cepat, lemas, dan terdengar adanya ronchi dan tanda gejala lainnya.

### 4.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus Bronkopneumonia penulis mendapatkan diagnosa keperawatan 5 yaitu:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer

Penulis berasumsi berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan maka diangkatlah masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan Ny. T mengatakan sesak dan merasa lemas, batuk Ny. T tampak menggunakan otot bantu napas.

Hal ini sejalan dengan penelitian Makdalena et al (2021) yang ditemukan pada

pasien Bronkopneumonia peneliti menegakkan 3 diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas, gangguan pertukaran gas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan. Hasil dilakukan pengkajian pada pasien mengalami sesak napas, gelisah, pernapasan dangkal, demam, tidak nafsu makan, batuk, sesak, lemas, terdapat suara napas tambahan ronchi.

Penulis berasumsi berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan maka diangkatlah juga masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis nyeri pada dada sebelah kanan saat bernafas, nyeri timbul secara terus-menerus seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, dan tampak meringis.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Mardanela, 2019) yang ditemukan pada pasien dengan bronkopneumonia yaitu terdapat nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, yang menyatakan bahwa pasien dengan bronkopneumonia akan mengalami nyeri pada bagian dada, nyeri datang secara terus-menerus.

Penulis berasumsi berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan maka diangkatlah juga masalah keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang dimana mengalami gangguan dalam aktivitas dikarenakan sesak, sehingga membatasi segala aktifitas pasien dan aktivitas akan dibantu oleh tim perawat dan juga keluarga pasien.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Amalia & Iriani, (2025) yang

ditemukan pada pasien bronkopneumonia yaitu 4 diagnosa yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, hipertermia dan intoleransi aktivitas, yang menyatakan bahwa pasien dengan bronkopneumonia yang mengalami gangguan dalam aktivitas dikarenakan sesak, sehingga segala aktifitas pasien terbatas dan dibantu oleh perawat maupun keluarga.

Selain dari ketiga diagnosa keperawatan diatas, penulis juga membahas diagnosa yang terdapat pada teori tetapi tidak muncul pada kasus yang pertama defisit nutrisi. Penulis berasumsi pasien tidak mengalami defisit nutrisi dikarenakan selama perawatan nutrisi nya terpenuhi dan telah menggunakan Ngt untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan diet yang diberikan pada pasien yaitu diet ekstra putih telur yang bertujuan untuk menumbuhkan sel-sel baru, yang kedua defisit pengetahuan, pasien dan keluarga pasien tidak mengalami defisit pengetahuan karena mereka memahami penyakit yang dialami oleh pasien dikarenakan adanya peradangan pada paru-paru, dan yang ketiga hipertermia selama perawatan pasien tidak ditemukan adanya mengalami kenaikan suhu badan atau hipertermia.

Selain dari diagnosa keperawatan diatas, penulis juga membahas tentang diagnosa yang terdapat di kasus tetapi tidak terdapat dalam teori yaitu diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah dan gangguan integritas kulit dikarenakan pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus tipe 2.

Penulis berasumsi bahwa pada pasien dengan riwayat penyakit diabetes mellitus akan sangat rentan terkena bronkopneumonia karena melemahnya sistem kekebalan pada tubuh, dan dapat menghambat suplai oksigen, sehingga

mengakibatkan mudahnya mikro organisme seperti bakteri, dan virus masuk pada saluran pernapasan melalui percikan ludah, yang mengakibatkan terjadinya peradangan pada bronkus sehingga dari peradangan bronkus ini terjadi penekanan syaraf dan muncul nyeri. Sesuai juga dengan keadaan pasien bahwa didapatkan hasil HbA1C nya sangat tinggi sehingga hasil ini membuktikan bahwa kadar gula darah pada pasien tidak terkontrol yang dapat mengganggu fungsi sel imun seperti neutrofil dan makrofag.

Hal ini juga didukung oleh Salsabila et al., (2023) mengatakan bahwa pasien dengan penyakit diabetes melitus dapat meningkatkan risiko bronkopneumonia karena melemahnya sistem kekebalan tubuh dan meningkatkan risiko infeksi pada saluran pernapasan yang dapat menghambat suplai oksigen dan nutrisi yang penting untuk respon imun.

### 4.3 Intervensi Keperawatan

Dalam kasus pasien dengan Bonkopneummonia ini penulis sudah membuat intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI dan salah satu diagnosa yang diangkat seperti gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dengan intervensi keperawatan pemantauan respirasi (I.01014) yang bertujuan agar pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: dispnea menurun, buntir napas tambahan menurun, diaphoresis menurun, gelisah menurun, PCO<sub>2</sub> membaik, PO<sub>2</sub> membaik, SO<sub>2</sub> membaik, takikardia membaik, pola napas membaik.

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan intervensi keperawatan manajemen nyeri, ketidakstabilan kadar glukosa

berhubungan dengan hiperglikemia intervensi keperawatan manajemen hiperglikemia, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan anatar supali dan kebutuhan oksigen dengan intervensi manajemen energi, gangguan integritas berhubungan dengan neuorpati perifer dengan intervensi keperawatan perawatan luka.

Hal ini sejalan dengan penelitian Makdalena et al ( 2021) dalam mengatasi gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi yaitu dengan pemberian terapi oksigen, bahwa terapi oksigen merupakan pemberian aliran gas lebih dari 20% pada setiap tekanan 1 atmosfer sehingga menyebabkan konsentrasi oksigen dalam darah meningkat.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Kusuma, W & Soetijono, 2021) dalam mengatasi masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi yaitu dapat juga dilakukan dengan kolaborasi pemberian terapi inhalasi nebulisasi efektif dalam mengatasi masalah gangguan pertukaran gas, karena pemberian terapi inhalasi bertujuan untuk memberikan efek bronkodilatasi atau melebarkan lumen bronkus, dahak menjadi encer sehingga mempermudah dikeluarkan, menurunkan hiperaktifitas bronkus dan dapat mengatasi infeksi.

Bronkopneumonia harus mencakup terapi pemberian atibiotik spesifik organisme, dukungan pernapasan sesuai kebutuhan, dukungan nutrisi, dan manajemen cairan dan elektrolit. Terapi obat awal harus terdiri dari antibiotik empiris spketrum luas sampai organisme spesifik telah diidentifikasi melalui analisis kultur dahak. Oksigen harus diberikan sesuai perintah dan obat

bronkodilator, fisioterapi dada, dan penghisapan lendir dapat digunakan untuk mempertahankan patensi jalan napas (Brunner & Suddarth, 2017).

Dari beberapa rencana keperawatan yang disusun maupun ditulis oleh penulis. Adapun keterbatasan penulis dalam melakukan tindakan keperawatan seperti mengajarkan pasien Bronkopneumonia batuk efektif.

#### 4.4 Implementasi Keperawat

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan Bronkopneumonia sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dilaksanakan. Selama 3x24 jam. Dilaksanakan pada tanggal 06 agustus – 08 agustus 2024. Untuk diagnosa gangguan pertukaran gas penulis sudah melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan intervensi yang disusun dan hasil yang diharapkan. Penulis melakukan implementasi seperti pemberian posisi *semi fowler* yang dapat mengurangi rasa sesak napas yang dimana mengatur posisi gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru, memberikan Teknik *pursed lips breathing* yang dapat mengurangi rasa sesak napas pada pasien, yang dimana dengan menghirup udara melalui hidung dan mengeluarkan udara dengan cara bibir dirapatkan atau dikerucupkan dengan waktu ekshalasi lebih diperpanjang, memberikan terapi nebulizer dengan inhavent untuk mengurangi sesak, dan pemberian terapi obat sirup ambroxol untuk mengencerkan dahak, dan melakukan fisioterapi dada untuk membantu pengeluaran sekret.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustina et al (2022) intervensi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa pemantauan respirasi (I. 01003) pemantauan pola pernapasan, pemantauan suara napas



tambahan, pemantauan sputum. Berikan oksigen, tempatkan semi fowler, berikan minuman panas, dan berikan fisioterapi dada sesuai kebutuhan, ajarkan batuk efektif. Pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan agen mukolitik sesuai kebutuhan.

### 4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase akhir dari proses keperawatan untuk menilai asuhan keperawatan yang telah diberikan pada Ny.T dengan Bronkopneumonia selama 3 hari yang dimulai tanggal 06 sampai dengan 08 Agustus 2024. Evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan dalam kasus ini adalah evaluasi sumatif. Dari lima diagnosis yang ditemukan pada klien ada satu diagnosa yang belum teratasi yaitu gangguan integritas kulit dan ke empat diagnosa lagi masih teratasi sebagian sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, sehingga masih perlu dilanjutkannya intervensi dan pemantauan.

## BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Simpulan

Dari hasil penatalaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.T dengan diagnosa Bronkhopneumonia St. Lidwina Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dapat disimpulkan:

1. Saat Dalam pengkajian yang dilakukan pada Ny. T dengan diagnosa medis Bronkhopneumonia didapatkan Ny. T mengatakan sesak dan merasa lemas, batuk Ny. T tampak menggunakan otot bantu nafas frekuensi nafas 29x/menit, spo2: 89%, HR: 116x/mnt, diaphoresis, gelisah, suara nafas ronchi Hasil foto thorax terdapat bronkopneumonia kanan bawah, PCO2: 32.9 mmHg **L**, PO2: 61.9 mmHG **L**, SO2: 92.3% **L**.
2. Berdasarkan data yang didapat ditemukan 4 diagnosa keperawatan pada Ny.T yaitu gangguan pertukaran gas, nyeri akut, ketidakstabilan kadar glukosa darah, intoleransi aktivitas, gangguan integritas kulit
3. Intervensi yang dilakukan mengacu pada diagnosa keperawatan yang ditegakkan dan dibuat sesuai dengan SIKI dan SLKI diantaranya pemantauan respirasi teknik nonfarmakologi relaksasi napas (pursed lip breathing, posisi semi fowler) manajemen nyeri dengan Teknik relaksasi napas dalam, manajemen hiperglikemia, perawatan luka.
4. Implementasi yang dilakukan 3 x 8 jam diruangan lebih difokuskan dengan tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi untuk merawat pasien sesuai dengan diagnosa keperawatan



5. Evaluasi didapatkan hasil bahwa diagnosa gangguan pertukaran gas teratasi Sebagian karena telah dilakukan pemberian terapi oksigen dan terapi nebulizer, nyeri akut teratasi di hari kedua, diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi Sebagian, intoleransi aktivitas teratasi Sebagian, gangguan integritas kulit belum teratasi karena intervensi dan implementasi belum optimal dilakukan akibat keterbatasan waktu.

### 5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komperhensif pada kasus kelolaan pasien maka penulis daapat menyampaikan beberapa saran:

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan keluarga, dan tetap melakukan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan pulang.

2. Bagi perawat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

Diharapkan agar perawat di rumah sakit santa Elisabeth Medan dapat melakukan perawatan luka yang sesuai dalam pencegahan luka dekubitus terutama pada pasien berulang.

3. Bagi penulis selanjutnya.

Diharapkan pada penulis selanjutnya bisa menjadikan KIA ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya.



### *Evidence Based Practice (EBP)*

#### **PENERAPAN *PURSED LIPS BREATHING* (PLB) UNTUK PERUBAHANSATURASI OKSIGEN PADA ANAK DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN AKIBAT BRONCHOPNEUMONIA DI RSUD DR. SOEKARDJO KOTA TASIKMALAYA**

##### **Hasil telaah**

Salah satu tindakan pada pasien Bronkopneumonia adalah dengan pemberian tindakan Teknik pursed lips breathing yang dapat membantu meningkatkan saturasi oksigen. Jika dilakukan pemberian Teknik *pursed lips breathing* pada pasien yang mengalami Bronkopneumonia akan berdampak adanya peningkatan ekspansi alveolus yang terjadi pada lobus paru sehingga adanya peningkatan pada lobus sehingga dapat mendorong secret yang terdapat pada jalan napas pada saat ekspirasi. Pemberian *pursed lips breathing* adalah dengan cara menghirup udara melalui hidung dan mengeluarkan udara dengan cara bibir dirapatkan atau dikerucupkan dengan waktu ekshalasi lebih diperpanjang.

##### **Kesimpulan**

Bronkopneumonia merupakan penyakit infeksi pada sistem pernafasan bagian bawah meliputi dinding bronkiolus dan jaringan paru disekitarnya. Bronkopneumonia atau pneumonia lobularis terjadi karena terdapat mikroorganisme berada pada bronkus distal atau bronkiolus sehingga terjadi peningkatan eksudat. Bronkopneumonia adalah penyakit yang paling banyak menyerang anak dengan tanda dan gejala berupa batuk, sesak, demam, peningkatan secret sehingga berdampak pada kematian.

### *Evidence Based Practice (EBP)*

#### **NURSING INTERVENTION IN SEMI-FOWLER POSITION IN BRONCOPNEUMONIA IN THE ICU ROOM Dr.T.C.HILLERS MAUMERE HOSPITAL**

##### **Hasil Telaah:**

Salah satu tindakan pada pasien Bronkopneumonia dapat juga dilakukan dengan pemberian tindakan teknik Posisi Semi-Fowler menggunakan gravitasi untuk menarik diafragma ke bawah, memungkinkan pengembangan dada yang lebih besar dan ventilasi paru-paru. Paling banyak, ventilasi dapat membuka atelektasis dan membersihkan sekresi melalui saluran udara. Saat dada mengembang dan tekanan perut pada diafragma berkurang, jumlah oksigen di paru-paru meningkat. Posisi *semi-fowler* dapat menggunakan tempat tidur yang ortopedik atau area kepala dan dada ditambahkan bantal. Posisi ini adalah posisi tidur dengan ketinggian 30°-45°. Posisi ini bisa meminimalisir sesak nafas dan mengoptimalkan kadar oksigen. Tujuan dan manfaat dari tindakan *semi fowler* yaitu agar kadar O<sub>2</sub> menjadi baik dan mengoptimalkan ekspansi paru dan juga membuat tubuh lebih nyaman.

##### **Kesimpulan:**

Bronkopneumonia adalah suatu infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah dari parenkim paru yang melibatkan bronkus/bronkiolus yang berupa penyebaran berbentuk bercak-bercak yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda asing dengan manifestasi klinik: batuk, demam dan sesak napas dan



sering dijumpai pada bayi dan balita. Pola napas yang tidak efektif menjadi salah satu permasalahan utama dalam pemenuhan kebutuhan oksigen pada kasus bronkopneumonia. Salah satu manajemen jalan napas yang efektif dilakukan dengan pemberian posisi tidur *semi-fowler*

**DAFTAR PUSTAKA**

- Abdjul, R. L., & Herlina, S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia : Study Kasus*. 2(2), 102–107.
- Adolph, R. (2023). *Keperawatan medikal bedah sistem respirasi* (M. K. La Rangi, S.Kep., Ns., M.Kep Sukurni, S.Kep., Ns. (ed.)). Eureka Media Aksara, November 2023 Anggota Ikapi Jawa Tengah No. 225/Jte/2021.
- Agustina, D., Pramudianto, A., & Novitasari, D. (2022). Implementasi Batuk Efektif Pada Pasien Pneumonia dengan Masalah Gangguan Oksigenasi. *JKM : Jurnal Keperawatan Merdeka*, 2(1), 30–35. <https://doi.org/10.36086/jkm.v2i1.1153>
- Amalia, R. R., & Iriani, I. (2025). *Implementasi Keperawatan Penerapan Batuk Efektif dengan Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Pada Anak dengan Diagnosis Bronkopneumonia di RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah* *Nursing Implementation of Effective Cough Application with Ineffective Ai*. 8(2), 1353–1357. <https://doi.org/10.56338/jks.v8i2.6796>
- Andra, Y. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (KMB)* (Haikhi (ed.); 1st ed.). Nuha Medika.
- profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah, (2021).
- Diyanah Syolihan Rinjani Putri, D. N. W. (2024). *Edukasi Kegawatdaruratan Kanker Paru Pada Keluarga Dalam Merawat Pasien Di Rumah*. 6(May 2021), 623–630.
- Dwiyanti, P. W., & Hisni, D. (2024). Analisis Asuhan Keperawatan melalui Intervensi Kolaborasi Pemberian Nebulizer dan Batuk Efektif pada Pasien Ny.P dan Tn.W dengan Diagnosa Medis Pneumonia di Wilayah RS DKI Jakarta. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 7(4), 1654–1665. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v7i4.13837>
- Gentar, G., & Rukayah, S. (2022). Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Pola Nafas Tidak Efektif dengan Bronkopneumonia di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 9(35), 55–64. <https://doi.org/10.56014/jphi.v9i35.353>
- Girma, F., Ayana, M., Abdissa, B., Aboma, M., Ketema, D., Kolola, T., & Wake, S. korsa. (2023). Determinants of under-five pneumonia among children visited in nine public health Hospitals in Ethiopia. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 24(October), 101441. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101441>
- Handayani, R., Novitasari, D., & Ragil, N. (2022). Studi Kasus Intervensi Batuk Efektif untuk Mengurangi Sesak Nafas dan Pengeluaran Sekresi pada Pasien Bronkopneumonia. *Indogenius*, 1(2), 67–71.

- <https://doi.org/10.56359/igj.v1i2.62>
- Jois Nari. (2019). 367-771-1-Pb. *Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. P.P. Magretti Saumlaki Kabupaten Kepulauan Tanimbar*, Volume 4(4 desember2019), 220.
- Kusuma, W & Soetijono, R. R. (2021). Jurnal Studi Keperawatan Asuhan Keperawatan pada Anak Pneumonia dengan Fokus Studi Pengelolaan Pemenuhan. *Jurnal Studi Keperawatan*, 2(1).
- Makdalena, M. O., Sari, W., Abdurrasyid, & Astutia, I. A. (2021). Analisis Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Pneumonia. *Jurnal Mandala Pharmacon Indonesia*, 1(02), 83–93.
- Mardanela, I. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan. *Pustaka Baru Press*, 3, 352.
- Nurrarif, A. H., & Kusuma, H. (2019). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda Nic-Noc*. (Edisi Revisi Jilid I (ed.)). Media Action.
- Pertiwi, I. W., Palupi, E., Nugroho, A. I., Nugroho, T., Sakit, R., Wilasa, P., Jalan, B., Tidak, N., & Dada, F. (2023). *Case Report : Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Bronkopneumonia Dengan Pemberian Pendahuluan. Anak yaitu individu yang berada dalam suatu rentang yang dapat berubah mulai dari bayi , anak hingga remaja , setiap anak berbeda .* 134–145.
- Pokhrel, S. (2024). No TitleEΛENH. *Ayan*, 15(1), 37–48.
- PPNI, T. pokja S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan indonesia* (1st ed.).
- Raja, H. L., Sinuraya, E., & Rofida, A. (2023). Broncopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, 3(1), 33–47. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i1.8567>
- Salsabila, N. P., Agus Prastowo, & Idi Setyobroto. (2023). Asuhan Gizi Pada Pasien Congestive Hearth Failure, Edema Paru, Bronkopneumonia, Diabetes Melitus di Bangsal Mawar RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal Teknologi Kesehatan (Journal of Health Technology)*, 19(2), 27–34. <https://doi.org/10.29238/jtk.v19i2.2132>
- Siti Khodijah, Wirda Syari, & Fenny Raharyanti. (2022). Analisis Implementasi Penemuan Dan Tatalaksana Pneumonia. *PROMOTOR Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 5(5), 75–93.
- Somantri. (2017). *sistem pernapasan. Salemba medika. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan.*
- Sudarth, B. &. (2018). MEDICAL-SURGICAL NURSING. In *Sustainability*

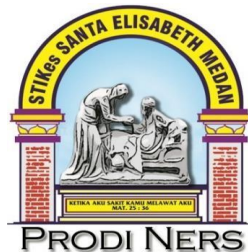


(Switzerland) (Vol. 11, Issue 1).  
[http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484\\_SISTEM\\_PEMBETUNGAN\\_TERPUSAT\\_STRATEGI\\_MELESTARI](http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI)

Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan indonesia* (1st ed.).

Widyasari, S., Rosida, N. A., Program, M., Program, S. K., Universitas, S., Husada Surakarta, K., Program, D., Keperawatan, S., Kusuma, U., & Surakarta, H. (2023). Pengaruh Pemberian Kombinasi Terapi Nebulizer Dan Fisioterapi Dada Terhadap Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Pada Pasien Bronkopneumonia Di IGD. *Universitas Kusuma Husada Surakarta*.

## PENCEGAHAN DEKUBITUS PADA PASIEN TIRAH BARING LAMA



OLEH:  
RISDA SIREGAR

PROGRAM STUDI TAHAP  
PROFESI NERS SEKOLAH  
TINGGI ILMU KESEHATAN  
SANTA ELISABETH MEDAN  
TAHUN 2024

### 1. Pengertian Dekubitus

Dekubitus adalah kerusakan atau kematian kulit sampai jaringan bawah kulit bahkan menembus otot sampai tulang.

Ini dapat disebabkan adanya penekanan suatu area secara terus-menerus sehingga hal ini mengakibatkan gangguan sirkulasi atau aliran darah setempat

### 2. Penyebab decubitus

#### a. faktor dalam

- Penuaan
- Penyakit (kencing manis)
- Status gizi
- Kurang darah
- Kekurangan cairan tubuh
- Penyakit-penyakit sayaraf

#### b. Faktor luar

- ❖ Kebersihan tempat tidur
- ❖ Alat-alat tenun yang kusut dan kotor
- ❖ Posisi duduk yang salah
- ❖ Posisi yang tidak tepat
- ❖ Perubahan posisi yang kurang

### 3. Pencegahan

- Merubah posisi minimal setiap 2 jam
- Duduk ditempat tidur setiap 10 menit apabila mampu
- Makanan bergizi terutama protein
- Segera bersihkan feces/urine dari kulit
- Pastikan linen/spray selalu kering
- Jaga agar kulit tetap kering terutama kulit punggung dan bokong
- Masase (PIJAT) sekitar daerah bahu, punggung, dan bokong menggunakan lotion
- Jangan menggunakan lotion pada kulit yang rusak
- Selalu periksa adanya kemerahan pada kulit



## 4. Tanda dan gejala

### Derajat I

- Perubahan suhu kulit (kulit lebih dingin atau hangat)
- Perubahan konsisten jaringan (lebih keras atau lebih lunak)
- Gatal dan nyeri
- Yang berkulit putih: warna merah menetap, biru dan ungu

### Derajat II

- Hilangnya lapisan kulit
- Luka melepuh dan dangkal

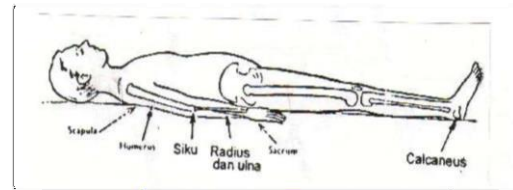
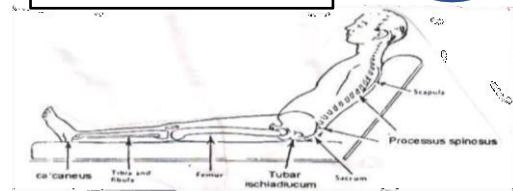
### Derajat III

- Hilangnya lapisan kulit secara lengkap
- Luka lebih dalam

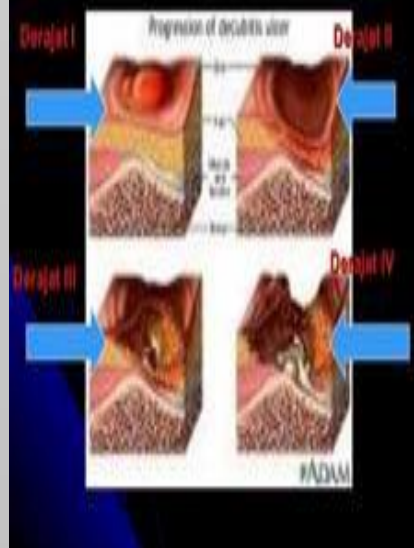
### Derajat IV

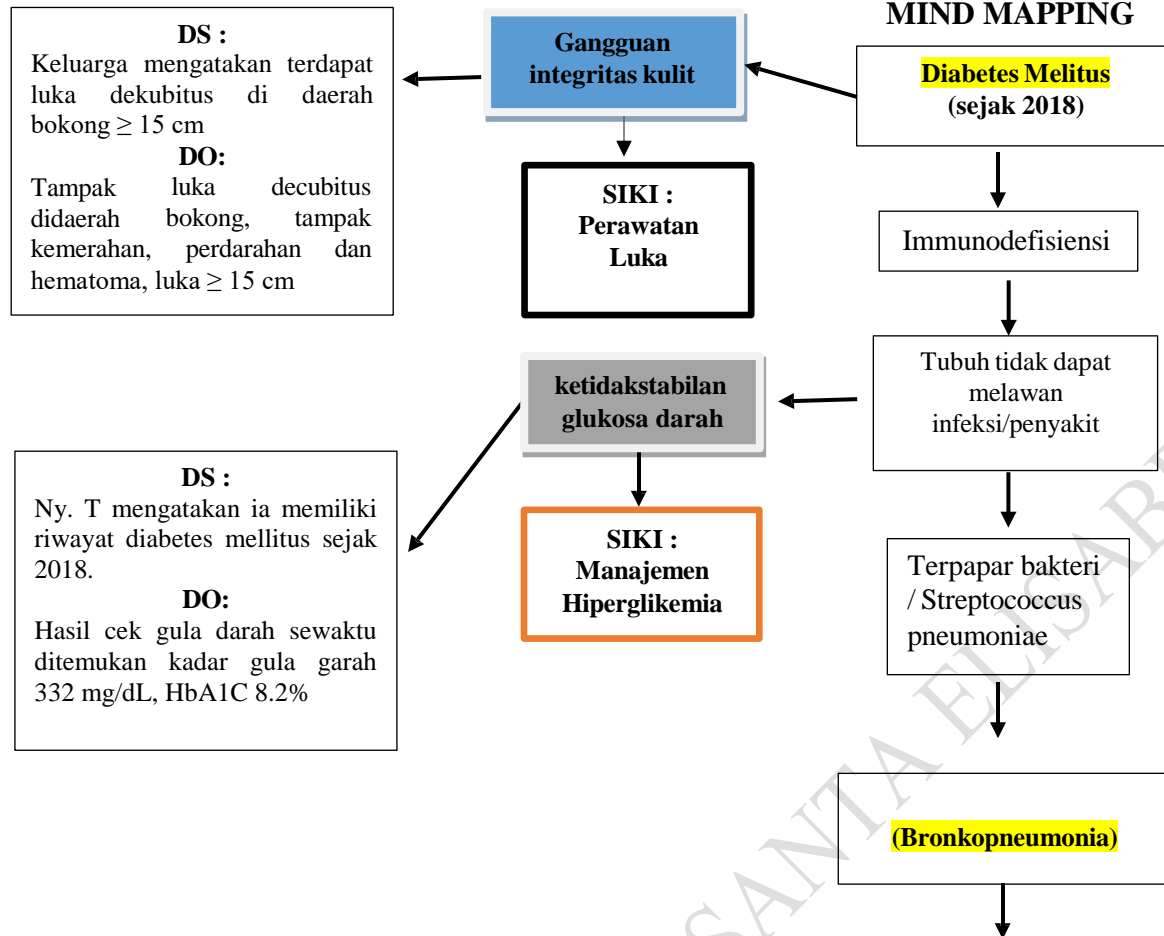
- Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dan luas
- Kerusakan otot pada tulang

## 5. Resiko Terkena Dekubitus



## Mekanisme Dekubitus





## KASUS

Ny. T usia 69 tahun di rawat diruangan lidwina pada tanggal 05 agustus 2024 dengan keluhan badan, lemas, tidak selera makan mengeluh sesak nafas, batuk, gelisah nyeri pada dada sebelah kanan saat bernafas, nyeri timbul secara terus-menerus seperti ditusuk-tusuk, dan skala nyeri 6. Ny. T tampak meringis menggunakan otot bantu nafas, baring lemah, pucat, pernafasan kusmaull, suara nafas ronchi hasil foto thorax terdapat bronkopneumonia, sulit tidur, nafsu makan menurun, diaforesis, frekuensi pernafasan 29 x/menit, SPO<sub>2</sub> 89%, nadi 116 x/menit, dan tekanan darah 130/70 mmHg. Selain itu, tampak kerusakan jaringan atau lapisan kulit (terdapat luka decubitus), menggunakan oksigen non rebrithing mask 10 L/i dan keluarga Ny. T mengatakan ia memiliki diabetes mellitus sejak 2018 yang dimana kadar gula darah Ny. T tidak terkontrol dan hasil cek gula darah ditemukan kadar gula darah 332 mg/dL serta hasil cek HbA1C didapatkan hasil 8.2%.

Peradangan di bronkus

Perubahan permeabilitas membran

Cairan terakumulasi di bronkus

Ketidakseimbangan O<sub>2</sub> & CO<sub>2</sub>

Penurunan suplai oksigen dalam darah

Dyspnea

Gangguan pertukaran gas

SIKI : Pemantauan respirasi

Terjadi penekanan saraf disekitar bronkus

Nyeri dada

Nyeri Akut

SIKI :  
Manajemen Nyeri

Hipoksia

Intoleransi aktivitas

SIKI : Manajemen energi

#### Hasil Foto Thorax (05-08-24)



**Hasil :** Diafragma dan kedua sinus tampak normal. Pada lapangan bawah paru-paru kanan tampak bercak. Jantung dalam batas normal.

**Summary :** Kesan gambaran radiologis bronchopneumonia kanan bawah.

#### DS :

Ny. T mengeluh sesak nafas, merasa lemas tampak menggunakan otot bantu nafas, dan sesak nafas.

#### DO :

Frekuensi nafas 29 x/menit, suara nafas ronchi, spo<sub>2</sub>: 89% dan hasil foto thorax terdapat bronkopneumonia kanan bawah, hasil AGD: PCO<sub>2</sub>: 32.9 mmHg **L**, PO<sub>2</sub>: 61.9 mmHg **L**, SO<sub>2</sub>: 92.3% **L**

#### DS :

Ny. T mengeluh nyeri saat bernafas,  
**P:** nyeri dada saat bernafas  
**Q:** nyeri seperti ditusuk-tusuk  
**R:** pada dada sebelah kanan  
**S:** skala nyeri 6,  
**T:** berlangsung secara terus-menerus.

#### DO :

Ny. T tampak meringis, sulit tidur, nafsu makan menurun, diaforesis, nadi 116 x/menit, dan tekanan darah 130/70 mmHg.