

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERNAFASAN: BRONKOPNEUMONIA PADA
TN. M DI RUANG RAWAT INAP ST. MARTA
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH
MEDAN 19-21 FEBRUARI
2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

Mona Valentina Sihombing
NIM. 052024025

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERNAFASAN : BRONKOPNEUMONIA PADA TN. M DI
RUANG RAWAT INAP ST. MARTA RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH MEDAN
19-21 FEBRUARI 2025**

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



Oleh:

Mona Valentina Sihombing
NIM. 052024025

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
2025**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 31 MEI 2025

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestianan Br. Karp., 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 31 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Mardiaty Barus, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.kep

Amnita Anda Y. Ginting , S.Kep., Ns., M.Kep

^{1/2}



LEMBAR PERSETUJUAN

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

Oleh :
Mona Valentina Sihombing

Medan, 31 Mei 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji

(Mardiaty Barus, S.Kep., Ns., M.Kep)

Anggota

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

(Amnita Anda Y. Ginting, 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 Tn. M di Ruang Rawat Inap St. Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 19-21 Februari 2025”**. 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 mendapat 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. Dan juga selaku penguji II saya yang telah sabar dan banyak memberikan waktu



- dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
4. Mardiaty Barus, S. Kep., Ns., M. kep selaku dosen pembimbing I sekaligus penguji I yang telah sangat sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
 5. Amnita Anda Yanti Ginting, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen penguji III saya, yang telah memberi waktu dalam membimbing dan menguji saya pada karya ilmiah akhir ini.
 6. Murni Sari Dewi Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah membantu, membimbing, dan memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
 7. Kepada seluruh dosen yang telah membimbing, memberikan dukungan, motivasi kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
 8. Teristimewa kepada kedua orangtua tercinta Bapak S. Sihombing dan Ibu D. Simanjuntak serta ketiga saudara kandung saya David Sihombing, Rudi Sihombing, dan Rona Sihombing yang telah memberi kasih sayang, nasihat, dukungan moral, dan material sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
 9. Kepada Sr.M Ludovika, FSE dan Sr.M Martha, FSE yang telah memberi kasih sayang, doa dan motivasi kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.



10. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan Tahun 2024.

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, 31 Mei 2025

Penulis

(Mona Valentina Sihombing)



DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan	3
1.3.1 Tujuan umum.....	3
1.3.2 Tujuan khusus.....	3
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat praktis.....	4
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	5
2.1. Konsep Dasar Medis.....	5
2.1.1 Defenisi Bronkopneumonia	5
2.1.2 Etiologi Bronkopneumonia	5
2.1.3 Anatomi Fisiologi	7
2.1.4 Patofisiologi Bronkopneumonia	9
2.1.5 Manifestasi Klinis	10
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik Bronkopneumonia.....	11
2.1.7 Penatalaksanaan Bronkopneumonia	13
2.2. Konsep Dasar Keperawatan.....	15
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	15
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	19
2.2.3 Intervensi Keperawatan	20
2.2.4 Implementasi Keperawatan	24
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	24
Case Study	25
BAB 3 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN	30
BAB 4 PEMBAHASAN	68
4.1. Pengkajian Keperawatan	68
4.2. Diagnosa Keperawatan	69
4.3. Intervensi Keperawatan	70
4.4. Implementasi Keperawatan	73
4.5. Evaluasi Keperawatan	74



BAB 5 Simpulan Dan Saran	76
5.1. Simpulan.....	76
5.2. Saran.....	77
5.2.1. Bagi Mahasiswa	77
5.2.2. Bagi Institusi Pendidikan.....	77
5.2.3. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.....	77
DAFTAR PUSTAKA	78



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit infeksi saluran pernapasan merupakan salah satu masalah Kesehatan yang utama morbiditas dan mortalitas di dunia, dengan bronkopneumonia salah satunya. Pneumonia lobaris atau bronkopneumonia adalah infeksi atau radang saluran pernapasan dengan manifestasi klinis seperti batuk dan sesak napas, hal ini disebabkan adanya agen infeksius seperti virus, bakteri, jamur maupun mikroorganisme lainnya.(Ns. Pangandaheng et al., 2023) Bronkopneumonia merupakan infeksi saluran pernapasan pada saluran udara kecil (bronkiolus) dan alveoli. Sehingga menyebabkan konsolidasi paru, yang merupakan adanya penumpukkan cairan atau eksudat dalam alveoli sehingga mengganggu pertukaran gas.(Jumini et al., 2024) Bronkopneumonia sangat mengancam kehidupan pada anak-anak, orang dewasa yang lebih tua dan pasien dengan kekebalan kronis lainnya yang menurunkan kondisi Kesehatan.(Narendra Putra Adi Pamungkas & dkk, 2024)

Pneumonia lobaris atau bronkopneumonia menjadi masalah Kesehatan global yang signifikan dengan prevalensi yang tinggi di seluruh populasi. Menurut WHO tahun 2020 bronkopneumonia dengan kasus kematian sebanyak 740.180 anak dibawah usia 5 tahun pada tahun 2019, dimana sebanyak 14% dari semua kematian anak di bawah 5 tahun, dan sebanyak 22% kematian anak berusia 1-5 tahun. WHO juga mengatakan bronkopneumonia sebagai penyebab penyakit tertinggi pada balita dibanding penyakit lainnya seperti malaria ataupun campak.



Dan kasus dengan bronkopneumonia banyak juga terjadi pada negara berkembang seperti Asia Tenggara yaitu sebanyak 39% dan Afrika sebanyak 30%. WHO juga menyebutkan Indonesia penyebab kematian balita terbesar dan menduduki peringkat ke 8 dunia dari 15 negara yang memiliki angka kematian balita dan anak dikarenakan bronkopneumonia. Menurut Kemenkes RI (2021) bronkopneumonia termasuk ke dalam 10 besar penyakit yang berkunjung ke rumah sakit. Profil Kesehatan Indonesia melaporkan Profil Kesehatan Indonesia (2021), menyebutkan provinsi dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita tertinggi berada di Jawa Timur (50,0%), Banten (46,2%), dan Lampung (40,6%). Sedangkan prevalensi di Kalimantan Timur (13,5%) (Kemenkes RI, 2021).

Dan Kementerian Kesehatan melaporkan, bahwasannya sebanyak 278.260 balita yang terkena bronkopneumonia pada tahun 2021. Jumlah tersebut menurun 10,20% dibandingkan dengan tahun sebelumnya sebanyak 309.838 kasus. (Titin, 2024)

Adapun beberapa faktor risiko internal dan eksternal yang mengakibatkan terjadinya bronkopneumonia, dimana polusi udara menjadi salah satu faktor risiko yang sangat penting dalam perkembangan terjadinya bronkopneumonia. WHO menunjukkan bahwa sebanyak 22% kematian orang dewasa akibat bronkopneumonia secara global yang terkait dengan paparan polusi udara. Kelompok usia lanjut, terutama mereka yang berusia 50 tahun ke atas memiliki risiko yang lebih tinggi mengalami komplikasi akibat bronkopneumonia yang diinduksi polusi. (Narendra Putra Adi Pamungkas & dkk, 2024) Faktor usia juga salah satu faktor risiko terjadinya peningkatan angka kematian akibat

bronkopneumonia di Indonesia maupun di dunia terutama pada lansia dan anak-anak. Pola hidup juga menjadi faktor resiko bronkopneumonia, dimana pola hidup yang tidak sehat seperti merokok dapat memicu terjadinya pneumonia lobularis, akibatnya terjadi sumbatan pada bronkus.(Abdjul & Herlina, 2020)

Berdasarkan penjelasan diatas mikroorganisme yang menyerang saluran pernapasan, masuk ke saluran pernapasan hingga ke paru-paru dan tepat pada bagian bronkus dan alveoli sehingga mengganggu kinerja makrofag dan terjadi infeksi, dan bila tidak ditangani sejak dini akan menimbulkan inflamasi sehingga terjadinya odema pada paru dan menghasilkan secret dengan banyak.(Abdjul & Herlina, 2020) salah satu masalah keperawatan utama pada pasien bronkopneumonia adalah ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas secara efektif. Proses infeksi yang terjadi menyebabkan adanya penumpukan secret dalam alveoli sehingga memicu siklus setingkat dimana produksi sekret yang banyak mengakibatkan pasien mengalami beberapa manifestasi klinis seperti batuk produktif, sesak napas, dan adanya suara napas tambahan. (Jumini et al., 2024)

Untuk mendiagnosis bronkopneumonia yaitu dengan pemeriksaan radiologi yaitu rontgen dada, Ct scan, kultur sputum, pcr dan bronkospi. Dan harus klinis dengan pengobatan suportif dan simptomatik tambahan. Salah satunya adalah dengan penggunaan antibiotic yang tepat.buku onl Adapun cara penanganann bronkopneumonia n_farmakologi yaitu memberikan posisi semi fowler, dimana dengan memeberikan posisis ini dapat menarik diafragma ke bawah sehingga ekspansi dada dan ventilasi paru.(Sangu & Guru, 2023)

Untuk itu, Peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan bronkopneumonia meliputi usaha promotif yaitu dengan selalu menjaga kebersihan baik fisik maupun lingkungan seperti tempat sampah, ventilasi, dan kebersihan lain-lain. Preventif dilakukan dengan cara menjaga pola hidup bersih dan sehat, upaya kuratif dilakukan dengan cara memberikan obat yang sesuai indikasi yang dianjurkan oleh dokter dan perawat memiliki peran dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan bronkopneumonia secara optimal, professional dan komprehensif.

Pemberian terapi medik dan non farmakologi yang sudah terbukti menekan terjadinya risiko perburukan dan meningkatkan derajat kesehatan pasien yang sedang menjalani perawatan di rumah sakit. Perawat harus berpikir kritis menjalankan perannya dan tanggung jawab tersebut dengan memberikan inovasi intervensi keperawatan untuk mensejahterakan pasien dengan mengurangi trauma. Secara farmakologi diberikan obat antibiotik, terapi O₂, terapi nebulizer dan secara non farmakologi biasanya dilakukan pemberian fisioterapi dada (clapping), latihan batuk efektif serta Inhalasi sederhana.(Nursakina et al, 2021)

perawat berperan sebagai care givers atau pemberi asuhan keperawatan, dimana perawat dituntut untuk mampu berpikir kritis dimulai dari pengkajian pasien hingga evaluasi setiap tindakan. Dengan usaha yang promotive, prpreventif, kuratif dan rehabilitative. Dimana usaha promotive seperti memberikan motivasi klien untuk pola hidup sehat. Usaha preventif seperti penkes ataupun edukasi Kesehatan. Usaha kuratif seperti melakukan kolaborasi antar tim medis dalam

pengobatan ataupun perawatan. Dan usaha rehabilitative seperti rehabilitas fisik dan membiasakan klien untuk mejalani pola hidup sehat.(Abdjul & Herlina, 2020)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan medikal medah pada pasien dengan Bronkopneumonia di ruangan Marta RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025?.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menerapkan asuhan keperawatan medikal bedan pada Tn. M dengan Bronkopneumonia di ruangan Santa Marta RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk melakukan pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan Bronkopneumonia
2. Untuk melakukan diagnosa keperawatan medikal bedah pada pasien dengan Bronkopneumonia
3. Untuk Bronkopneumonia perencanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan Bronkopneumonia
4. Untuk melakukan implementasi asuhan medikal bedah pada pasien dengan Bronkopneumonia



5. Untuk mengevaluasi asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan Bronkopneumonia

1.4 Manfaat

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 Tn. M di Ruang Rawat Inap St. Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 19-21 Februari 2025



1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan 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 Definisi Bronkopneumonia

Bronkopneumonia atau dikenal dengan pneumonia lobularis adalah peradangan paru-paru yang memiliki pola lokalisasi teratur yang tidak merata di bronkus dan menyebar menyebar ke jaringan paru-paru yang berdekatan. Adanya muncul area konsolidasi yang tidak merata di bronkus terminal sehingga tersumbat oleh eksudat mukopurulen dan membentuk area yang mengeras di sekitar lobus paru-paru. Kondisi ini sering terjadi sebagai akibat sekunder dari demam akibat infeksi terkait ispa dan pada orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah.(Ns. Pangandaheng et al., 2023)

Bronkopneumonia adalah peradangan supuratif yang ditandai oleh bercak-bercak di sekitar bronkus yang mungkin terlokalisasi pada satu lobus paru-paru(dr.arief)Bronkopneumonia adalah area konsolidasi inflamasi akut supuratif dimana konsolidasi terbatas pada satu lobus tetapi sering multilobaris dan terkadang bilateral dan terletak di basal karena kecenderungan sekresi ke arah lobus bawah sesuai arah gravitasi(Robbins, 2020)

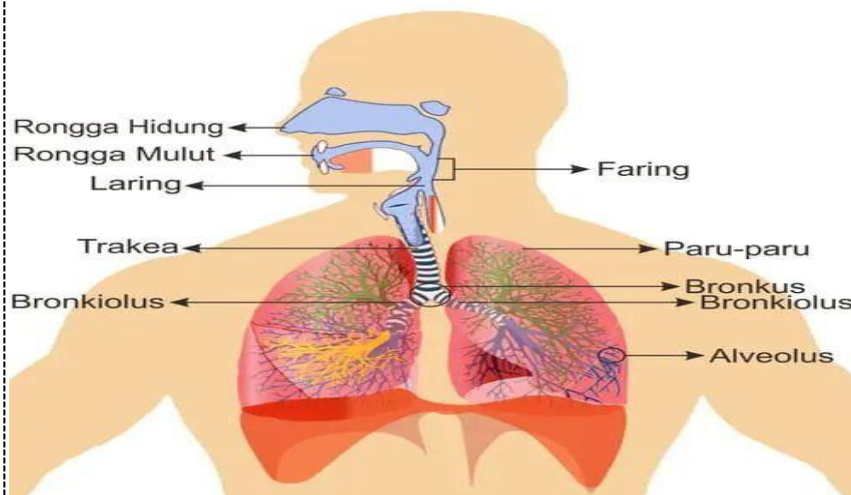
2.1.2 Etiologi Bronkopneumonia

Bronkopneumonia disebabkan infeksi oleh berbagai pathogen seperti virus, legionella pneumoniae, bakteri streptococcus, staphylococcus, influenza, klebsiella, jamur aspergillus spesies, candida albicans, protozoa, mikobakteri, mikoplasma dan riketsia.(Ns. Pangandaheng et al., 2023) Adapun faktor lain yang

menjadi pemicu masuknya bakteri pada jalan napas termasuk pada paru-paru yakni dipengaruhi status gizi.(Tonasih, 2024)

2.1.3 Anatomi Fisiologis

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.(Ummara & dkk, 2021)

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 epiglottis, 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 (Ummara & dkk, 2021)

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, 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, 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, 2024)

2.1.4 Patofisiologis Bronkopneumonia

Reaksi inflamasi dapat terjadi di alveoli, yang menghasilkan eksudat yang mengganggu difusi oksigen dan karbondioksida, bronkospasme juga dapat terjadi apabila pasien menderita penyakit jalan napas reaktif. Bronkopneumonia, bentuk pneumonia yang paling umum. Dimana penyebaran dalam model bercak yang luas dari bronki ke parenkim paru sekitarnya. Pneumonia lobar adalah istilah yang digunakan jika pneumonia mengenai bagian substansial pada satu atau lebih pada lobus yang diakibatkan oleh berbagai agen mikro spesies klebsiella, staphylococcus aureus, haemophilus influenza, staphylococcus pneumoniae dan basilus gram negative, jamur dan virus.

Inflamasi akibat yang dihasilkan oleh respon imun inang terhadap infeksi yang mengakibatkan peningkatan jumlah sel inflamasi di ruang alveolar. Akibat pantogen yang menyebabkan Mikroorganisme (jamur, bakteri, virus) awalnya mikroorganisme masuk melalui percikan ludah (droplet), invasi ini dapat masuk ke saluran pernapasan atas dan menimbulkan reaksi imunologis dari tubuh. Reaksi ini menyebabkan peradangan, dimana ketika terjadi peradangan ini tubuh menyesuaikan diri maka timbullah gejala demam pada penderita. Akibat reaksi inflamasi ini dapat menimbulkan sekret, semakin lama sekret menumpuk di bronkus maka aliran bronkus menjadi semakin sempit dan pasien dapat merasa sesak. Tidak hanya terkumpul di bronkus lama-kelamaan sekret dapat sampai ke alveolus, paru dan mengganggu sistem pertukaran gas di paru. Tidak hanya

menginfeksi saluran napas, bakteri ini juga dapat menginfeksi saluran cerna ketika ia terbawa oleh darah. Bacteri ini dapat membuat flora normal dalam usus menjadi agen patogen sehingga timbul masalah pencernaan. terjadi di alveoli yang menghasilkan eksudat yang mengganggu difusi oksigen dan karbo dioksida. Dari etiologi yang menyerang percabangan segmen/ sub bronkus menyebabkan cilia hilang dan deskuamasi sehingga terjadi pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka menyebabkan metaplasia, hyperplasia dan displasia. Bila lesi perifer yang disebabkan oleh metaplasia, hyperplasia dan displasia menembus ruang pleura, biasa timbul efusi pleura, dan bisa diikuti invasi langsung pada kosta dan korpus vertebra.

2.1.5 Manifestasi Klinis Bronkopneumonia

(Sharma, 2018) ada beberapa tanda dan gejala yang akan timbul pada pasien bronkopneumonia yaitu sebagai berikut :

- a. Menggigil
- b. Demam
- c. Nyeri dada pleuritik
- d. Batuk
- e. Dahak yang kental
- f. Kesulitan bernapas / sesak
- g. Gelisah.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik Bronkopneumonia

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan untuk mendiagnosa Bronkopneumonia adalah sebagai berikut: (Sharma, 2018)

- a. Anamnesis dan pemeriksaan fisik
- b. Foto rontgen dada.
- c. CT scan
- d. Kultur / laboratorium
- e. Histopatologi seperti bronkoskopi.
- f. Analisis ga darah

2.1.7 Penatalaksanaan Bronkopneumonia/

Adapun penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Terapi Oksigen

Jika terjadi hipoksemia, perawat dapat memberikan oksigen via masker atau nasal kanula sesuai dengan permintaan. Bahkan jika klien tidak terlalu jelas hipoksemianya, dokter dapat memberikan oksigen sesuai yang dibutuhkan untuk memperbaiki dispnea dan kecemasan.

b. Terapi Obat antibiotik

Jika klien mengalami bronkospasme, dokter dapat memberikan obat golongan bronkodilator (seeptri pada klien asma) dan kortikosteroid untuk mengurangi bronkospasme, inflamasi, edema.

c. Pengobatan Gejala

Untk mengurangi gejala seperti demam, nyeri dan batuk.



d. Pemantauan

Untuk memantau keadaan pasien dengan vital sign, klinis dan respon terhadap pengobatan. (Ns. Pangandaheng et al., 2023)

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien Bronkopneumonia adalah sebagai berikut

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan awal dari proses asuhan keperawatan dan merupakan satu proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien, data yang dikumpulkan ini meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yaitu pengumpulan data dan analisa data.

b. Pengumpulan Data Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun data atau informasi dari pasien yang meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual yang secara komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien terkait status kesehatan sehingga dapat mengarah untuk melaksanakan tindakan keperawatan.

c. Identitas Nama pasien, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, umur.

d. Keluhan utama

Nyeri hebat pada dada, dan mengalami kesulitan dalam bernapas.

e. Riwayat penyakit terdahulu

Hal ini meliputi penyakit yang pernah dialami apakah pernah di rawat di rumah sakit sebelumnya, pengobatan yang pernah dilakukan alergi

pasien, dengan ca paru biasanya memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan sistem pernapasan.

f. Genogram

Hal ini adalah data yang meliputi grafik keluarga hubungan keluarga.

g. Pemeriksaan fisik B1 (Sistem pernapasan), B2 (Sistem kardiovaskuler), B3 (Sistem persyarafan), B4 (Sistem perkemihan), B5 (Sistem pencernaan), B6 (Sistem muskuloskeletal). (Nursalam, 2013)

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. Daftar diagnosa keperawatan yang mungkin muncul dari hasil pengkajian pada pasien Bronkopneumonia menurut tim pokja sdki dpp ppni, 2017

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b/d Hipersekresi jalan napas
2. Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik
3. Hipertemi b/d Proses Penyakit
4. Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan TPDP, 2017

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 : (PPNI Tim Pokja SIKI DPP, 2018)

- 1) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b/d Hipersekresi jalan napas.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan jalan

napas pasien efektif Kriteria Hasil :

- b) Pasien tidak mengalami sesak napas
- c) Tidak ada suara tambahan napas
- d) Suplai oksigen 95-100% d) Tidak menggunakan otot bantu

(PPNI Tim Pokja SLKI DPP, 2022)

Intervensi dan Rasional

- a) Observasi pola napas pasien R/Untuk mengidentifikasi pola napas pasien b) Berikan oksigen tambahan R/Untuk membantu suplai oksigen pasien
- b) Berikan Posisi Semi fowler R/Dilakukan agar pasien tidak mengalami sesak napas
- c) Edukasi kepada Pasien atau Keluarga terkait kondisi yang dialami R/Untuk membantu dalam prose penyembuhan pasien
- 1) Kolaborasi dengan tim medis lain untuk pemberian Bronkodilator R/Untuk tindakan mengeluarkan sekret pada pasien (PPNI Tim Pokja SIKI DPP, 2018)



Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pada pasien dapat berkurang Kriteria Hasil :

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun Sikap protektif menurun (PPNI Tim Pokja SLKI DPP, 2022)

Intervensi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - b) Identifikasi skala nyeri R/Untuk mengetahui skala nyeri pada pasien
 - c) Identifikasi nyeri non-verbal R/Untuk mengetahui respon nyeri non verbal
 - d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/Untuk mengetahui faktor memperberat dan memperingan nyeri yang
 - e) Control lingkungan yang memperberat kualitas nyeri R/Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri
 - f) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri R/Untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri
 - g) Kolaborasi pemberian analgesik R/ Pemberian obat anti nyeri (PPNI Tim Pokja SIKI DPP, 2018)
- 2) Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, pasien mampu menjalankan aktivitas seperti semula sebelum sakit Kriteria:

Hasil :

- a) Suplai oksigen dalam tubuh pasien dalam batas normal 96%-100%
- b) Pasien mampu beraktivitas secara mandiri
- c) Tidak mengalami perubahan pola napas saat aktivitas (PPNI Tim Pokja SLKI DPP, 2022)

Intervensi dan Rasional

- a) Identifikasi pola aktivitas pasien R/ Untuk mengetahui penyebab dari ketidaknyamanan saat aktivitas
- b) Berikan lingkungan yang nyaman pada pasien R/Guna mempermudah pasien dalam beristirahat
- c) Anjurkan aktivitas secara bertahap R/Untuk mempermudah pasien dalam melaksanakan aktivitas
- d) Kolaborasi dengan tim medis lain R/untuk tindak lanjut terapi atau diet yang diberikan pada pasien (PPNI Tim Pokja SIKI DPP, 2018)

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 (PPNI Tim Pokja SIKI DPP, 2018)



2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai, pada bagian evaluasi ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga akan timbul masalah baru pada pasien sesuai dengan kondisi situasional pasien setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan seluruh masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi .(Nursalam, 2013)



CASE STUDY

Pada tanggal 18 Februari 2025 seorang pasien laki-laki 70 tahun (Tn. M) dibawa oleh anaknya datang ke IGD dengan keluhan sesak napas pada saat beraktivitas yang dialami pasien sejak 1 minggu terakhir. Pasien memiliki riwayat Pneumonia pada 2024. Kemudian Tn.M disarankan untuk rawat inap. Pada tanggal 18 Februari 2025 Mahasiswa melakukan pengkajian berupa pemeriksaan fisik dan pemeriksaan vital sign dimana didapat TD : 151/89 mmHg, HR : 89 x/i, RR : 26x/i, T : 39,9°C. Pasien tampak lemas, tegang, khawatir. Pada pasien dilakukan pemeriksaan diagnostik yaitu foto thorax.



BAB III
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Mona V. Sihombing NIM: 052024025

Unit : Immunocompromised Tgl. Pengkajian : 19-02-2025

Ruang/Kamar : Marta/44_1

Waktu Pengkajian: 09.30 WIB

Tgl. Masuk RS : 18-02-2025

Auto Anamnese : ☒

Allo Anamnese : ☒

1. IDENTIFIKASI

a. KLIEN

Nama Initial : Tn. M

Tempat/Tgl Lahir (umur) : Barus Pakkat, 15 Mei 1954 (70 tahun)

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☒ Perempuan Status

Perkawinan : Kawin

Jumlah Anak : 5

Agama/Suku : Kristen Protestan / Batak Toba

Warga Negara : ☒ Indonesia ☐ Asing

Bahasa yang Digunakan : ☒ Indonesia

☒ Daerah : Batak Toba

☐ Asing

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Petani

Alamat Rumah : Jl. Barus Pakkat, Barus Utara

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. B

Alamat : Jl. Barus Pakkat, Barus Utara



Hubungan dengan klien : Anak

2. DATA MEDIK

a. Dikirim oleh : ☒ UGD (Dr. Dameria)

☐ Dokter praktek

b. Diagnosa Medik :

b.1. Saat Masuk : Sups 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 nasal kanul 5 L/i dan IVFD RingAS 20
tts/menit

Lain-lain : injeksi paracetamol 1fls, ranitidine dan ondansetron

1a.

(*pilih sesuai kondisi pasien)

b. RIWAYAT KESEHATAN

1). Keluhan Utama :

Tn.M mengatakan sesak pada saat melakukan aktivitas.

2). Riwayat kesehatan sekarang

Tn. M mengatakan merasa sesak dan batuk, nyeri dada disebelah kiri P : Nyeri saat bernafas dan batuk, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Dibagian dada kiri, S : 7, T : hilang timbul (pengukuran nyeri dengan alat ukur nyeri Visual Analogue Scale {VAS}). mual dan muntah serta tidak selera makan sejak di rawat di Rumah Sakit. Tn.



M tampak sesak nafas dan menggunakan otot bantu nafas dan gelisah.

3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Ny.B mengatakan Tn.M memiliki riwayat Bronkopneumonia sejak akhir tahun 2024.

4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran :

- 1). **Kualitatif** : ☒ Composmentis ☐ Somnolens
☐ Apatis ☐ Soporocomatous

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 : 105/82 mm Hg

MAP : 89 mm Hg

Kesimpulan : Normal

d. Suhu : 38,1°C ☐ Oral ☒ Axillar ☐ Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 25 X/menit

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

2). Jenis : ☒ Dada ☐ Perut

5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : 172 cm

Berat Badan : 70 kg

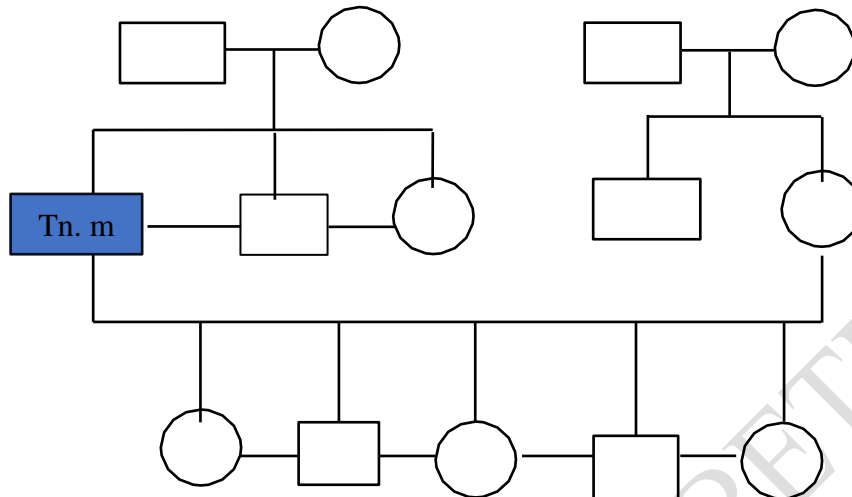
IMT : 23,7

Kesimpulan : Normal

Catatan : Indeks massa tubuh dalam rentang normal



6. GENOGRAM : (3 generasi / keturunan)



Ket :

- : laki-laki
- : Perempuan
- : Meninggal
- : Klien
- : Serumah.

Keterangan : Hingga saat ini hanya Tn. M yang memiliki riwayat penyakit Bronkopneumonia

7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

I. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN

1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :

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

	Kapan	Catatan
Bronkopneumonia	2024	Telah terdiagnosa pada bulan 9 2024

	Kapan	Catatan
		-



2). Data Subyektif

Tn. M mengatakan pada tahun 2024 telah didiagnosa Bronkopneumonia, yaitu pada bulan September 2024.

3). Data Obyektif

- Kebersihan rambut : Bersih berwarna hitam
- Kulit kepala : Bersih
- Kebersihan kulit : Bersih dan tidak kering
- Kebersihan rongga mulut : Bersih
- Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
- Kebersihan anus : Tidak dikaji

I. NUTRISI DAN METABOLIK

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. M mengatakan sebelum sakit ia tidak memiliki alergi makan atau minuman dan makan 3 kali sehari dan menghabiskan 1 porsi yang terdiri atas nasi, ikan, sayur, dan buah serta menghindari konsumsi makan manis dan daging berlebihan, minum 6-8 gelas sehari dan mampu secara mandiri dalam menyediakan makan.

b. Keadaan sejak sakit

Ny.B mengatakan sejak Tn.M dirawat di Rumah Sakit tidak selera makan makanan Rumah Sakit, merasa mual dan muntah. Nafsu makan menurun, makan 3x sehari namun habis hanya $\frac{1}{4}$ porsi yang terdiri dari bubur, ikan, sayur, buah. Untuk minum Tn. M masih tetap minum 6-8 gelas per hari serta perlu bantuan orang lain untuk makan dan minum serta menyediakan makanan.

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : Bersih dan rambut hitam.



- 32



- Nyeri tekan: ☐ R. Epigastrica
☐ Titik Mc. Burney
☐ R. Suprapubica
☐ R. Illiaca
 - = Perkusi Tympani
 - * Ascites ☒ Negatif
☐ Positif, Lingkar perut 90 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 18 Februari 2025 ditemukan bercak putih pada paru kiri.
- Hasil cek gula darah sewaktu pada tanggal 18 Februari 2025 didapatkan gula darah 130 mg/dL.

II. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. M mengatakan BAB 1 kali sehari setiap pagi, konsistensi BAB padat dan BAK \pm 5-6 kali dalam sehari serta tidak ada gangguan saat BAB maupun BAK dan mampu melakukannya secara mandiri tanpa bantaun orang lain.



b. Keadaan sejak sakit

Tn. M mengatakan tidak bisa BAB sejak masuk rumah sakit, BAK lancar namun dengan bantuan anaknya menggunakan pispot diatas tempat tidur.

2). **Data Obyektif**

a. **Observasi**

Tn. M tampak BAK diatas tempat tidur menggunakan pispot.

b. **Pemeriksaan Fisik**

- Palpasi Suprapubika : ☐ - Kandung kemih penuh
☒ √ Kosong
- Nyeri ketuk ginjal :
 - = Kiri : ☒ √ Negatif ☐ - Positif
 - = Kanan : ☒ √ Negatif ☐ - Positif
- Mulut Urethra : Tidak dikaji
- Anus : Tidak dikaji
 - = Peradangan : ☒ √ Negatif
 - = Hemoroid : ☒ √ Negatif
 - = Penemuan lain : Tidak ada

III. **POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN**

1). **Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. M mengatakan sebelum sakit ia mampu beraktivitas dalam kegiatan sehari-hari baik di rumah maupun di luar rumah.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. M mengatakan sejak sakit ia tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari seperti biasa baik di rumah maupun diluar rumah, Tn. M merasa mudah lelah dan tubuh terasa



lemas serta sesak saat melakukan banyak aktivitas dan hanya bisa bertukar posisi di atas tempat tidur.

2). Data Obyektif

a). Observasi

b). Aktivitas Harian

- | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|--|---|-----------|---|-----------------------|---|-----------------|---|--------------------------|---|-----------------|
| - Makan | <input type="text" value="2"/> | <table border="1"><tr><td>0</td><td>: mandiri</td></tr><tr><td>1</td><td>: bantuan dengan alat</td></tr><tr><td>2</td><td>: bantuan orang</td></tr><tr><td>3</td><td>: bantuan orang dan alat</td></tr><tr><td>4</td><td>: bantuan penuh</td></tr></table> | 0 | : mandiri | 1 | : bantuan dengan alat | 2 | : bantuan orang | 3 | : bantuan orang dan alat | 4 | : bantuan penuh |
| 0 | : mandiri | | | | | | | | | | | |
| 1 | : bantuan dengan alat | | | | | | | | | | | |
| 2 | : bantuan orang | | | | | | | | | | | |
| 3 | : bantuan orang dan alat | | | | | | | | | | | |
| 4 | : bantuan penuh | | | | | | | | | | | |
| - Mandi | <input type="text" value="2"/> | | | | | | | | | | | |
| - Berpakaian | <input type="text" value="2"/> | | | | | | | | | | | |
| - Kerapian | <input type="text" value="2"/> | | | | | | | | | | | |
| - Buang air besar | <input type="text" value="2"/> | | | | | | | | | | | |
| - Buang air kecil | <input type="text" value="2"/> | | | | | | | | | | | |
| - Mobilisasi ditempat tidur | <input type="text" value="0"/> | | | | | | | | | | | |
| - Ambulasi | <input type="text" value="2"/> | | | | | | | | | | | |
- Postur tubuh / gaya jalan: postur tubuh Tn.M membungkuk
- Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : Normal < 3 detik
- Thorax dan Pernafasan
 - = Inspeksi : thorax simetris
 - * Stridor ☒ Negatif ☐ Positif
 - * Dyspnea d'effort ☐ Negatif ☒ Positif
 - * Sianosis ☒ Negatif ☐ Positif
 - = Palpasi : Vokal Fremitus ada
 - = Perkusi : ☐ Sonor ☐ Redup(kiri) ☒ Pekak
 - Batas paru hepar : ICS 6 Dextra



Kesimpulan : Tidak ada kelainan

= Auskultasi :

Suara Napas : Vesikuler

Suara Ucapan :Getaran kiri pekak

Suara Tambahan : Ronchi

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : Tidak ada kelainan

= Palpasi : Ictus Cordis : ICS 5 linea medioclavucul

Thrill: ☒ Negatif ☐ Positif

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

Batas atas jantung : ICS-2 Sternalis Dextra

Batas kanan jantung : Mid sternalis Dextra

Batas kiri jantung : ICS-5 Media Clavicularis Sinistra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : ICS-2 Mid Sternalis

Bunyi Jantung II P : ICS-3 Sternalis Sinistra

Bunyi Jantung I T : ICS-4 Sternalis Sinistra

Bunyi Jantung I M : ICS-5 Medio Calvicularis Sinistra

Bunyi Jantung III Irama Gallop : ☒ Negatif ☐ Positif

Murmur : ☒ Negatif

☐ Positif : Tempat :.....

Grade :

HR : 114 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



IV. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

a. Keadaan sebelum sakit

b. Keadaan sejak sakit

Ny. B mengatakan bahwa Tn. M dapat tidur di malam hari namun sewaktu-waktu terbangun karena merasa tidak nyaman akibat dari batuknya, pada siang hari juga bisa tidur namun hanya sebentar karena lingkungan.

37



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

Tn. M mengatakan ia masih ingat hal-hal apa saja yang terjadi, tidak memiliki masalah pembauan, perasa, pengecap tetapi penglihatan dan pendengaran mulai menurun.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. M mengatakan ia tidak mengetahui penyakitnya dan merasa cemas karena baru belakangan ini ia merasakan sakitnya yang tidak kunjung sembuh dan merasa lemas pada tubuh dan nyeri pada dada saat bernafas dan batuk, nyeri secara terus menerus seperti ditusuk-tusuk.

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

Tn. M tampak mampu menjawab pertanyaan perawat, mengerti dengan apa yang perawat sampaikan. Tampak lemah dan wajah tampak meringis setiap memiringkan tubuh ke sebelah kiri. tetapi tampak lebih nyaman dengan posisi semi fowler.

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

Tn. M mengatakan ia merasa percaya diri sebelum sakit dan merasa tubuhnya sehat-sehat saja sehingga sering berkumpul dengan teman maupun keluarga baik di rumah atau di luar rumah.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. M mengatakan pada awal ia sakit ia masih tetap semangat untuk menjalani pengobatan, tetapi merasa tubuhnya semakin lemah sehingga Tn. M merasa khawatir dan takut bahwa sakitnya tak akan bisa sembuh lagi dan selalu ingin tau sakitnya. Akan tetapi Ny. B mengatakan merahasiakan penyakit Tn. M karena takut membuat Tn. M cemas.

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 : Jelas dan Sopan

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

Ny. B mengatakan ayahnya berperan sebagai ayah dan oppung di rumah, Tn. M juga sangat dekat dengan keluarganya dan sering berkumpul bersama seperti di hari libur.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. M mengatakan setelah sakit ia tetap dekat dengan keluarga tetapi tidak bisa berkumpul karena ia dirawat di rumah sakit.

**2). Data Obyektif
Observasi**

Ny. B tampak selalu menemani Tn. M saat di rawat di Rs, anak Tn. M bergantian datang berkunjung di rumah sakit.

VIII. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tidak dikaji

b. Keadaan sejak sakit

Tidak dikaji

2). Data Obyektif

a. Observasi

Tn. M tampak tidak memiliki masalah seksual.



b. Pemeriksaan Fisik

Tidak dikaji

IX. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. M mengatakan jika ia stress maka ia akan cerita pada anaknya untuk mengurangi stress yang dirasakan dan mendiskusikan bersama-sama dengan keluarga jika terdapat suatu masalah.

b. keadaan sejak sakit

Ny. B mengatakan sejak sakit Tn. M sering bertanya tentang sakitnya.

2). Data Obyektif

a). Observasi

Tn. M tampak tegang dan cemas, selalu bertanya mengenai sakitnya setiap kali perawat memberikan tindakan.

b). Pemeriksaan Fisik

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

I. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. M mengatakan ia beragama kristen protestan, rajin beribadah ke gereja setiap hari minggu, mengikuti ibadah lingkungan sekitar tempat tinggalnya, dan sering mengikuti acara-acara

b. Keadaan sejak sakit

Tn.M mengatakan sejak sakit ia lebih berpasra pada Tuhan tentang sakitnya karena tak kunjung sembuh. Dan masih tetap berdoa pada



Tuhan.

2). Data Obyektif

Observasi

Tn. M tampak berdoa sebelum makan dan wajah tampak pasrah.

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Mona Valentina Sihombing)



Daftar Terapi Tn. M

No	Jenis Obat	Manfaat	Dosis
1	Infus RL	Pengobatan asidosis (bd dehidrasi dan ion alkali)	20 tts/menit
2	Inj Levofloxacin	Antibiotic untuk menghambat reaksi bakteri	750 mg/hari
3	Inj Omeprazole	Mengurangi produksi asam lambung	1 vial/12 jam
4	Inj Ketorolac	Mengurangi nyeri	1 amp/8 jam
5	Inj Dexametason	Mengurangi peradangan dan reaksi alergi	1 amp/ 12 jam
6	Infus Paracetamol	Mengurangi demam	1 fls/8jam
7	Nebulizer Salbutamol	Mengurangi sesak napas	Per 12 jam
8	Nebulizer Budesma	Mengurangi sesak napas	1 amp/8 jam
9	Codein	Meredahkan nyeri dan batuk	3 x 1 tab
10	Doxycycline	Mengatasi infeksi	2 x 100mg
11	Cetirizin	Meredakan reaksi alergi pada tenggorokan	2 x 1 tab
12	Acetylcysteine	Mengencerkan sputum	
13	Curcuma	Membantu memperbaiki nafsu makan	2 x 1 tab



Hasil Foto Thorax (18 Februari 2025) :

Name : Thorax

Result : AP Supine

- Diaphragmae dan kedua sibus tampak normal
- Jantung dalam batas normal
- Pada lapangan bawah paru-paru kiri tampak bayangan bercak.

Summary : bronchopneumonia kiri bawah.

Hasil Cek Gula Darah Sewaktu (18 Februari 2025) :

Didapatkan hasil kadar glukosa darah sewaktu 130 mg/dL.

Hasil Laboratorium :

Cek Darah Lengkap (18 Februari 2025)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leucocyte (WBC)	10,8 H	$10^3/\text{mm}^3$	3.8 – 10.6
Erythrocyte (RBC)	3.51 L	$10^3/\text{mm}^3$	4.40 – 5.90
Hemoglobin (HB)	10,5 L	g/dL	13.2 – 17.3
Hematocrit (HCT)	28.7 L	%	40.0 – 52.0
Platelet (PLT)	375	$10^3/\text{mm}^3$	150 - 400
Redcell Distribution Width (RDW)	15.9 H	%	11.5 – 14.5
Lymphocyte (LYM)	11.7 L	%	25.0 – 40.0



Netrophyl	71,8 H	%	50.0 – 70.0
Eosinophil	0,2 L	%	2.0 – 4.0
LED	105 H	mm/Jam	0 – 10

ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn. M / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 -1

D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		



<ul style="list-style-type: none"> - Tn. M mengeluh sesak nafas dan batuk. - Tn. M mengeluh sulit mengeluarkan sputum 	<ul style="list-style-type: none"> a) Batuk Tn. M tampak tidak efektif b) tidak mampu mengeluarkan sputum, c) Rr : 25 x/menit, d) Suara nafas tambahan ronchi e) Hasil foto thorax Pada lapangan bawah paru-paru kiri tampak bayangan bercak 	Sekresi yang Tertahan	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D. 0001)
Tn. M mengeluh nyeri	<ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M tampak meringis. b. P : Batuk Q : Ditusuk-tusuk R : Dada Kiri S : 7 T : Hilang timbul c. Gelisah d. P : 114 x/menit e. Rr : 25 x/menit 	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (D.0077)
<ul style="list-style-type: none"> - Tn. M merasa khawatir dan takut bahwa sakit nya tak akan bisa sembuh lagi dan selalu ingin tau sakitnya 	<ul style="list-style-type: none"> a. Tn.M Selalu bertanya pada perawat terhadap setiap tindakan yang diberikan b. Kontak mata kurang c. P : 114x/i d. Rr : 25x/i e. Muka tampak pucat f. ... 	Kurang terpapar informasi	Ansietas (D. 0080)



--	--	--	--



DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 1

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan Batuk Tn. M tampak tidak efektif tidak mampu mengeluarkan sputum, Rr : 25 x/menit, Suara nafas tambahan ronchi dan Hasil foto thorax Pada lapangan bawah paru-paru kiri tampak bayangan bercak.	Mona
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan Tn. M mengeluh nyeri saat batuk, nyeri seperti ditusuk-tusuk, pada dada sebelah kiri, skala nyeri 7, dan berlangsung secara hilang timbul. Tn. M tampak meringis, sulit tidur, nafsu makan menurun, P : 114 x/menit, Rr : 25 x/menit.	
3	Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi ditandai dengan Tn.M Selalu bertanya pada perawat terhadap setiap tindakan yang diberikan, Kontak mata kurang, P : 114x/i, Rr : 25x/i, dan Muka tampak pucat.	



PRIORITAS MASALAH

Nama/Umur : Tn. M / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 1

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Nama jelas
1	19 Februari 2025	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan Tn. M mengeluh sesak nafas dan batuk, tampak tidak mampu batuk yang efektif, sulit mengeluarkan sputum, Rr : 25 x/i, suara nafas tambahan ronchi, tampak gelisah, hasil foto thorax terdapat bayangan bercak pada paru kiri/ bronkopneumonia	Mona
2	19 Februari 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan Tn. M mengeluh nyeri saat bernafas dan batuk, nyeri seperti ditusuk-tusuk, pada dada sebelah kiri, skala nyeri 7, dan berlangsung secara terus-menerus. Tn. M tampak meringis, sulit tidur, nafsu makan menurun, P : 114 x/menit, Rr :25 x/menit.	
3	19 Februari 2025	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan Tn. M merasa khawatir dan takut bahwa sakitnya tak akan bisa sembuh lagi, dan selalu ingin tau sakitnya.	



		tampak gelisah, tegang, tampak pucat, selalu bertanya pada perawat setiap tindakan yang diberikan, kontak mata kurang, P : 114x/i, RR : 25x/i.	



RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 1

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	Bersihkan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihkan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif menjadi meningkat 2. Terdapat ronchi menjadi menurun 3. Produksi sputum menjadi menurun 4. Frekuensi nafas menurun	Manajemen Jalan nafas (I. 01011) Observasi : 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitorotting sputum (jumlah, warna) Terapeutik : 1. Posisikamsxn semi-fowler atau fowler 2. Berikan minum hangat 3. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi : 1. Ajarkan teknik batuk efektif.	Observasi 1. Mengetahui tanda dan gejala awal serta perubahan pola nafas pada pasien 2. Mengetahui bunyi nafas pasien jika mengalami gangguan 3. Mengetahui jumlah dan warna sputum pasien Terapeutik 1. Agar pasien tidak sesak nafas 2. Membantu pasien bernafas Edukasi Membantu pasien mengeluarkan



			<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu 	<p>dahak secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Obat inhalasi untuk membantu mengencerkan dahak, Levofloxacin sebagai antibiotik, Codein</p>
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis Nyeri Akut	<p>Tingkat Nyeri (L. 08066)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur 4. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri pada pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri 2. Untuk mencukupi istirahat tidur pasien



3	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi	<p>Tingkat Ansietas (L. 09093)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi khawatir menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun 	<p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan - Perikasa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu, pernafasan - Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan manfaat terapi relaksasi - Anjurkan mengambil posisi nyaman <p>Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi.</p>	<p>Observasi</p> <p>Untuk mengetahui teknik relaksasi yang akan digunakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>Klien merasa nyaman</p> <p>Edukasi</p> <p>Klien merasa nyaman, kecemasan atau ansietas berkurang</p>



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 1

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
19-02-2025		09:30	Melakukan pengkajian umum dan head to toe kepada Tn. M dengan diagnosa medis Bronkopneumonia Hasil: Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis (GCS 15), pasien terbaring lemah, Tn. M mengeluh sesak napas dan batuk.	Mona
	1	09:40	Memonitor pola napas, frekuensi napas Hasil : P : 114x/i, SPO2 : 98% Pola napas : Terpasang oksigen nasal kanul 5 L/i	
	1	09:45	Memonitor bunyi napas Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi.	
	1	09:45	Memposisikan klien posisi semi fowler Kolaborasi memberikan terapi nebulizer ventolin dan pulmicort.	
	2	09:50	Melakukan identifikasi nyeri pada Tn. M (menggunakan alat pengukur nyeri Visual Analogue Scale { VAS }). Hasil: Tn. M mengatakan nyeri pada dada setiap bernafas dan batuk, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan berlangsung secara terus-menerus dengan skala nyeri.	
	1	10:05	Mengajarkan klien untuk batuk efektif Hasil : klien dapat melakukan batuk efektif	
	1,2,3	10:30	Melakukan observasi vital sign : TD : 110/85 mmHg	



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

			P : 100 x/i Rr : 25x/i T : 37,5°C SPO2 : 98%	
	3	11:00	Mengajarkan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan klien	Mona
	1,2,3	12:30	Menganjurkan mengambil posisi nyaman (Tn. M tampak nyaman dengan posisi semi fowler)	
	2,3	13:30	Kolaborasi pemberian obat oral curcuma, mst Menganjurkan untuk tirah baring dan meminimalkan aktivitas Hasil : klien banyak melakukan aktivitas di tempat tidur	



PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 1

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
20-02-2025	2	15:30	Mengidentifikasi nyeri Hasil: Tn. M mengatakan nyeri pada dada setiap bernafas dan batuk, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan berlangsung secara terus-menerus dengan skala nyeri 5	Mona
	1,2,3,	16:00	Melakukan observasi vital sign : TD : 110/90 mmHg P : 105 x/i Rr : 24x/i T : 37,5°C SPO2 : 99%	
	1		Terpasang oksigen nasal kanul 4L/i	
	1	16:40	Memonitor bunyi napas Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi	
	1,2	17:00	Kolaborasi pemberian inj levofloxacin, inj ondansentro, nebulizer salbutamol	
	1	17:20	Mengajarkan batuk efektif Hasil: setelah dilakukan tindakan pemberian nebulizer, Tn. M merasa lebih lega dan sputum sedikit keluar, konsistensi kental, berwarna kuning kehijauan	
	2	17:30	Melakukan identifikasi nyeri pada Tn. M Hasil: Tn. M mengatakan nyeri pada dada sudah berkurang. Nyeri setiap bernafas dan batuk, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul, skala nyeri 4	



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

1,2,3	18 :45	Kolaborasi pemberian obat oral curcuma dan mst
2,3	19:10	Mengganti cairan infus Tn. M Hasil: Terpasang cairan RL 20 tetes/menit Menganjurkan Tn. M tirah baring dan menghubungi perawat jika kelelahan tidak berkurang
3	20:00	Mengevaluasi perasaan klien Hasil : Tn.M mengatakan merasa khawatir dan takut ia tidak bisa sembuh lagi. Tampak tegang
3	20:50	Memberikan terapi relaksasi yaitu aromaterapi lavender Hasil ; Tn. M mengatakan suka dengan aromaterapinya



PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 1

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
21-02-2025	3	07:30	Memantau pola tidur Tn. M Hasil: Tn. M mengatakan sudah bisa tidur dengan penerangan lumayan gelap dan terpasang oksigen nasal kanul 4L/ mnt.	Mona
	3		Mengevaluasi perasaan klien setelah diberi aromaterapi lavender Hasil : Tn. M mengatakan ia dapat tidur dan istirahat dengan baik, megatakan perasaannya lebih tenang	
	1,2,4	08:00	Memberikan obat dengan prinsip 6 benar kepada Tn. M a) Inj. Omeprazole (IV) b) Inj. Dexametason c) oral Cetirizine, acetylcystein, mst	
	1	09:00	Memonitor bunyi napas Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi	
	1		Memposisikan klien posisi semi fowler Kolaborasi memberikan terapi nebulizer salbutamol dan budesma. Hasil: Setelah pemberian terapi uap Tn. M mengatakan sputum lebih mudah dikeluarkan, kuning kehijauan dan dapat bernapas dengan lebih lega.	
	1,2,3	09:30	Memantau cairan infus Tn. M Hasil: Terpasang cairan RL 20 tetes/menit	
	1,2,3	10:00	Kolaborasi pemberian Inj omeprazole	
	1,2,3	10:30	Melakukan observasi vital sign : TD : 110/80 mmHg	



			P : 95 x/i Rr : 23x/i T : 36,8°C SPO2 : 99% Terpasang O2 nasal kanul 3L/i	
	3	11:10	Mengajarkan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan klien	
	1,3	11:30	Menganjurkan mengambil posisi nyaman	
		12:30	Kolaborasi pemberian obat oral curcuma, mst	
	1,2,3	13:00	Menganjurkan untuk tirah baring dan meminimalkan aktivitas Hasil : klien melakukan aktivitas di tempat tidur	Mona



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 1

TANGGAL	EVALUASI (SOAP)	NAMA JELAS
19 Februari 2025	<p>S= Tn. M mengatakan sesak saat bernafas dan batuk, memberat ketika mobilisasi di tempat tidur.</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. M tampak nyaman dengan posisi semi fowlerTD : 110/85 mmHgP : 100 x/iRr : 25x/iT : 37,5°CSPO2 : 98%- Tampak dapat batuk dengan efektif- Tn. M tampak sesak, gelisah- Masih terdengar bunyi napas ronchi <p>A= Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan fisioterapi dada jika perlu- Pantau TTV pasien- Lanjutkan intervensi keperawatan	Mona
2	<p>S= Tn. M mengatakan nyeri dibagian dada, nyeri seperti ditusuk-tusuk memberat ketika batuk, skala nyeri 7</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. M tampak nyaman dengan posisi semi fowlerTD : 110/80 mmHgP : 100 x/iRr : 25x/iT : 37,5°C	Mona



	<p>SPO2 : 98%</p> <ul style="list-style-type: none">- Terpasang oksigen 5L/mnt <p>A= Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P =</p> <ul style="list-style-type: none">- Berikan posisi yang nyaman dengan semi fowler- Kolaborasi pemberian analgetik- Intervensi dilanjutkan	
3	<p>S= Tn. M mengatakan khawatir terhadap kondisi nya</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. M tampak tegang- Selalu bertanya apa sakitnya saat diberikan tindakan keperawatan yang dilakukan- P : 100x/i <p>A= Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none">- Pantau TTV pasien- Lanjutkan intervensi keperawatan.	Mona



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 1

TANGGAL	EVALUASI (SOAP)	NAMA JELAS
20 Februari 2025 1	<p>S= Tn. M mengatakan sesak napas berkurang, merasa lebih lega, masih batuk.</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. M tampak nyaman dengan posisi semi fowlerTD : 110/90 mmHgP : 105 x/iRr : 24x/iT : 37°CSPO2 : 99%- Terpasang oksigen nasal kanul 4L/i- Tampak sesak berkurang- Sputum sedikit keluar, konsistensi kental, berwarna kuning kehijauan <p>A= Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan pemantauan respirasi yaitu monitor pola napas, bunyi napas tambahan, posisikan semi fowler.- Intervensi dilanjutkan	Mona
2	<p>S= Tn. M mengatakan nyeri masih ada pada dada setiap bernafas dan batuk, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan berlangsung secara terus-menerus dengan skala nyeri 5</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. M tampak nyaman dengan posisi semi fowlerTD : 115/90 mmHgP : 105 x/iRr : 24x/i	Mona



	<p>T : 37°C SPO2 : 99% Terpasang oksigen nasal kanul 4L/i</p> <p>A= Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P =</p> <ul style="list-style-type: none">- Berikan posisi yang nyaman dengan semi fowler- Kolaborasi pemberian analgetik- Intervensi dilanjutkan	
3	<p>S= Tn.M mengatakan suka dengan aromaterapi lavender yang diberikan</p> <p>O= Tn. M tampak lebih tenang</p> <p>A= Masalah keperawatan Ansietas teratasi sebagian</p> <p>P= Lanjutkan pemberian aromaterapi</p>	



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 1

TANGGAL	EVALUASI (SOAP)	NAMA JELAS
21 Februari 2025 1	<p>S= Tn.M mengatakan sesak napas berkurang, nyeri dada berkurang, masih batuk.</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. M tampak nyaman dengan posisi semi fowlerTD : 110/80 mmHgP : 95 x/iRr : 23x/iT : 36,8 °CSPO2 : 99%Terpasang O2 nasal kanul 3L/i- Tampak sesak berkurang- Mampu batuk efektif <p>A= Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan pemantauan respirasi yaitu monitor pola nafas, bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler.- Intervensi dilanjutkan	Mona
2	<p>S= Tn.M mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3</p> <p>O= Tn. M tampak lebih tenang ,gelisah berkurang</p> <p>A= Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none">- Intevensi dilanjutkan- Berikan posisi yang nyaman dengan semi fowler- Kolaborasi pemberian analgetik	Mona



4	<p>S= Tn. M mengatakan ia sudah bisa tidur pada malam hari dan merasa lebih tenang saat diberikan aromaterapi lavender</p> <p>O= tampak lebih tenang dan tidak banyak bertanya lagi</p> <p>A= Masalah keperawatan ansietas teratasi sebagian</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p>	Mona
---	---	------

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. Menurut, pengkajian keperawatan sangat penting dalam mendeteksi Bronkopneumonia.

Penulis berasumsi bahwa pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan kasus Bronkopneumonia didapat data seperti sesak napas, batuk berdahak dan sulit dikeluarkan, adanya suara napas tambahan ronchi, frekuensi napas cepat, demam, nyeri pada dada, dan adanya rasa takut terhadap penyakit.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Jumini et al., 2024), didapatkan hasil bahwa pengkajian yang didapatkan pada pasien dengan Bronopneumonia yaitu adanya keluhan sesak nafas, batuk dan terdapat sputum, terdapat bunyi tambahan ronchi, frekuensi napas cepat dan tidak teratur, nyeri dada. Hal ini membuktikan bahwa adanya kesesuaian antara teori, serta fakta yang ditemukan pada pasien yaitu adanya keluhan sesak nafas, batuk dan terdapat sputum, frekuensi nafas cepat, terdengar adanya ronchi, dan nyeri.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentanan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

Diagnosis keperawatan berdasarkan hasil analisa data yang dilakukan maka penulis menyusun diagnosis keperawatan pada Tn. M dengan kasus Bronkopneumonia. Penulis mengambil beberapa sumber buku terkait dengan penegakan diagnosis keperawatan yaitu diagnosi menurut (Jumini et al., 2024) ada empat diagnosa keperawatan, menurut (Sangu & Guru, 2023) ada tiga diagnosa keperawatan. Penulis menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Menurut teori yang dikemukakan penulis di bab sebelumnya, terdapat 6 diagnosa yang biasa muncul pada pasien Bronkopneumonia namun pada kasus Tn. M hanya ditemukan 4 diagnosa saja yaitu :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah langkah ketiga dalam proses keperawatan setelah dilakukan pengkajian dan penentuan diagnosis. Rencana keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas. Penulis tidak mendapat banyak kesulitan karena penulis memiliki sumber. Semua intervensi keperawatan yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan sumber yang

didapatkan oleh penulis berdasarkan diagnosis yang telah diangkat dan juga telah disesuaikan dengan keadaan klien saat itu. (Nursalam, 2013)

Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi. Intervensi keperawatan antara tinjauan teoritis dengan kasus pasien kelolaan sama (tidak terdapat kesenjangan) yang diamati dengan buku panduan SDKI,SLKI,SIKI sesuai dengan diagnosa (masalah) yang ditemui.

Pada diagnosa yang pertama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Manajemen jalan napas (I.01011) dimana ada 15 intervensi tetapi mahasiswa hanya melakukan 8 intervensi saja yang meliputi observasi, terapeutik, Edukasi,kolaborasi. Alasan mahasiswa hanya mengambil beberapa intervensi karna keselapan intervensi tersebut sudah mewakili untuk dilaksanakannya implementasi kepada Tn. M.

Pada diagnosa yang kedua yaitu nyeri akut, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Manajemen nyeri (I.08238) dimana ada 19 intervensi tetapi mahasiswa hanya melakukan 6 intervensi saja yang meliputi observasi, terapeutik, Edukasi,kolaborasi. Alasan mahasiswa hanya mengambil beberapa intervensi karna keenam intervensi tersebut sudah mewakili untuk dilaksanakannya implementasi kepada Tn. M.

Untuk diagnosa yang ketiga ansietas, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Terapi relaksasi (I.09326). dimana ada 16 intervensi tetapi mahasiswa hanya melakukan 7 intervensi saja sesuai dengan kebutuhan implementasi untuk Tn. M.

4.4 Implementasi Keperawatan

Penulis telah melakukan tahap implementasi keperawatan yang telah ditetapkan pada intervensi sesuai waktu yang ditetapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Penulis telah berhasil melakukan implementasi dengan baik kepada klien sesuai dengan intervensi ditetapkan. Selama tahap implementasi, penulis terus melakukan pengumpulan data dan melakukan asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien. Dalam melakukan implementasi keperawatan pada Tn. M, penulis mendapat dukungan dari klien yang cukup kooperatif dan bersedia berperan aktif terhadap implementasi keperawatan. Penulis juga mendapatkan bantuan dari rekan perawat lainnya dalam melaksanakan implementasi keperawatan. (Nursalam, 2013)

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan atau tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana intervensi dan implementasi. Berdasarkan teori (Nursalam, 2013)

Evaluasi adalah fase akhir dari proses keperawatan untuk menilai asuhan keperawatan yang telah diberikan pada Tn. M dengan Bronkopneumonia selama 3



hari yang dimulai tanggal 19 sampai dengan 21 Februari 2025. Evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan dalam kasus ini adalah evaluasi sumatif. Dari empat diagnosis yang ditemukan pada klien didapatkan semua diagnosis keperawatan masih teratasi sebagian sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil kasus dari asuhan keperawatan kritis pada Tn. M dengan Bronkopneumonia di Ruang St. Marta RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2025 dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian keperawatan pada kasus Bronkopneumonia didapatkan bahwa yang perlu dikaji adalah pola napas, kemampuan batuk, produksi sputum, suara napas tambahan, penggunaan otot bantu pernapasan, tanda tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.
2. Diagnosa keperawatan pada kasus Bronkopneumonia didapatkan ada 4 diagnosa keperawatan yang penulis angkat yaitu: bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
3. Intervensi keperawatan pada kasus Bronkopneumonia yang penulis susun diambil dari buku SIKI seperti diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif dilakukan dengan manajemen jalan napas, diagnosa gangguan nyeri akut dilakukan dengan manajemen nyeri, dan ansietas dilakukan dengan terapi relaksasi.
4. Implementasi keperawatan pada kasus Bronkopneumonia yang dilakukan penulis seperti monitoring kepatenan jalan nafas, memberikan terapi nebulizer, memberikan terapi nebulizer, fisioterapi dada, memonitoring

hasil TTV pasien, mengontrol suhu tubuh dan berikan posisi yang nyaman pada pasien untuk mengurangi sesaknya yaitu semi fowler.

5. Evaluasi keperawatan dengan kasus Bronkopneumonia ini adalah perlu nya pemantauan bersihan jalan napas pasien, suara napas tambahan, penggunaan otot bantu pernapasan, produksi sputum, dan perasaan nyaman klien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat dijadikan referensi dalam menyusun dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien terutama dengan kasus Bronkopneumonia.

5.2.2 Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan dengan adanya bimbingan dengan dosen, mahasiswa semakin mahir dalam penyusunan dan pemberian asuhan keperawatan pada pasien terutama kasus Bronkopneumonia.

5.2.3 Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan Rumah Sakit dapat meningkatkan pelayanan dalam asuhan keperawatan serta meningkatkan edukasi kesehatan pada pasien terutama kasus Bronkopneumonia.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdjul, R. L., & Herlina, S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia : Study Kasus*. 2(2), 102–107.
- Jumini, V., Taqiyah, Y., Hardiyanti, S., & Putri, S. (2024). *Penerapan Manajemen Airway terhadap Peningkatan Bersihan Jalan Napas pada Pasien Bronkopneumonia di RS Ibnu Sina YW-UMI Makassar Address : Phone : 5(2), 153–162.*
- Marieb, E. N., & Keller, Suzanne M. (2024). *Essentials of Human Anatomy & Physiology* (Inconnu (ed.); 2024th ed.).
- Narendra Putra Adi Pamungkas & dkk. (2024). *Seorang Perempuan 63 Tahun Dengan Bronkopneumonia ,*
- Ns. Pangandaheng, T., Ns. Suryani, L., & Syamsiah, N. (2023). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah (Sistem Respirasi dan Kardiovaskular): Vol. I*. PT.Sonpedia Publishing Indonesia.
- Nursalam. (2013). *Proses dan dokumentasi keperawatan* (S. Medika (ed.); 2nd ed.). Salemba Medika.
- PPNI Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018.
- PPNI Tim Pokja SLKI DPP. (2022). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017.
- Robbins. (2020). *Pneumonia* (M. F ham & M. Saraswati (eds.); 10th ed.).
- Sangu, E., & Guru, Y. (2023). Intervensi Keperawatan Posisi Semi-Fowler Pada Bronkopneumonia Di Ruang ICU RSUD dr.T.C.HILLERS MAUMERE. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 59–69.
- Sharma, H. (2018). *Fundamentals of Medical-Surgical Nursing*. In *Clinical Record Book of Medical-Surgical Nursing*. https://doi.org/10.5005/jp/books/14252_2
- Titin. (2024). Hubungan Status Gizi Dan Status Imunisasi Terhadap Kejadian Bronkopneumonia Pada Anak. *Indonesian Journal of Nursing and Health Sciences*, 5(1), 1–8. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/IJNHS>
- Tonasih. (2024). *Buku Ajar Bayi, Balita dan Anak Prasekolah* (L. Cakra Dwi & Dkk (eds.)). Mahakarya Citra Utama Grup.
- Ummara, A. F., & dkk. (2021). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Respirasi. In *Yayasan Kita Menulis* (Vol. 7, Issue 2). https://www.google.co.id/books/edition/Keperawatan_Medikal_Bedah_Sistem_Respira/x5xFEAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=edem+a+paru+akut+adalah&printsec=frontcover

LAMPIRAN



Dokumentasi pada saat
pengkajian dan pemberian
terapi aroma lavender.



MIND MAPPING

