

LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN BRONKOPNEUMONIA DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI DI RUANG FLAMBOYAN RSUD KOTA BANDUNG

A. Pengkajian

1) Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

Nama : Ny. O
Tanggal Lahir/ Umur : Sumedang,
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak tamat SD
Pekerjaan : Wiraswasta
Golongan Darah : O
Diagnosa Medis : Bronkopneumonia
Nomor Register : 001624
Tanggal Masuk Rumah Sakit : 14 April 2023 pukul 05.12 WIB
Tanggal Pengkajian : 14 April 2023 pukul 07.57 WIB
Alamat : Dusun pasir munding RT 001/009,
kelurahan kebon kalapa, kecamatan cisarua.

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. E
Umur : 28 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA sederajat

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Dusun pasir munding RT 001/009,
kelurahan kebon kalapa, kecamatan cisarua.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

(1) Keluhan utama saat masuk RS

Klien mengatakan sesak sejak 3 hari sebelum masuk RS disertai dengan demam dan batuk berdahak. Klien mengatakan dahaknya sulit untuk dikeluarkan.

(2) Keluhan utama saat dikaji

Pada saat dikaji klien tampak duduk lemah dengan terpasang O₂ 3 l/m melalui nasal kanul. Klien tampak sesak dan batuk.

P : Klien mengatakan sesak bertambah buruk apabila tidur telentang. Pasien mengatakan sesak bertambah parah jika melakukan aktifitas ringan seperti miring kiri dan miring kanan. Pasien mengatakan batuk bertambah parah jika tidur telentang. Sesak berkurang apabila pasien duduk dan batuk berkurang apabila pasien memperbanyak minum air putih

Q : Pasien mengatakan adanya sesak seperti terhimpit.

R : Lokasi sesak pada sekitar dada.

S : Pasien mengatakan mudah lelah dan mengalami penurunan aktifitas.

T : Sesak terasa ketika tidur telentang dan melakukan aktivitas ringan seperti miring kiri dan miring kanan.

ii. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya pernah dibawa ke RS karena sesak akibat penyakit asma nya kambuh. Klien mengatakan memiliki penyakit asma dan klien merupakan pasien berumur 70 tahun.

iii. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki penyakit menular seperti HIV, AIDS, hepatitis-b dan TBC. Pasien mengatakan bahwa pasien memiliki penyakit asma tetapi tidak tau siapa anggota keluarganya yang memiliki asma.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Kegiatan		Sebelum masuk RS	Saat di RS
Nutrisi	Makan <ul style="list-style-type: none"> • Jenis • Frekuensi • Keluhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Nasi dan lauk pauk • 1 porsi dihabiskan • tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> • Nasi, lauk pauk, buah • 2-3 suap sendok makan • mual
	Minum <ul style="list-style-type: none"> • Jenis • Frekuensi • Keluhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Air putih • 4-5 kali/hari • tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> • Air putih • ½ botol air mineral 500 ml • mual
Eliminasi	BAB <ul style="list-style-type: none"> • Konsistensi • Frekuensi • Keluhan 	<ul style="list-style-type: none"> • lunak dan padat • 1 kali/ 3 hari • tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> • lunak dan padat • belum BAB • tidak ada
	BAK <ul style="list-style-type: none"> • Warna • Frekuensi • Keluhan 	<ul style="list-style-type: none"> • kuning jernih • 4 kali/ hari • tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuning jernih • 3-5 kali/ hari • Tidak ada
Personal Hygiene	Mandi	1 kali/ hari	Belum pernah
	Gosok gigi	Setiap habis mandi	Belum pernah
	Keramas	1 kali/ minggu	Belum pernah
Istirahat Tidur	Siang	1 jam	±1 jam
	Malam	6-8 jam	±4 jam
	Keluhan	Tidak ada	Batuk berdahak dan sesak
Gaya Hidup	Merokok	tidak	tidak

e. Pemeriksaan Fisik

- 2) Penampilan Umum : pasien tampak sesak dan kelelahan.
- 3) Tingkat kesadaran : composmentis, GCS 15 (E4M6V5)
- 4) Tanda-tanda vital : TD : TD : 130/70 mmHg, S : 38,9 °C, RR : 28x/menit, SPO2 : 95%, N : 130x/menit.

5) Sistem Pernafasan

Bentuk dinding dada simetris, gerakan kedua dinding toraks simetris, terdapat retraksi dada, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada edema, bentuk tulang belakang lurus, tidak ada skoliosis, lordosis, dan kifosis, pola nafas teratur, iktus cordis tidak nampak, tidak teraba adanya nyeri tekan, taktil fremitus paru kanan dan kiri normal, pergerakan dinding dada kanan dan kiri simetris, frekuensi napas 28x/menit, bunyi redup, batuk berdahak berwarna putih, ada bunyi napas tambahan ronchi di thorax kanan atas.

6) Sistem kardiovaskular

Tekanan darah 130/70 mmHg, nadi teraba cepat 130x/menit, CRT kembali <2 detik, murmur (-),

7) Sistem persyarafan

1. Orientasi Pasien

1. Orang : pasien dapat menyebutkan nama anggota keluarganya.
2. Tempat : pasien dapat menyebutkan dimana ia tinggal.
3. Waktu : pasien dapat menjawab tanggal, bulan dan tahun.

2. Fungsi Memori

1. Memori baru (*recent* memori) : pasien dapat mengingat kapan ia mulai sesak napas.

2. Memori jangka panjang (*postern* memori) : pasien tidak ingat siapa yang mengidap penyakit asma dikeluarganya.
 3. Tes Konsentrasi
Pasien dapat menyebutkan angka satu sampai sepuluh secara berurutan.
 4. Tes Kalkulasi
Pasien dapat menjawab soal yang diberikan
- 8) Sistem endokrin
Tidak ada clubbing finger, kulit sudah keriput, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, rambut tipis dan beruban.
 - 9) Sistem genitourinaria
Disuria (-), dsitensi kandung kemih (-), saat melakukan palpasi pada ginjal tidak ada nyeri, gangguan frekuensi BAK (-).
 - 10) Sistem musculoskeletal
Tdak ada bengkak pada sendi, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, reflex patella
 - 11) Sistem integumen dan imunitas
Akral teraba agak panas, tidak ada lesi, turgor kulit baik <2 detik, tidak pendarahan, tidak sianosis, mukosa pasien lembab.
 - 12) Wicara dan THT
 - (1) Wicara :
Saat perawat bertanya kontak mata pasien ada, nada suara pasien saat berbicara jelas tetapi pelan, pasien berbicara menggunakan bahasa sunda.
 - (2) Telinga
Tidak terdapat serumen pada telinga, telinga bersih, tidak ada lesi, bentuk telinga kanan dan kiri simetris.
 - (3) Hidung
Terdapat pernapasan cuping hidung, hidung bersih.

(4) Tenggorokan

Pasien merasa kurang nyaman ketika menelan, mukosa bibir lembab, tidak pucat, Lidah tidak tremor /kotor, gigi tidak mengalami caries, ukuran tonsil normal.

13) Sistem penglihatan

Bentuk kedua mata simetris, edema (-), reflek bola mata (+), reflek cahaya (+), nyeri sekitar mata (-). Pupil bulat diameter lebih dari 3mm

f. Data psikologis

1) Status emosi

Saat dikaji pasien tampak tenang. Nada bicara pasien tampak lembut dengan suara yang kecil. Ekspresi pasien sesuai dengan topik bahasan. Terdapat perubahan ekspresi dari stimulus baik itu bahagia atau sedih.

2) Kecemasan

Pasien tidak tampak cemas atau gelisah.

3) Pola koping

Pasien mengatakan apabila sedang ada masalah selalu memendam nya dan jarang cerita karena pasien hanya seorang diri dirumah. Apabila masalah tersebut berat dan membutuhkan bantuan orang lain, maka pasien akan cerita kepada tetangga sebelahnya agar mendapat bantuan dan saran atas masalahnya tersebut.

4) Gaya komunikasi

Pasien berkomunikasi dengan bahasa sunda. Ketika diajak berbicara pasien tampak kooperatif dan kontak mata baik.

5) Konsep diri

Gambaran diri pasien terlihat kurus. Pasien menerima tubuhnya yang kurus karena hal itu merupakan pemberian Tuhan yang harus disyukuri pemberiannya dan pasien tidak merasa terganggu dengan bentuk tubuhnya yang kurus.

Pasien merupakan seorang perempuan dan seorang ibu dari kedua anak laki-laki nya serta nenek dari cucu-cucunya. Pasien merupakan seorang ibu dan merupakan tulang punggung bagi keluarganya. Tetapi kedua anaknya sudah menikah dan pindah ke luar kota jadi pasien bekerja hanya untuk menghidupi dirinya sendiri. Harapan pasien saat ini adalah agar bisa cepat sembuh dan melakukan aktivitas seperti biasanya. Hubungan pasien dengan kedua anaknya baik

g. Data sosial

Pasien memiliki hubungan yang baik dengan keluarganya. Setiap 3 bulan sekali kedua anak pasien selalu mengunjungi rumah pasien. Interaksi pasien dengan masyarakat juga baik karena sejak 1 minggu yang lalu tetangga pasien selalu berkunjung ke rumah pasien untuk melihat keadaan pasien karena kedua anak pasien belum mengunjungi.

h. Data spiritual

i. Keyakinan hidup

Pasien mengatakan jika hidup ini adalah berkah sekaligus ujian dari tuhan.

ii. Optimisme terhadap kesembuhan penyakit

Pasien mengatakan jika sakit yang dideritanya saat ini merupakan pemberian dari Tuhan untuk menghapus dosa-dosanya. Pasien mengatakan yakin dapat sembuh dari penyakitnya jika disertai ibadah, berdoa, menjaga pola makan dan rutin minum obat.

iii. Gangguan dalam melaksanakan ibadah

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada masalah dengan ibadah nya. Pasien solat 5 waktu dengan tepat waktu. Ketika sakit pasien mengatakan solatnya tetap 5 waktu tetapi tidak tepat waktu.

i. Data penunjang

Tanggal : 14 April 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin	11,5 L	g/dL	11,7 – 15,5
MCH	26,9 L	pg/cell	32 - 36
IPF	0,6 L	%	0,8 – 6,2
Eosinofil	7,5 H	%	2 – 4
Limfosit	14,5 L	%	25 - 40
Total Eosinofil	0,63 H	10 ³ /μL	0,01 – 0,40
Total Limfosit	1,21 L	10 ³ /μL	1,26 – 3,35

Tanggal 14 April 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normsl
BUN	42,0 H	mg/dL	9,8 – 20,1
Kreatinin	2,03	mg/dL	0,51 – 0,95

Tanggal : 15 April 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Glukosa Puasa	85	mg/dL	70-100

j. Program dan rencana pengobatan

Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan
NAC (Acetylcysteine)	3x1 tablet	Oral	Mengurai protein pada dahak sehingga dahak menjadi lebih encer dan lebih mudah dikeluarkan saat <u>batuk</u>
Ceftriaxone	1x2gr	IV	Obat antibiotik golongan sefalosporin. Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh.
Infus RL	20 gtt/jam	IV	untuk mempertahankan hidrasi pada pasien rawat inap yang tidak dapat menahan cairan.

b. Analisa Data

Data	Interpretasi	Masalah
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh sesak selama 3 hari disertai batuk berdahak selama 2 minggu - pasien mengeluh dahaknya sangat sulit untuk dikeluarkan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - retraksi dada + - tampak sesak - rr = 28x/menit 	<p>Sumber infeksi di saluran pernapasan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Daya tahan saluran pernapasan yang terganggu</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Obstruksi mekanik saluran pernapasan karena aspirasi bekuan darah, pus dan tumor bronkus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Aspirasi bakteri berkurang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Peradangan pada bronkus menyebar ke parenkim paru</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>edema trakeal/faringeal dan peningkatan produksi sekret</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>

	Batuk produktif, sesak napas, penurunan kemampuan batuk efektif	
<p>DS : psaien mengeluh demam satu hari sebelum dibawa ke rumah sakit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suhu : 38,9 °C - takipnea - tubuh pasien terasa hangat 	<p>Sumber infeksi di saluran pernapasan</p> <p>↓</p> <p>Daya tahan saluran pernapasan yang terganggu</p> <p>↓</p> <p>Obstruksi mekanik saluran pernapasan karena aspirasi bekuan darah, pus dan tumor bronkus</p> <p>↓</p> <p>Aspirasi bakteri berkurang</p> <p>↓</p> <p>Peradangan pada bronkus menyebar ke parenkim paru</p> <p>↓</p> <p>terjadi konsolidasi dan pengisian rongga alveoli oleh eksudat</p> <p>↓</p> <p>reaksi sistemis : bakterimia/ viremia, anoreksia, mual, demam, penurunan berat badan dan kelemahan</p> <p>↓</p> <p>peningkatan laju metabolisme</p>	Hipertermi
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidak bisa berjalan terlalu lama - pasien mengatakan sesak jika kelelahan <p>DO :</p>	<p>Sumber infeksi di saluran pernapasan</p> <p>↓</p> <p>Daya tahan saluran pernapasan yang terganggu</p> <p>↓</p> <p>Obstruksi mekanik saluran pernapasan karena aspirasi bekuan</p>	Intoleransi aktifitas

<p>- pasien tampak lelah</p> <p>- pasien tampak engap ketika melakukan aktifitas ringan seperti merubah posisi miring kiri dan miring kanan</p>	<p>darah, pus dan tumor bronkus</p> <p>↓</p> <p>Aspirasi bakteri berkurang</p> <p>↓</p> <p>Peradangan pada bronkus menyebar ke parenkim paru</p> <p>↓</p> <p>terjadi konsolidasi dan pengisian rongga alveoli oleh eksudat</p> <p>↓</p> <p>reaksi sistemis : bakterimia/ viremia, anoreksia, mual, demam, penurunan berat badan dan kelemahan</p>	
<p>DS :</p> <p>- pasien mengeluh mual ketika makan</p> <p>- pasien mengatakan kalau di rumah hanya menghabiskan 2-3 sendok makan.</p> <p>DO :</p> <p>- pasien tampak mual ketika makan</p> <p>- 1 porsi makan tidak habis</p> <p>- membrane mukosa tampak pucat</p>	<p>Sumber infeksi di saluran pernapasan</p> <p>↓</p> <p>Daya tahan saluran pernapasan yang terganggu</p> <p>↓</p> <p>Obstruksi mekanik saluran pernapasan karena aspirasi bekuan darah, pus dan tumor bronkus</p> <p>↓</p> <p>Aspirasi bakteri berkurang</p> <p>↓</p> <p>Peradangan pada bronkus menyebar ke parenkim paru</p> <p>↓</p> <p>terjadi konsolidasi dan pengisian rongga alveoli oleh eksudat</p> <p>↓</p> <p>reaksi sistemis : bakterimia/ viremia,</p>	<p>Resiko Defisit Nutrisi</p>

	anoreksia, mual, demam, penurunan berat badan dan kelemahan ↓ intake nutrisi tidak adekuat	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

A. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b/d secret tertahan d/d pasien tidak mampu mengeluarkan sekret, dispnea, ortopnea, takipnea (rr = 28x/menit).
2. Hipertermi b/d proses infeksi d/d S : 38,9 °C, kulit terasa hangat, takipnea, takikardia, pasien mengatakan demam satu hari sebelum masuk ke rumah sakit.
3. Intoleransi aktifitas b/d kelemahan d/d pasien mengeluh lelah, sesak saat dan sesudah melakukan aktifitas.
4. Resiko deficit nutrisi d/d faktor psikologis (keengganan untuk makan).





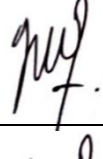

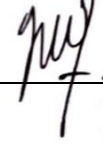
B. Perencanaan Perawatan







NO	Diagnosa Keperawatan	Intervensi	
		Tujuan	Tindakan
	Bersihan jalan napas tidak efektif b/d secret tertahan d/d pasien tidak mampu mengeluarkan sekret, dispnea, ortopnea, takipnea (rr = 28x/menit).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan bersihan jalan napas efektif dengan kriteria hasil : d) Produksi sputum berkurang e) Tidak ada ronkhi. f) <i>Respiration rate</i> dalam rentang normal (16-20x/menit)	Observasi 11. Observasi TTV 12. Monitor fungsi pernapasan (bunyi napas, kecepatan, irama, kedalaman dan penggunaan alat bantu napas). 13. Monitor adanya produksi sputum. (catat karakter, dan volume sputum). Terapeutik 14. Berikan posisi <i>fowler/semi fowler</i> . 15. Menjaga asupan cairan 2000 ml/ hari 16. Berikan minum hangat 17. Lakukan batuk efektif 18. Berikan terapi inhalasi sederhana







			<p>Edukasi</p> <p>19. Anjurkan pasien untuk banyak minum</p> <p>Kolaborasi</p> <p>20. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu</p>
	Hipertermi b/d proses infeksi d/d S : 38,9 °C, kulit terasa hangat, takipnea, takikardia, pasien mengatakan demam satu hari sebelum masuk ke rumah sakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>d) Suhu tubuh dalam rentang normal</p> <p>e) Suhu kulit membaik</p> <p>f) Takipnea membaik</p>	<p>Manajemen Hipertermi (I.15506)</p> <p>Observasi</p> <p>16. Monitor TTV setiap 3 jam sekali</p> <p>Terapeutik</p> <p>17. Berikan kebutuhan cairan ekstra</p> <p>18. Berikan kompres dingin</p> <p>Kolaborasi</p> <p>19. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena</p>
	<p>Intoleransi aktifitas b/d kelemahan d/d pasien mengeluh lelah, sesak saat dan sesudah melakukan aktifitas.</p> <p>SDKI (D0056)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a) frekuensi nadi dalam rentang normal</p> <p>b) Saturasi oksigen dalam rentang normal</p> <p>c) tidak mengeluh lelah</p> <p>d) tidak dispnea saat dan setelah melakukan aktifitas</p>	<p>Manajemen Energi (I. 12379)</p> <p>Observasi</p> <p>14. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>15. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>16. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus</p> <p>17. Lakukan latihan gerak pasif dan gerak aktif</p> <p>18. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>19. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</p>
	Resiko deficit nutrisi d/d faktor psikologis (keengganan untuk makan).	<p>tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan nafsu makan baik dengan kriteria hasil :</p> <p>a) Ada keinginan untuk makan</p> <p>b) Asupan makanan membaik</p>	<p>1. Identifikasi perubahan berat badan, turgor kulit, kemampuan menelan, riwayat mual muntah dan diare</p> <p>2. Monitor asupan makanan</p> <p>3. Fasilitasi menentukan pedoman diet</p> <p>4. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu</p>





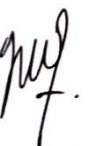


		c) Asupan nutrisi membaik	5. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi namun tetap terjangkau
--	--	---------------------------	----------------------------------------------------------------------








C. Implementasi








Tanggal	Jam	Tindakan	DP	Paraf
14 April 2023	07.00 WIB	Memonitor TTV setiap 3 jam sekali E/ TD : 130/70 mmHg S : 38,9 °C RR : 28x/menit SPO2 : 95% N : 130x/menit	2	
	07.45 WIB	Mengidentifikasi perubahan berat badan, turgor kulit, kemampuan menelan, riwayat mual muntah dan diare E/ pasien mampu menelan tetapi pasien merasa mual ketika makan karena sputum yang ditenggorokannya	4	
	07.57 WIB	Memonitor fungsi pernapasan (bunyi napas, kecepatan, irama, kedalaman dan penggunaan alat bantu napas). E/ pemeriksaan inpeksi terlihat pasien tampak sesak, RR : 26x/menit, pemeriksaan auskultasi terengar bunyi ronkhi, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3l/menit	4	
	09.47 WIB	Memberikan posisi fowler/semi fowler E/ pasien tampak lebih nyaman dan terlihat tidak terlalu sesak dibandingkan jika pasien berbaring.	1	
	09.54 WIB	Memonitor adanya produksi sputum. (catat karakter, dan volume sputum) E/ pasien belum bisa mengeluarkan sputumnya	1	
	10.15 WIB	Melakukan batuk efektif E/ perawat mendemonstrasikan cara batuk efektif. Pasien masih belum bisa mengeluarkan sputumnya.	1	
	10.30 WIB	Memonitor TTV setiap 3 jam sekali E/ TD : 120/80 mmHg	2	








		S : 38,5 °C RR : 28x/menit SPO2 : 95% N : 129x/menit		
	10.47 WIB	Memberikan kompres hangat E/ pasien di kompres di area dahi	2	
	12.28 WIB	Memberikan perawatan mulut sebelum makan. E/ pasien melakukan sikat gigi dengan bantuan perawat	4	
	12. 47 WIB	Memberikan posisi fowler/semi fowler E/ pasien tampak lebih nyaman dan terlihat tidak terlalu sesak dibandingkan jika pasien berbaring.	1	
	12.56 WIB	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan E/ pasien mengatakan bahwa sering merasa lelah jika melakukan aktifitas ringan seperti miring kiri dan miring kanan. pasien juga mengatakan sering terengah-engah jika melakukan aktifitas berat seperti berjalan terlalu lama.	3	
	13.16 WIB	Melakukan latihan gerak pasif E/ pasien dibantu oleh perawat dalam melakukan miring kiri dan miring kanan diatas tempat tidur. Pasien tampak kooperatif saat dilakukan tindakan tetapi masih tampak terengah-engah karena sesak.	3	
	13.32 WIB	Memberikan obat NAC 3x100 mg E/ obat diberikan melalui per oral dan pasien meminum obat dengan bantuan air putih.	1	








	13.46 WIB	Memonitor TTV setiap 3 jam sekali E/ TD : 125/80 mmHg S : 37,8 °C RR : 28x/menit SPO2 : 95% N : 117x/menit	2	
	17.08 WIB	Memberikan obat ceftriaxone 1x2 gr E/ pasien diberi obat melalui IV	2	
15 April 2023	13.35 WIB	Memberikan obat NAC 3x100 mg E/ obat diberikan melalui per oral dan pasien meminum obat dengan bantuan air putih.	1	
	14.06 WIB	Memonitor TTV setiap 3 jam sekali E/ TD : 128/80 mmHg S : 37,9 °C RR : 25x/menit SPO2 : 96% N : 114x/menit	2	
	14.18 WIB	Memonitor fungsi pernapasan (bunyi napas, kecepatan, irama, kedalaman dan penggunaan alat bantu napas). E/ pemeriksaan inpeksi pasein tampak sesak, RR 25x/menit, retrasksi dada (+). Pemeriksaan perkusi didapatkan suara napas dullness. Pemeriksaan auskultasi masih didapatkan ronkhi pada thorax bagian kanan, terpasang oksigen nasal kanul 3l/menit	1	
	14.37 WIB	Memonitor adanya produksi sputum E/ pasien mengatakan masih sesak karena sputum nya sulit untuk dikeluarkan meskipun pasien sudah sering batuk.	1	






15.34 WIB	Mengganti cairan infus E/ Infus RL 500 ml 20 tpm	2	
16.55 WIB	Menganjurkan pasien untuk banyak minum E/ pasien mengatakan sudah minum sebanyak 1 botol air mineral ukuran 1 liter.	1	
17.03 WIB	Memonitor TTV setiap 3 jam sekali E/ TD : 127/80 mmHg S : 37,4 °C RR : 21x/menit SPO2 : 96% N : 121x/menit	2	
17.14 WIB	Memberikan obat ceftriaxone 1x2 gr E/ pasien diberi obat melalui IV	2	
18.03 WIB	Memonitor asupan makanan E/ pasien makan dengan nasi, telur rebus, tahu, dan sayur capcay. Pasien hanya memakan 5 sendok makan dan tersisa ± setengah porsi.	4	
18.14 WIB	Memberikan obat NAC 3x100 mg E/ obat diberikan melalui per oral dan pasien meminum obat dengan bantuan air putih.	1	
19.32 WIB	Memberikan posisi semi fowler/ fowler E/ pasien dibantu perawat dalam mengatur posisi dan pasien tampak nyaman.	1	

	19.38 WIB	Melakukan latihan batuk efektif E/ pasien masih belum bisa mengeluarkan sputumnya.	1	
	20.33 WIB	Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus E/ ruangan pasien tidak bising dan bersih	3	
	20.35 WIB	Melakukan latihan gerak pasif dan aktif E/ pasien dibantu miring kiri dan miring kanan oleh perawat selanjutnya pasien melakukan sendiri aktifitas miring kiri dan miring kanan dengan berpegang pada bedplang.	3	
	20.47 WIB	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas E/ pasien mengatakan tubuhnya merasa lemah akibat dari sesak karena dalam proses bernapasnya pasien membutuhkan energy ekstra.	3	
	21.03 WIB	Memonitor fungsi pernapasan (bunyi napas, kecepatan, irama, kedalaman dan penggunaan alat bantu napas). E/ pemeriksaan inpeksi terlihat pasien masih tampak sesak, RR : 21x/menit, pemeriksaan auskultasi terengar bunyi ronkhi pada thorax bagian kanan	1	
17 April 2023	07.10 WIB	Mengobservasi TTV E/ TD : 118/70 mmHg S : 37,1 °C RR : 22x/menit SPO2 : 96% N : 111x/menit	1	
	07.30 WIB	Memonitor fungsi pernapasan (bunyi napas, kecepatan, irama, kedalaman dan penggunaan alat bantu napas). E/ pemeriksaan inpeksi pasein tampak sesak, RR 22x/menit, retraksi dada (+). Pemeriksaan auskultasi masih didapatkan ronkhi pada thorax bagian	1	


		kanan. pasien mengatakan sesak karena sputum nya masih belum dikeluarkan.		
	09.42 WIB	Menjaga asupan cairan 2000 ml/ hari E/ pasien mengatakan dari subuh sampai sekarang sudah habis 1 liter air mineral.	1	
	09.45 WIB	Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus E/ cahaya kamar pasien cukup, ruangan tidak bising.	3	
	11.47 WIB	Memposisikan pasien fowler E/ pasien duduk diatas tempat tidur 90° dengan kedua tangan disamping badan dan kedua kaki diluruskan	1	
	11.50 WIB	Melakukan latihan batuk efektif E/ pasien tidak dapat mengeluarkan sputum	1	
	13.05 WIB	Memberikan perawatan mulut sebelum makan. E/ pasien melakukan sikat gigi dengan bantuan perawat	4	
	13.19 WIB	Memonitor asupan makanan E/ asupan makan pasien membaik, nasi tersisa ±1 sendok dan sayur habis tersisa sepotong tahu.	4	
	13.24 WIB	Memberikan obat NAC 3x100 mg E/ obat diberikan melalui per oral dan pasien meminum obat dengan bantuan air putih.	1	




	13.33 WIB	Mengobservasi TTV TD : 120/80 mmHg S : 36,7 °C RR : 23x/menit SPO2 : 95% N : 109x/menit	1	
	14.11 WIB	Mengobservasi TTV TD : 130/70 mmHg S : 36,6 °C RR : 22x/menit SPO2 : 96% N : 100x/menit	1	
18 April 2023	06. 15 WIB	Memonitor asupan makanan E/ asupan makan pasien membaik, nasi habis, sayur habis, tersisa telur setengah potong	4	
	06. 17 WIB	Memberikan obat NAC 3x100 mg E/ obat diberikan melalui per oral dan pasien meminum obat dengan bantuan air putih.	1	
	07.10 WIB	Mengobservasi TTV TD : 123/70 mmHg S : 36,8 °C RR : 20x/menit SPO2 : 96% N : 101x/menit	1	
	09.15 WIB	Melakukan latihan gerak aktif E/ pasien dapat melakukan aktifitas miring kiri dan miring kanan secara mandiri	3	
	10.28 WIB	Melakukan terapi inhalasi sedernaha E/ terpai inhalasi sederhana menggunakan air panas dan minyak kayu putih sebagai aroma terapi. Air panas dengan campuran minyak kayu putih di dalam baskom diletakkan di atas kasur pasien dengan posisi pasien duduk. Pasien menghirup air panas tersebut. Pasien mengatakan setelah	1	

		menghirup tenggorokannya jadi lebih nyaman.		
	10.56 WIB	Melatih napas dalam dan batuk efektif E/ pasien dapat melakukan batuk efektif dan sputum dapat dikeluarkan, sputum berwarna putih sebanyak ± 1 sendok teh, konsistensi sputum kental.	1	
	12.13 WIB	Memberikan perawatan mulut sebelum makan. E/ pasien melakukan sikat gigi dengan bantuan perawat	4	
	12.54 WIB	Memonitor asupan makanan E/ asupan makan pasien membaik, nasi habis, sayur habis, tersisa telur.	4	
	13.07 WIB	Memberikan obat NAC 3x100 mg E/ obat diberikan melalui per oral dan pasien meminum obat dengan bantuan air putih.	1	
	13.54 WIB	Mengobservasi TTV TD : 121/80 mmHg S : 36 °C RR : 20x/menit SPO2 : 98% N : 100x/menit	1	
19 April 2023	07.10 WIB	Mengobservasi TTV TD : 120/80 mmHg S : 35,9 °C RR : 18x/menit SPO2 : 99% N : 103x/menit	1	
	08.35 WIB	Memonitor fungsi pernapasan (bunyi napas, kecepatan, irama, kedalaman dan penggunaan alat bantu napas). E/ pemeriksaan inspeksi pasien tampak membaik sesaknya, RR 18x/menit, retraksi dada (-). Pemeriksaan auskultasi tidak ada bunyi napas tambahan ronchi. Pasien mengatakan sesaknya berkurang karena sputum nya kemarin sudah	1	



		dapat dikeluarkan, tidak terpasang oksigen		
	08.57 WIB	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas E/ pasien mengatakan sudah tidak merasa lemah selama melakukan aktifitas ringan karena sudah tidak merasa sesak.	3	
	10.15 WIB	Menganjurkan pasien untuk banyak minum E/ pasien mengatakan sudah minum satu setengah botol air mineral 1 liter.	1	
	10.20 WIB	Mengobservasi TTV TD : 130/80 mmHg S : 35,9 °C RR : 18x/menit SPO2 : 99% N : 105x/menit	1	
	10.30 WIB	Melepas infus E/ pasien tampak kooperatif saat dilepas infus		
	10.40 WIB	Pasien pulang		

D. Evaluasi

Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Bersihan jalan napas tidak efektif b/d secret tertahan d/d pasien tidak mampu mengeluarkan sekret, dispnea, ortopnea, takipnea (rr = 28x/menit)	18 April 2023	10.35 WIB	S : pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak O : a) Respiration rate sudah dalam rentang normal (18x/menit) b) Pasien sudah tidak sesak ketika berbaring atau duduk c) Pada pemeriksaan auskultasi sudah tidak	



			<p>ada bunyi napas tambahan ronkhi</p> <p>d) Produksi sputum berkurang</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
<p>Hipertermi b/d proses infeksi d/d</p> <p>S : 38,9 °C, kulit terasa hangat, takipnea, takikardia, pasien mengatakan demam satu hari sebelum masuk ke rumah sakit</p>	17 April 2023	17.10 WIB	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>a) suhu pasien membaik</p> <p>b) akral hangat</p> <p>c) Takipnea (-)</p> <p>d) RR 18x/menit</p> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
<p>Intoleransi aktifitas b/d kelemahan d/d pasien mengeluh lelah, sesak saat dan sesudah melakukan aktifitas</p>	18 April 2023	10.35 WIB	<p>S : pasien mengatakan sudah tidak merasa lelah ketika melakukan aktifitas ringan.</p> <p>O :</p> <p>a) Pasien sudah tidak terengap-engap ketika melakukan aktifitas ringan miring kiri dan miring kanan</p> <p>b) Pasien dapat melakukan aktifitas secara mandiri tanpa dibantu oleh perawat</p> <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	
<p>Resiko deficit nutrisi d/d faktor psikologis (keengganan untuk makan).</p>	17 April 2023	10.35 WIB	<p>S : Pasien mengatakan sudah ada kemauan untuk makan</p> <p>O :</p> <p>a) asupan makanan pasien membaik (nasi dihabiskan hanya sersisa telur setengah poting</p> <p>b) nafsu makan pasien meningkat</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	

Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur Batuk Efektif

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	SOP MELATIH NAPAS DALAM DAN BATUK EFEKTIF	

NO	ASPEK YANG DINILAI	PELAKSANAAN	
		YA	TIDAK
Tahap Pra Interaksi			
1	Kaji kebutuhan latihan napas dalam dan batuk efektif		
2	Siapkan alat: Pot sputum berisi desinfektan Perlak dan pengalas Tisu		
	Siapkan lingkungan: Atur lingkungan yang aman, nyaman, dan libatkan orangtua untuk rasa aman anak		
3	Cuci tangan		
Tahap orientasi			
4	Berikan salam		
5	Jelaskan tujuan dan prosedur		
6	Jaga privasi		
Tahap kerja			
7	Cuci tangan		
8	Atur posisi pasien		
9	Latih napas dalam Anjurkan pasien untuk mulai latihan napas terlebih dahulu melalui hidung dengan mulut tertutup. Kemudian anjurkan pasien untuk menahan napas sekitar 1-1,5 detik dengan disusul dengan menghembuskan napas melalui bibir dengan bentuk mulut seperti orang meniup		
10	Latih batuk efektif Anjurkan pasien untuk menarik napas, secara pelan dan dalam, dengan menggunakan pernapasan diafragma. Setelah itu, minta pasien menahan napas selama + 2 detik. Batukan pasien 2 kali dengan mulut terbuka. Anjurkan pasien menarik napas ringan.		
Tahap terminasi			
11	Simpulkan kegiatan		
12	Evaluasi perasaan klien		
13	Kontrak untuk kegiatan selanjutnya		
14	Bereskan alat		
15	Cuci tangan		
16	Dokumentasikan tindakan dan respon klien		

Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur Posisi Semi Fowler

	POLITEKNIK KESEHATAN DEPKES BANDUNG STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR		
Prosedur	PR-7.1.0-132.32.00-02-V3	Versi 4	Tanggal : 10 Oktober 2016
PROSEDUR MEMPOSISIKAN PASIE FOWLER & SEMI FOWLER			

A. TUJUAN

1. Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi.
2. Meningkatkan rasa nyaman
3. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru.
4. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap.

B. RUANG LINGKUP:

1. Pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan
2. Pada pasien yang mengalami immobilisasi

C. ACUAN:

1. Oda Debora (2017), Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik, Edisi 2, Salemba Medika: Jakarta
2. A.Aziz Alimul Hidayat, Musrifatul Uliyah (2016), Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar, Salemba Medika: Jakarta
3. Andri Setiya Whyudi, Abd Wahid (2016), Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar, Wita Wacana Media: Jakarta
4. Abd Wahid, Imam Suprpto (2012), Buku Saku Ilmu Keperawatan Dasar, Sagung Seto: Jakarta

D. DEFINISI

posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien.

E. PROSEDUR

1. Tanggung Jawab dan Wewenang:
 - a. Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran
 - b. Koordinator mata ajaran Keperawatan yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur melatih nafas dalam
 - c. Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan setiap peserta didik secara objektif baik di laboratorium maupun di lahan praktek
2. Prosedur pelaksanaan
 - a. Persiapan pasien
 - 1) Sampaikan salam
 - 2) Jelaskan tujuan dan prosedur
 - b. Persiapan Alat
 - 1) Bantal 2-5 buah
 - 2) Sandaran atau punggung (regestin), jika perlu
 - 3) Masker
 - 4) Sarung tangan
 - c. Persiapan lingkungan
Jaga privacy pasien dengan menutup gordin/pasang sampiran

d. Pelaksanaan tindakan

- 1) Cuci tangan
- 2) Dekatkan alat
- 3) Memakai masker dan sarung tangan
- 4) Membantu pasien untuk duduk di tempat tidur
- 5) Menyusun bantal dengan sudut ketinggian 300 dan 400 , bila membutuhkan posisi yang lenih tegak dengan sudut 600
- 6) Berdiri di samping kanan menghadap ke pasien
- 7) Mengajukan pasien untuk menekuk kedua lutut
- 8) Mengajukan pasien untuk menopang badan dengan kedua tangan
- 9) Menyangga pasien dengan cara tangan kanan perawat masuk keketiak pasien dan tangan kiri perawat menyangga punggung pasien
- 10) Mengajukan pasien untuk mendorong badan pasien kebelakang
- 11) Melepas sarung tangan dan masker
- 12) Terminasi: Evaluasi respon dan rencana tindak lanjut
- 13) Rapikan alat-alat
- 14) Cuci tangan

F. PENGENDALIAN DAN PEMANTAUAN

1. Daftar hadir mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani
2. Dokumentasi laporan asuhan keperawatan
3. Format penilaian tindakan melatih nafas dalam yang telah di tanda-tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan
4. Pedoman penilaian prosedur

G. DOKUMENTASI

1. Tindakan yang sudah dilakukan
2. Waktu
3. Tnaggal
4. Evaluasi Formatif
5. Paraf
6. Nama jelas yang melaksanakan tindakan

H. PENGESAHAN

Disusun Oleh Team Mata Ajaran	Diperiksa oleh Ketua Program studi DIII	Disahkan Oleh Ka. Jurusan	Distribusi
Nandang A Waluya, SKp., M.Kep.,Sp.KMB	Sri Ramdaniati., SKp., MKep	Dr. H. Asep Setiawan., SKp., MKep	- Sekretaris Jurusan - Mahasiswa - Laboratorium
Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :	

Lampiran 4 Riwayat Hidup

BIODATA PENULIS



Nama : Gita Fazriany

Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 08 Oktober 2001

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jl. Sakinah 4 No. 71 RT 01/19. Jatiendeah,
Cilengkrang, Kabupaten Bandung.



Riwayat Pendidikan :

1. TK Mekar Sari
2. SDN Ciujung
3. SMPN 14 Bandung
4. SMAN 16 Bandung
5. Poltekkes Kemenkes RI Bandung







Lampiran 5 Lembar Bimbingan

Ibu H. Sukarni, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes



U

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : GHA Farriany
 NIM : P17320120029
 Nama Pembimbing : H. Sukarni S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien
Brontopneumonia Dengan Gangguan Pemenuhan Oksigenasi
Di Ruang Flamboyan RSUD Kota Bandung

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Rabu / 25-01-2023	Mendiskusikan tema penyakit	Mencari literatur		
2.	Kamis / 26-01-2023	Menentukan judul KTI	Lanjut sampai membuat latar belakang		
3.	Senin / 30-01-2023	BAB 5 (Latar belakang)	Melanjutkan latar belakang		

4.	31/01-2013 Selasa	Bab I (label, rumusan masalah, tujuan, manfaat)	Membuat rumusan masalah dan tujuan		DE
5.	29/02-2013 Senin	BAB I (label, rumus, tujuan, manfaat).	lanjutkan manfaat dan BAB II		DE
6.		BAB II (konsep penyakit)	Memperbaiki BAB II		DE
7.		BAB II (konsep penyakit lengkap)	Melanjutkan BAB II		DE
8.		BAB III metodologi penelitian	Melanjutkan BAB III		DE
9.	Jum'at 31-04 2013	Bab III & BAB IV	Melanjutkan BAB IV		DE
10.	05/06-2013 Senin	BAB IV & BAB V	Melanjutkan BAB 4 & 5		DE
11.	06/06-2013 Selasa	ACC	ACC		DE
12.	12/06-2013 Senin	Revisi			DE
13.	17/06-2013 Rabu	ACC Perbaikan			DE





	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	











Nama Mahasiswa : Gita Fitriany

NIM : P17320120029

Nama Pembimbing : Dr. Lina Erlina, S.Kp., M.Kep., Spt.MB

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Bronkopneumonia
Pengan Gangguan Pemenuhan kebutuhan Oksigenasi Di Ruang
Flamboyan RSUD Kota Bandung

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Selasa 24/01 2023	Menyama- kan persep- si dalam Penyusunan KTI	Menyusun KTI		
2	24 /01-2023 Jumat	Pengarahan ketentuan Baru KTI	Menyelesaikan Penyusunan KTI		

3.	Jumat 17/05-2013	BAB I, BAB II	- Latar belakang Sporobium, kelain sistemik		
			- ekspose penelitian akhir → gpm O ₂ - Perbaikan cum pengutipan - kelain sporobium		
4.	Jumat 24/05 2013	Bab I, Bab II, Bab III	- Latar belakang Perbaikan - Pentingnya akhir O ₂ dalam ada - Pengutipan Sporobium		
5.	30/ 05-2013 Kamis	Bab I Bab II Bab III	- Tambahkan rumusan Dr. kep - Analisa data perubahan ke Bab II - Perbaikan Spat - Rapikan		
6.	05/ 06-2013	BAB V	ACC kang kapti y sidang		
7.	14/ 06-2013	Revisi Sidang	Sidang SI revisi.		

Lampiran 6 Lembar Persetujuan

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden studi kasus yang akan dilakukan oleh mahasiswa D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bandung yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Bronkopneumonia di Ruang Flamboyan RSUD Kota Bandung”.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani tanpa adanya paksaan dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Selama dalam proses kegiatan ini jika terdapat hal-hal yang diperlukan dapat menghubungi saya (Gita Fazriany dengan nomor HP : 0857-9512-9732).

Bandung.....

Mengetahui,

Pelaksana Studi Kasus

Peserta Studi Kasus

(Gita Fazriany)

NIM.P17320120029

(.....)

Lampiran 7 Format Asuhan Keperawatan KMB

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN KMB

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA /Nn. I DENGAN GANGGUAN SISTEM
.....: AKIBAT DI RUANG RS**

.....

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama :
 Tanggal Lahir/ Umur :
 Jenis Kelamin :
 Agama :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Golongan Darah :
 Diagnosa Medis :
 Nomor Register :
 Nomor Medrec :
 Tanggal Masuk RS :
 Tanggal Pengkajian :
 Alamat :

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama :
 Umur :
 Agama :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Alamat :

c. Riwayat Kesehatan

(1) Riwayat Kesehatan Sekarang

- a) Keluhan utama saat masuk RS
- b) Keluhan utama saat dikaji

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

- d. Pola Aktivitas Sehari-hari (Bandingkan aktivitas sehari-hari antara kondisi sehat dan sakit: nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktifitas dan gaya hidup pasien).

Aktivitas	Di Rumah	Saat Di Rumah Sakit
Makan		
a. Jenis		
b. Frekuensi		
c. Keluhan		
Minum		
a. Jenis		

b. Frekuensi c. Keluhan		
Tidur dan Istirahat a. Tidur Siang b. Tidur Malam c. Keluhan		
Eliminasi BAB & BAK 1. BAB a. Frekuensi b. Konsistensi c. Warna d. Keluhan 2. BAK a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan		
Personal Hygiene a. Mandi b. Keramas c. Gosok gigi		
Kegiatan c. Olahraga d. Merokok		

- e. Pemeriksaan Fisik (kalau untuk KDM menggunakan Head to toe)
 1. Sistem Pernafasan
 2. Sistem kardiovaskular
 3. Sistem pencernaan
 4. Sistem persyarafan
 5. Sistem endokrin
 6. Sistem genitourinaria
 7. Sistem musculoskeletal
 8. Sistem integumen dan imunitas
 9. Wicac dan THT
 10. Sistem penglihatan
- f. Data psikologis ; (Status emosi, Kecemasan, Pola koping, Gaya komunikasi, Konsep diri)
- g. Data sosial (berisi hubungan dan pola interaksi dengan keluarga dan masyarakat)
- h. Data spiritual (mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme terhadap kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah)
- i. Data penunjang (dicatat semua prosedur diagnostik dan lab yang dijalani pasien. Hasil ditulis kan termasuk nilai rujukan. Tulus cukup 3 kali pemeriksaan terakhir secara berturut-turut.
- j. Program dan rencana pengobatan

2. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah

- B. Diagnosa Keperawatan
- C. Perencanaan Perawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional

Catatan: Rumusan tujuan mengandung konsep SMART dan mengandung kriteria indikator diagnosa keperawatan teratasi.

D. Pelaksanaan

No	Tanggal dan Jam	Tindakan	DP	Paraf

E. Evaluasi

- a. Evaluasi formatif dituliskan sebagai hasil suatu tindakan, dicatat dalam format tindakan keperawatan
- b. Evaluasi sumatif berupa evaluasi pemecahan diagnosa keperawatan dibuat dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER), yang dibuat bila
 - i. Kerangka waktu ditujuan tercapai
 - ii. Diagnosa telah teratasi sebelum waktu di tujuan
 - iii. Terjadi perubahan kondisi
 - iv. Muncul masalah baru

Tanggal / Waktu	Dx	Catatan Perkembangan / Evaluasi	Paraf Pelaksana

Lampiran 8 Lembar Publikasi

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya

Nama : Gita Fariany
NIM : 117320120029
Jurusan : D-III Keperawatan Bandung
Program Studi : D-III Keperawatan Bandung
Jenis Karya Ilmiah : Karya Tulis Ilmiah / Skripsi / Artikel / Buku
Judul Karya Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Pasien Bronkopneumonia dengan Gangguan Pemenuhan Oksigenasi di Ruang Flamboyan RSUD Kota Bandung

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak saya bebas royalti kepada Perpustakaan Terpadu Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/mengalihformatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), mendistribusikan, serta menampilkan dalam bentuk softcopy untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Terpadu Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Terpadu Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung, dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 20 Juni 2023

Yang menyatakan



(Gita Fariany)