

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA
MEDIS PNEUMONIA DI RUANG MELATI
RSUD BANGIL**



**OLEH:
BARKAH
NIM 1601039**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA
MEDIS PNEUMONIA DI RUANG MELATI
RSUD BANGIL

Sebagai Prasyarat untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Oleh:
BARKAH
NIM. 1601039

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Barkah

NIM : 1601039

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 17 April 1996

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS PNEUMONIA DI RUANG MELATI RSUD BANGIL**” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, Mei 2019

Yang Menyatakan,

Barkah

NIM.1601039

Mengetahui,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0724098402

Ns. Marlita Dewi Lestari, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0709038372

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Barkah

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Pneumonia
Di Ruang Melati RSUD Bangil

Telah disetujui untuk di ujikan di hadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
pada tanggal 19 Juni 2019

Oleh :

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0724098402

Ns. Marlita Dewi Lestari, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0709038372

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal: 19 Juni 2019

TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Ns. Riesmiyatiningdyah S.Kep., M.Kes

Anggota : 1. Ns. Marlita Dewi Lestari, S.Kep., M.Kes

2. Ns. Meli Diana S.Kep., M.Kes

Mengetahui

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

*"SEBUAH KEBENARAN SEBERAPA BANYAK PUN
ORANG YANG TIDAK SETUJU TETAPLAH SEBUAH
KEBENARAN"*

*"SEBUAH KESALAHAN WALAUPUN BANYAK ORANG
YANG MELAKUKAN DAN SETUJU TETAPLAH SEBUAH
KESALAHAN"*

*"BERANILAH MENGGAMBIL KEPUTUSAN MESKIPUN
MENURUT ORANG LAIN ITU ADALAH HAL YANG
ANEH"*

(DEDDY CORBUZIER)

LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillah Hirobbilalamin saya ucapkan kepada Allah S.W.T karna atas ijinNya tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.

Tugas akhir ini saya persembahkan kepada :

Untuk Ayah, ibu, kakak, dan adik saya ucapkan banyak terima kasih karena selama ini telah memberi dukungan, do'a, dan semangat. Semoga Allah S.W.T memberi saya kesempatan untuk membahagiakan kalian kelak.

Untuk suami terkasih Riki Mahardika, terima kasih banyak telah sabar menunggu, mendampingi dan memberi semangat saya hingga pendidikan yang saya jalani ini selesai.

Untuk sahabat saya Trois dan dari Alumni BEM Akper Kerta Cendekia Sidoarjo terima kasih karna hingga saat ini tetap mensupport dan saling memberi semangat. Semoga kebersamaan tetap terjalin erat.

Untuk bapak dan ibu dosen terutama ibu Agus Sulistyowati, S.Kep, M.Kes, ibu Meli Diana S.Kep., Ns., M.Kes, ibu Marlita Dewi Lestari, S.Kep., Ns., M.Kes dan ibu Riesmiyatiningdyah S.Kep., Ns., M.Kes terima kasih saya ucapkan atas ilmu, bimbingan dan pelajaran hidup yang telah diberikan kepada saya tanpa ibu dosen semua ini tidak akan berarti.

Untuk teman seperjuangan saya yang tidak dapat disebutkan satu per satu saya ucapkan terima kasih atas kebersamaan selama ini, ada suka dan duka yang kita lewati. Tetapi tak apa semua itu untuk pendewasaan kita masing-masing. Semoga kita dapat meraih kesuksesan sesuai yang harapan kita. Aamiin.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Pneumonia di Ruang Melati RSUD Bangil”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Untuk Orangtua Ayah Saeed Abdo M. Bahreisy dan Afiyah Yusuf Bayasud, kakak saya Anisah S.Farm., Apt dan juga adik saya Salkha yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini dari awal hingga akhir.
3. Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah mengesahkan.
4. Meli Diana S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing I yang selalu bijaksana memberikan bimbingan, mencurahkan perhatian, doa, dan nasehat serta yang selalu meluangkan waktunya untuk membantu penulis menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah ini.
5. Marlita Dewi Lestari, S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing II yang selalu memberikan bimbingan, nasehat serta waktunya selama penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Direktur RSUD BANGIL yang telah membantu dan memberikan izin kepada penulis dalam melakukan penelitian.

7. Para sahabat yang telah mendukung untuk terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu, teman-teman seperjuangan yang telah menemani selama saya menempuh pendidikan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
8. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam fan Persyaratan Gelar.....	ii
Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Motto	vi
Lembar Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	5
1.5.3 Sumber Data	5
1.5.4 Studi Kepustakaan	6
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 Tinjauan Pustaka	8
2.1 Konsep Penyakit Pneumonia	8
2.1.1 Definisi Pneumonia	8
2.1.2 Etiologi Pneumonia	9
2.1.3 Faktor Resiko Pneumonia	10
2.1.4 Manifestasi Klinis Pneumonia	10
2.1.5 Patofisiologi Pneumonia.....	11
2.1.6 Komplikasi Pneumonia	11
2.1.7 Penatalaksanaan Pneumonia.....	12
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	13
2.1.9 Dampak Masalah	13
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	13
2.2.1 Pengkajian	13
2.2.2 Analisa Data	18
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	18
2.2.4 Intervensi Keperawatan	19
2.2.5 Implementasi Keperawatan	26
2.2.6 Evaluasi Keperawatan	28
2.3 Pathway	30

BAB 3 Tinjauan Kasus	31
3.1 Pengkajian	31
3.2 Analisa Data	40
3.3 Diagnosa Keperawatan	42
3.4 Intervensi Keperawatan	44
3.5 Implementasi Keperawatan	46
3.6 Catatan Perkembangan	50
3.7 Evaluasi Keperawatan	53
BAB 4 Pembahasan.....	55
4.1 Pengkajian	55
4.2 Diagnosa Keperawatan	64
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan	67
4.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan	68
4.5 Evaluasi Keperawatan	69
BAB 5 Penutup.....	71
5.1 Simpulan	71
5.2 Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA	71

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul Tabel	Halaman
3.1	Analisa Data pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Pneumonia di Ruang Melati RSUD Bangil.	40
3.2	Rencana Tindakan Keperawatan pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Pneumonia di ruang Melati RSUD Bangil	44
3.3	Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Pneumonia Di Ruang Melati RSUD Bangil.	46
3.4	Catatan Perkembangan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Pneumonia di Ruang Melati RSUD Bangil.	50
3.5	Evaluasi Keperawatan pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Pneumonia di Ruang Melati RSUD Bangil	53

DAFTAR GAMBAR

No.Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka Masalah pada Pasien dengan Diagnosa Medis Pneumonia.....	30

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Satuan Acara Penyuluhan.....	75
Lampiran 2	Surat Ijin	80
Lampiran 3	<i>Informed Consend</i>	81
Lampiran 4	Lembar Konsultasi.....	82

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumonia adalah inflamasi parenkim paru yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme, termasuk bakteri, mikrobakteria, jamur, dan virus. (Brunner & Suddarth, 2011). Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang terdapat konsolidasi dan terjadi pengisian rongga alveoli oleh eksudat yang dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing. (Muttaqin, 2008). Pada masyarakat awam biasanya penyakit ini lebih dikenal dengan istilah paru-paru basah, pada zaman dahulu untuk menyembuhkan penyakit ini biasanya teknik guruh sering dipakai untuk mengeluarkan cairan lendir yang ada di dalam tubuh (paru-paru) dengan menggunakan ramuan yang dimasukkan kedalam rongga hidung, namun sebenarnya teknik guruh ini beresiko akan menambah cairan yang masuk ke dalam paru-paru dan dapat memperparah keadaan. (Sariasih, 2014).

Berdasarkan data WHO pada tahun 2013 terdapat 6,3 juta kematian di dunia, dan sebesar 935.000 (15%) kematian disebabkan oleh pneumonia. Sedangkan, di Indonesia kasus pneumonia mencapai 22.000 jiwa menduduki peringkat ke delapan sedunia (WHO, 2014). Ada lima provinsi dengan pneumonia tertinggi yaitu Nusa Tenggara Timur (4,6% & 10,3%), Papua (2,8% & 8,2%), Sulawesi Tengah (2,3% & 5,7%), Sulawesi Barat (3,1% & 6,1%) dan Sulawesi Selatan (2,4% & 4,8%) (Risksdas, 2013). Sedangkan data pasien pneumonia di Jawa Timur khususnya di Surabaya terdapat

peningkatan yakni 180 pasien pneumonia dengan angka kematian 20-30% (Kemenkes RI, 2013). Jumlah Pasien penderita pneumonia dalam satu tahun terakhir di RSUD Bangil adalah 123 orang (Rekam Medik Rsud Bangil, 2017).

Bakteri penyebab pneumonia yaitu *Streptococcus pneumoniae* yang merupakan flora normal tenggorokan manusia yang sehat. Namun apabila daya tahan tubuh menurun disebabkan oleh usia tua, gangguan kesehatan, maupun asupan gizi, setelah menginfeksi bakteri tersebut akan memperbanyak diri. Penyakit ini juga bisa menjadi infeksi yang serius apabila terjadi keterlambatan penanganan dan dapat berkembang menjadi sepsis yang berpotensi mengancam jiwa (Misnadiarly,2008). Penyebaran infeksi dapat terjadi dengan cepat keseluruh tubuh kerana melalui pembuluh darah. Gejala klinis secara umum adalah suhu tubuh $\geq 38^{\circ}\text{C}$, batuk, sputum, peningkatan angka leukosit, pemeriksaan fisik ditemukan adanya konsolidasi, suara napas brochial dan ronki (Brunner & Suddarth,2011).

Pasien dengan pneumonia perlu dirawat di RS karena memerlukan pengobatan yang memadai. Perawat dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang penyakit pneumonia dengan memberikan penyuluhan tentang pentingnya vaksinasi dan tidak merokok guna untuk mencegah penyakit pneumonia. Penyakit pneumonia dapat dicegah dengan vaksinasi terhadap bakteri penyebab pneumonia dan vaksin influenza. Di samping itu juga harus menjaga kebersihan dengan rajin cuci tangan, tidak merokok, serta istirahat cukup dan diet sehat untuk menjaga daya tahan tubuh. Pemberian antibiotik biasanya dilakukan pada pasien penderita pneumonia

guna menghambat penyebaran bakteri. Pada pasien yang mengeluh demam dan batuk dapat dikompres secara berkala, memberikan air hangat dan perawat dapat mengajarkan batuk efektif untuk mempermudah mengeluarkan sputum. Untuk mencegah terjadinya kekambuhan perawat dapat memberikan penjelasan untuk menjaga pola hidup sehat dengan olahraga teratur, asupan yang sehat, dan menghindari rokok.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada pasien Pneumonia dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa Pneumonia di Ruang Teratai RSUD Bangil ?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Pneumonia di Ruang Teratai RSUD Bangil

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji Ny. S dengan diagnosa Pneumonia di Ruang Teratai RSUD Bangil

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa Pneumonia di Ruang Teratai RSUD Bangil

1.3.2.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Pneumonia di Ruang Teratai RSUD Bangil

1.3.2.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa Pneumonia di Ruang Teratai RSUD Bangil

1.3.2.5 Mengidentifikasi Ny. S dengan diagnosa Pneumonia di Ruang Teratai RSUD Bangil

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa Pneumonia di Ruang Teratai RSUD Bangil.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1.4.1 Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatandengan kasus Pneumonia.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RSUD agar dapat melakukan asuhan keperawatan dengan kasus Pneumonia dengan baik.

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada kasus Pneumonia.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada kasus Pneumonia.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1.5.3.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1.6.1 Bagian awal

Memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti

Bagian ini terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub-bab berikut ini:

1.6.2.1 Bab 1: Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

1.6.2.2 Bab 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Pneumonia, serta kerangka masalah.

1.6.2.3 Bab 3: Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.6.2.4 Bab 4: Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

1.6.2.5 Bab 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia. Konsep dasar penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Konsep dasar keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Pneumonia dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Penyakit Pneumonia

2.1.1 Definisi Pneumonia

Menurut Brunner & Suddarth, (2011) pneumonia adalah inflamasi parenkim paru yang disebabkan oleh berbagai mikro-organisme, termasuk bakteri, mikobakteria, jamur, dan virus. Pneumonia diklasifikasikan sebagai pneumonia didapat di komunitas (*community-acquired pneumonia [CAP]*), pneumonia didapat di rumah sakit (nosokomial) (*hospital – acquired pneumonia [HAP]*), pneumonia pada pejamu yang mengalami luhur imun, dan pneumonia aspirasi. Terjadi pada tumpang tindih dalam pengelompokan pneumonia tertentu, karena pneumonia dapat terjadi pada tatanan yang berbeda. Mereka yang berisiko mengalami pneumonia sering kali menderita penyakit kronis utama, penyakit akut berat, sistem imun yang tertekan karena penyakit atau medikasi, imobilitas, dan faktor lain yang mengganggu mekanisme perlindungan paru normal. Lansia juga berisiko tinggi.

Menurut Nurarif & Kusuma, (2016) pneumonia adalah salah satu penyakit infeksi peradangan akut parenkim paru yang biasanya dari suatu infeksi saluran pernafasan bawah akut (ISNBA) Dengan batuk dan disertai sesak nafas disebabkan agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi) dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru-paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi.

2.1.2 Etiologi Pneumonia

Penyebab infeksi terjadi melalui droplet dan sering disebabkan oleh *streptococcus pneumonia*, melalui slang infuse oleh *staphylococcus aureus* sedangkan pada pemakaian ventilator oleh *P. aeruginosa* dan *enterobacter*. Dan pada masa kini terjadi perubahan keadaan pasien seperti kekebalan tubuh dan penyakit kronis, populasi lingkungan, penggunaan antibiotik yang tidak tepat. Setelah masuk ke paru-paru organisme bermultiplikasi dan, jika telah berhasil mengalahkan mekanisme pertahanan paru, terjadi pneumonia. Menurut Nurarif & Kusuma (2016) Selain diatas penyebab terjadinya pneumonia sesuai penggolongannya yaitu:

2.1.2.1 Bacteria : *Diplococcus pneumonia*, *pneumococcus*, *streptococcus hemolyticus*, *streptococcus aureus*, *hemophilus influenzae*, *mycobacterium tuberculosis*, *bacillus friedlander*.

2.1.2.2 Virus : *Respiratory syncytial virus*, *adeno virus*, *virus sitomegalitik*, *virus influenza*.

2.1.2.3 Mycoplasma pneumonia

2.1.2.4 Jamur : *Histoplasma capsulatum*, *cryptococcus neuroformans*, *blastomyces dermatitides*, *coccidiodiesnimitis*, *aspergillus species*, *candida albicans*.

2.1.2.5 Aspirasi : Makanan , kerosesene (bensin, minyak tanah), cairan amnion, benda asing.

2.1.2.6 Pneumonia hipostatik.

2.1.2.7 Sindrom loeffler.

2.1.3 Faktor Resiko

Menurut Jeremy, *et al.*, (2008) ada beberapa faktor resiko penyebab pneumonia, yaitu :

2.1.3.1 Usia lebih dari 65 tahun

2.1.3.2 Infeksi saluran pernafasan atas

2.1.3.3 Alcoholic

2.1.3.4 Rokok : asap rokok mengganggu aktifitas mukosiliaris dan makrofag alveolar.

2.1.3.5 Kekurangan nutrisi

2.1.3.6 Polusi udara

2.1.3.7 Kepadatan tempat tinggal

2.1.3.8 Penyakit kronik menahun.

2.1.4 Manifestasi Klinis Pneumonia

Menurut Brunner & Suddarth, (2011) Gambaran klinis beragam, bergantung pada organisme penyebab dan penyakit pasien.

2.1.4.1 Menggigil mendadak dan dengan cepat berlanjut menjadi demam (38,5°C sampai 40,5°C).

2.1.4.2 Nyeri dada pleuritik yang semakin berat ketika bernafas dan batuk.

2.1.4.3 Pasien yang sakit parah mengalami takipnea berat (25 sampai 45 kali pernafasan/menit) dan dispnea , ortopnea ketika tidak disangga.

- 2.1.4.4 Nadi cepat dan memantul, dapat meningkat sepuluh kali/ menit per satu derajat peningkatan suhu tubuh (Celsius).
- 2.1.4.5 Bradikardia relatif untuk tingginya demam menunjukkan infeksi virus, inveksi mikoplasma, atau infeksi organisme legionella.
- 2.1.4.6 Tanda lain : infeksi alveolar nafas atas, sakit kepala, demam derajat rendah, nyeri pleuritik, mialgia, ruam, faringitis; setelah beberapa hari, sputum mukoid atau mukopurulen dikeluarkan.
- 2.1.4.7 Pneumonia berat; pipi memerah; bibir dan bantalan kuku menunjukkan sianosis sentral.
- 2.1.4.8 Sputum purulen, berwarna seperti karat, bercampur darah, kental, atau hijau, bergantung pada agens penyebab.
- 2.1.4.9 Nafsu makan buruk, pasien mengalami diaforesis dan mudah lelah.
- 2.1.4.10 Tanda dan gejala pneumonia dapat juga bergantung pada kondisi utama pasien (misalnya, tanda berbeda dijumpai pada pasien dengan kondisi seperti kanker, dan pada mereka yang menjalani terapi immunosupresan, yang menurunkan resistansi terhadap infeksi).

2.1.5 Patofisiologi Pneumonia

Reaksi inflamasi dapat terjadi di alveoli, yang menghasilkan eksudat yang mengganggu difusi oksigen dan karbondioksida, bronkospasme juga dapat terjadi apabila pasien menderita penyakit jalan nafas reaktif. Bronkopneumonia, bentuk pneumonia yang paling umum, menyebar dalam model bercak yang meluas dari bronki ke parenkim paru sekitarnya. Pneumonia lobar adalah istilah yang digunakan jika pneumonia mengenai bagian substansial pada satu atau lebih lobus. Pneumonia disebabkan oleh berbagai agen mikroba di berbagai tatanan.

Organisme yang biasa menyebabkan pneumonia adalah *Pseudomonas aeruginosa* dan spesies *Klebsiella*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus pneumoniae*, dan basilus Gram negatif, jamur, dan virus (paling sering pada anak-anak). (Brunner & Suddarth, 2011).

2.1.6 Komplikasi Pneumonia

Menurut Misnadiarly, (2008) kompilkasi yang dapat terjadi pada klien yang terkena pneumonia adalah:

- 2.1.6.1 Abses paru
- 2.1.6.2 Edusi pleural
- 2.1.6.3 Empisema
- 2.1.6.4 Gagal nafas
- 2.1.6.5 Perikarditis
- 2.1.6.6 Meningitis
- 2.1.6.7 Atelektasis hipotensi
- 2.1.6.8 Delirium
- 2.1.6.9 Asidosis metabolik
- 2.1.6.10 Dehidrasi.

2.1.7 Penatalaksanaan Pneumonia

Kepada penderita yang penyakitnya tidak terlalu berat, bisa diberikan antibiotic per oral dan tetap tinggal di rumah. Penderita yang lebih tua dan penderita dengan sesak nafas atau dengan penyakit jantung atau penyakit paru lainnya, harus dirawat dan antibiotik diberikan melalui infus. Mungkin perlu diberikan oksigen tambahan, cairan intravena dan alat bantu nafas mekanik. Kebanyakan penderita akan memberikan respon terhadap pengobatan dan

keadaannya membaik dalam waktu 2 minggu. Penatalaksanaan untuk pneumonia bergantung pada penyebab, antibiotic diberikan sesuai hasil kultur (Nurarif & Kusuma, 2016).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Misnadiarly, (2008) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien penderita penyakit pneumonia adalah:

2.1.8.1 Sinar X

Mengidentifikasi distribusi struktural (misal: lobar, bronchial), dapat juga menyatakan abses luas/ infiltrate, empyema (stapilococcus); infiltrasi menyebar atau terlokalisasi (bacterial), atau penyebaran/ perluasan infiltrate nodul (lebih sering virus). Pada pneumonia mikoplasma sinar X dada mungkin lebih bersih.

2.1.8.2 GDA

Tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlibat dan penyakit paru yang ada.

2.1.8.3 JDL Leukositosis

Biasanya ditemukan, meskipun sel darah putih rendah terjadi pada infeksi virus, kondisi tekanan imun.

2.1.8.4 LED Meningkat

2.1.8.5 Fungsi paru hipoksia, volume menurun, tekanan jalan napas meningkat dan komplain menurun.

2.1.8.6 Elektrolit Na dan Cl mungkin rendah.

2.1.8.7 Bilirubin meningkat.

2.1.8.8 Aspirasi/ biopsi jaringan paru.

2.1.9 Dampak Masalah

Menurut Notoatmodjo, (2011) ada beberapa dampak yang terjadi pada klien dengan pneumonia, yaitu :

2.1.9.1 Dampak Fisik

Dampak yang besar terhadap kualitas hidup pasien berupa dampak fisik, sosial dan mental. Dampak fisik pada pasien dapat berupa keterbatasan dalam melakukan kegiatan fisik secara normal.

2.1.9.2 Dampak Sosial

Dampak social terhadap pasien Pneumonia dapat berupa terisolasi atau dikucilkan oleh masyarakat.

2.1.9.3 Dampak Mental

Pasien Pneumonia mengalami ketakutan dan kecemasan karena tidak bisa diterima di masyarakat. Penelitian terhadap persepsi pasien tentang Pneumonia menunjukkan bahwa reaksi pasien pada saat mengetahui diagnosa adalah kekhawatiran (50%) dan pikiran untuk bunuh diri (9%).

2.1.9.4 Dampak keluarga

Pada keluarga pasti juga menimbulkan kecemasan akan takut tertular penyakit pneumonia. Pada keluarga mungkin bisa timbul rasa beban untuk merawat dan menjaga penderita penyakit pneumonia.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Menurut Muttaqin, (2008) pengkajian yang harus dilakukan pada klien dengan pneumonia, yaitu :

2.3.1.1 Identitas

Pengkajian pada identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosa medis.

2.3.1.2 Keluhan Utama

Biasanya klien datang ke rumah sakit dalam kondisi sesak nafas. Sesak nafas merupakan gejala nyata adanya gangguan trakeobronkhial, parenkim paru, rongga pleura.

2.3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Kronologi peristiwa pada saat terjadi keluhan batuk, sesak nafas disertai demam dan sakit tenggorokan.

2.3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit yang pernah diderita pada masa-masa dahulu seperti adanya riwayat diabetes alergi, frekuensi ISPA, kebiasaan, TBC paru, penggunaan obat-obatan, imunisasi. Menurut Wahid, Abd, (2013) Influenza sering terjadi dalam rentang waktu 3-14 hari sebelum diketahui adanya penyakit pneumonia.

2.3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Kemungkinan ada anggota keluarga yang menderita batuk, TBC, kanker paru, pneumonia.

2.3.1.6 Perilaku yang Mempengaruhi Kesehatan

Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan biasanya merokok dan tidak menggunakan masker penutup wajah saat berkendara.

2.3.1.7 Pemeriksaan fisik

Berguna selain untuk menemukan tanda-tanda fisik yang mendukung diagnosis pneumonia dan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain, juga berguna untuk mengetahui penyakit yang mungkin menyertai pneumonia. Berikut pola pemeriksaan fisik sesuai *Review of System*:

1) B1 (*Breathing*)

Bentuk dada dan gerakan pernapasan. Gerakan nafas simetris. Pada klien dengan pneumonia sering ditemukan peningkatan frekuensi nafas cepat dan dangkal, serta adanya retraksi sternum dan intercosta space (ICS). Nafas cuping hidung pada sesak berat. Pada klien biasanya didapatkan batuk produktif disertai dengan adanya batuk dengan produksi sputum yang purulen. Gerakan dinding thoraks anterior/ekskrusi pernafasan, getaran suara (vokal fremitus) biasanya teraba normal, Nyeri dada yang meningkat karena batuk. Pneumonia yang disertai komplikasi biasanya di dapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Bunyi redup perkusi pada klien dengan pneumonia didapatkan apabila bronchopneumonia menjadi suatu sarang (konfluens). Pada klien dengan pneumonia juga di dapatkan bunyi nafas melemah dan bunyi nafas tambahan ronkhi basah pada sisi yang sakit.

2) B2 (*Blood*)

Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum. Biasanya klien tampak melindungi area yang sakit. denyut nadi perifer melemah,

batas jantung tidak mengalami pergeseran, tekanan darah biasanya normal, dan bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

3) B3 (*Brain*)

Pada klien dengan pneumonia yang berat sering terjadi penurunan kesadaran, didapatkan sianosis perifer bila gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif, wajah klien tampak meringis, menangis, merintih, meregang dan menggeliat

4) B4 (*Bladder*)

Pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan. Pada penderita pneumonia, perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok.

5) B5 (*Bowel*)

Klien biasanya mengalami mual, muntah, anoreksia, dan penurunan berat badan.

6) B6 (*Bone*)

Kelemahan dan kelelahan fisik secara umum sering menyebabkan ketergantungan klien terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari

7) B7 (*Penginderaan*)

Pada klien penderita pneumonia tidak ditemukan adanya kerusakan penginderaan.

8) B8 (*Endokrin*)

Pada penderita pneumonia tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar endokrin.

2.3.2 Analisa Data

Analisis data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berfikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status kesehatan atau masalah aktual atau potensial. Perawat memakai proses keperawatan dalam mengidentifikasi dan mensintesis data klinis dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggungjawabnya. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien pneumonia menurut Nurarif & Kusuma (2016) adalah:

- 2.3.2.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi dan obstruksi jalan nafas.
- 2.3.2.2 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan proses inflamasi.
- 2.3.2.3 Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam.
- 2.3.2.4 Keletihan yang berhubungan dengan kelemahan fisik.

2.3.2.5 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

2.3.4 Perencanaan

Setelah pengumpulan data pasien, mengorganisasi data dan menetapkan diagnosis keperawatan maka tahap berikutnya adalah perencanaan. Pada tahap ini perawat membuat rencana perawatan dan menentukan pendekatan apa yang digunakan untuk memecahkan masalah klien. Ada tiga fase dalam tahap perencanaan yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan. Berikut adalah perencanaan dari diagnosa keperawatan pada pasien dengan pneumonia menurut Nurarif (2016) adalah:

2.3.4.1 Diagnosa Keperawatan 1

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi dan obstruksi jalan nafas.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan jalan nafas kembali efektif

Kriteria Hasil:

- 1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lipd).
- 2) Menunjukkan jalan napas paten (klien tiak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).

- 3) Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas.

Intervensi:

- 1) Bantu pasien latihan napas sering. Tunjukkan/bantu pasien mempelajari melakukan batuk, misal : menekan dada dan batuk efektif sementara posisi duduk tinggi.

Rasional : Napas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru/ jalan napas lebih kecil. Batuk adalah mekanisme pembersihan jalan napas alami, membantu silia untuk mempertahankan jalan napas paten. Penekanan menurunkan ketidaknyamanan dada dan posisi duduk memungkinkan upaya napas lebih dalam dan lebih kuat.

- 2) Observasi frekuensi/kedalaman pernapasan dan gerak dada.

Rasional : Takipnea, pernapasan dangkal, dan gerak dada tak simetris sering terjadi karena ketidaknyamanan gerakan dinding dada dan/atau cairan paru.

- 3) Pantau efek pengobatan nebuliser dan fisioterapi lain. Lakukan tindakan diantara waktu makan dan batasi cairan bila mungkin.

Rasional: Memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret. Drainase postural tidak efektif pada pneumonia interstisial atau menyebabkan eksudat alveolar/kerusakan. Koordinasi pengobatan/jadwal dan masukan oral menurunkan muntah karena batuk, pengeluaran sputum.

- 4) Penghisapan sesuai indikasi.

Rasional: Merangsang batuk atau pembersihan jalan napas secara mekanik pada pasien yang tidak mampu melakukan karena batuk tak efektif atau penurunan tingkat kesadaran.

- 5) Berikan cairan sedikitnya 2500 ml/hari (kecuali kontraindikasi). Tawarkan air hangat, daripada dingin.

Rasional: Cairan (khususnya air hangat) memobilisasi dan mengeluarkan secret.

2.3.3.2 Diagnosa Keperawatan 2

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan proses inflamasi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan pola nafas kembali efektif.

Kriteria Hasil:

- 1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).
- 2) Menunjukkan jalan napas paten (klien tiak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).
- 3) Tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu).

Intervensi:

- 1) Observasi frekuensi, kedalaman pernafasan dan ekspansi dada. Catat upaya pernafasan, termasuk penggunaan otot bantu, pelebaran nasal.

Rasional: Kecepatan biasanya meningkat. Dispnea dan terjadi peningkatan kerja nafas (pada awal atau hanya tanpa EP subakut). Kedalaman pernafasan bervariasi tergantung derajat gagal nafas. Ekspansi dada terbatas yang berhubungan dengan atelektasis dan atau nyeri dada pleuritik.

- 2) Auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas adventisius, seperti krekels, mengi, gesekan pleural.

Rasional: Bunyi nafas menurun atau tidak ada bila jalan nafas obstruksi sekunder terhadap perdarahan, pembekuan atau kolaps jalan nafas kecil (atelektasi). Ronki dan mengi menyertai obstruksi jalan nafas atau kegagalan pernafasan.

- 3) Tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi. Bangunkan pasien turun tempat tidur dan ambulasi sesegera mungkin.

Rasional: Duduk tinggi memungkinkan ekspansi paru dan memudahkan pernafasan.

- 4) Bantu fisioterapi dada.

Rasional: Memudahkan upaya bernafas dalam dan meningkatkan drainas sekret dari segmen paru kedalaman bronkus, dimana dapat lebih mempercepat pembuangan dengan batuk atau penghisapan.

- 5) Berikan oksigen tambahan.

Rasional: Memaksimalkan bernafas dan menurunkan kerja nafas.

2.3.3.3 Diagnosa Keperawatan 3

Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam.

Tujuan : Setelah dilakuakn tindakan keperawatan 2 X 24 jam diharapkan suhu tubuh pasien menurun.

Kriteria Hasil :

- 1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal.
- 2) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
- 3) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebih.

Intervensi dan Rasional :

- 1) Observasi tanda-tanda vital

Rasional: untuk mengetahui keadaan umum klien.

- 2) Observasi intake dan output

Rasional : intake yang mencukupi dapat memperbaiki keadaan klien.

- 3) Anjurkan klien untuk menambah intake oral.

Rasional: untuk memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh klien.

- 4) Berikan kebutuhan cairan.

Rasional: Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan cairan tubuh meningkat, sehingga perlu diimbangi dengan intake cairan yang banyak.

5) Kolaborasi pemberian cairan per IV

Rasional : berguna untuk memenuhi cairan dalam tubuh klien.

2.3.3.4 Diagnosa Keperawatan 4

Keletihan berhubungan dengan Keletihan yang berhubungan dengan peningkatan kelemahan fisik.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kelemahan berkurang dan energi meningkat.

Kriteria Hasil:

- 1) Memverbalisasikan peningkatan energi dan merasa lebih baik.
- 2) Menjelaskan penggunaan energi untuk mengatasi kelelahan.
- 3) Mempertahankan kemampuan untuk berkonsentrasi.

Intervensi:

- 1) Tentukan kemungkinan penyebab kelelahan

Rasional: Mengidentifikasi faktor-faktor terkait dengan kelelahan dapat bermanfaat dalam mengenali penyebab potensial dan membangun rencana perawatan kolaboratif.

- 2) Observasi kemampuan pasien untuk melakukan ADL, aktivitas instrumental kehidupan sehari-hari (ADLs), dan tuntutan hidup sehari-hari (DDLs).

Rasional: Kelelahan dapat membatasi kemampuan pasien untuk berpartisipasi dalam perawatan diri dan melakukan tanggung jawab perannya dalam keluarga dan masyarakat, seperti bekerja di luar rumah.

- 3) Observasi konsumsi nutrisi pasien untuk sumber energy dan kebutuhan metabolic yang memadai.

Rasional: Kelelahan mungkin merupakan gejala kekurangan gizi protein, defisiensi vitamin, atau kekurangan zat gizi.

- 4) Evaluasi deskripsi kelelahan pasien tingkat keparahan, perubahan, tingkat keparahan dari waktu ke waktu, faktor agregasi atau faktor pengurang.

Rasional: Dengan menggunakan skala penilaian kuantitatif yang tepat, 1 sampai 10 misalnya, dapat membantu pasien merumuskan jumlah kelelahan yang di alami.

- 5) Evaluasi perkiraan pasien untuk keletihan lelah, keinginan untuk berpartisipasi dalam strategi mengurangi kelelahan, dan tingkat dukungan keluarga dan social.

Rasional: Ini akan mempromosikan partisipasi aktif dalam merencanakan, menerapkan, dan mengevaluasi manajemen teraupetik untuk mengurangi kelelahan.

2.3.3.5 Diagnosa Keperawatan 5

Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

Tujuan : setelah dilakuakn tindakan keperawatan 1 X 30 Menit diharapkan pengetahuan klien bertambah.

Kriteria hasil :

- 1) Klien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan.
- 2) Klien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- 3) Klien dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya.

Intervensi dan Rasional :

- 1) Observasi tingkat pengetahuan klien tentang penyakit.
Rasional : untuk mengetahui seberapa pengetauan klien tentang penyakit
- 2) Jelaskan kepada klien dan keluarga tentang ptoses terjadinya penyakit dan cara penganannya.
Rasional : untuk menambah pengetahuan klien dan membantu klien untuk mengatasi penyakitnya.

2.3.5 Pelaksanaan

Pelaksanaan atau implementasi merupakan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Seperti tahap-tahap yang lain dalam proses keperawatan, fase pelaksanaan terdiri dari beberapa kegiatan antara lain validasi (pengesahan) rencana keperawatan, menulis/mendokumentasikan rencana keperawatan, melanjutkan pengumpulan data, dan memberikan asuhan keperawatan.

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnose Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi dan obstruksi jalan nafas antara lain memonitor frekuensi/kedalaman pernapasan dan gerak dada, membantu pasien mempelajari tata cara batuk efektif dengan cara inspirasi dua kali lalu pasien di anjurkan untuk batuk dua kali untuk mempermudah mengeluarkan sputum, penghisapan sesuai indikasi, mengobservasi efek pengobatan nebuliser dan fisioterapi lain.

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnosa ketidakefektifan pola nafas, yang berhubungan dengan proses inflamasi antara lain, memposisikan semi fowler, melakukan pemberian tambahan oksigen dengan kanula atau masker sesuai indikasi pasien

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnose Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam antara lain Observasi tanda-tanda vital, mengobservasi intake dan output, menganjurkan klien untuk menambah intake oral, memberikan kebutuhan cairan, berkolaborasi pemberian cairan per IV

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnose kelelahan yang berhubungan dengan peningkatan kelemahan fisik dengan kriteria hasil menunjukkan Memverbalisasikan peningkatan energy dan merasa lebih baik, Menjelaskan penggunaan energy untuk mengatasi kelelahan, Mempertahankan kemampuan untuk berkonsentrasi.

Pelaksanaan atau implementasi dari diagnose Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit antara lain mengobservasi tingkat pengetahuan klien tentang penyakit,

dan menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang proses terjadinya penyakit dan cara pengannya.

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang merupakan kegiatan sengaja dan terus-menerus yang melibatkan klien atau pasien dengan perawat dan anggota tim kesehatan lainnya.

Evaluasi pada diagnosa Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi dan obstruksi jalan nafas adalah, klien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lipd), menunjukkan jalan napas paten (klien tiak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal), mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas.

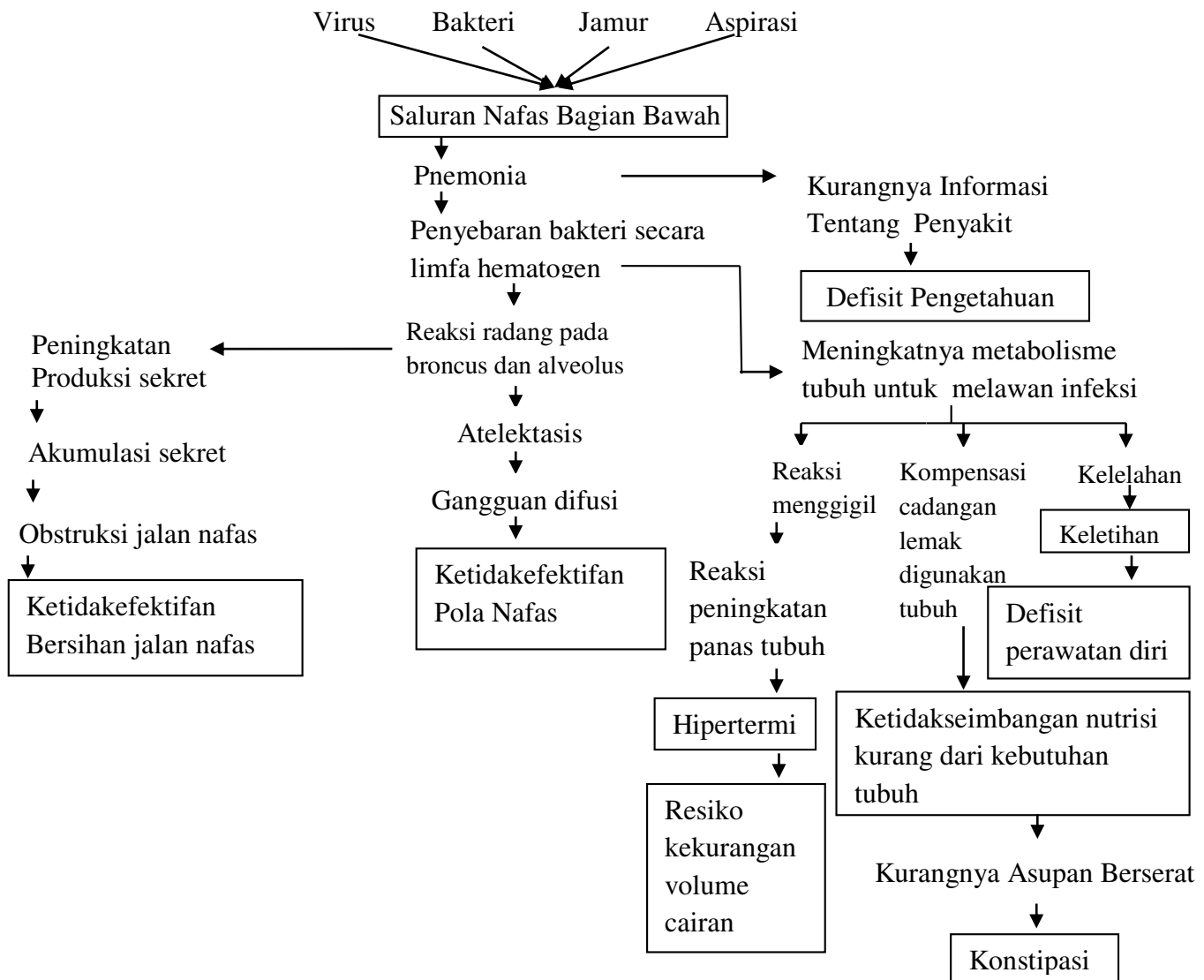
Evaluasi pada diagnose ketidakefektifan pola nafas, yang berhubungan dengan proses inflamasi adalah, klien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips), menunjukkan jalan napas paten (klien tiak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal), Tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu).

Evaluasi pada diagnose resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam adalah klien mampu mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebih.

Evaluasi pada diagnosa peningkatan kelemahan fisik antara lain, diharapkan peningkatan energy meningkat, menunjukkan peningkatan energy dapat di ukur dengan tidak adanya kelemahan, keletihan.

Evaluasi pada diagnosa Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit adalah klien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan, klien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, klien dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya.

2.3 Pathway Pneumonia



Sumber :

(Nurarif & Kusuma, 2016)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia dan Tuberkulosis Paru maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 26 Desember 2018 sampai dengan 29 Desember 2018 dengan data pengkajian pada tanggal 26 Desember 2019 pada pukul 19.00 WIB. Anamnesa di peroleh dari klien dan filr No. RM 382xxx.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. S usia 51 tahun beragama islam, pasien tinggal di linggo 06/02 kejayan linggo pasuruan, pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SD, pasien menikah dengan Tn. T dan dikaruniai lima orang anak. Pasien MRS pada tanggal 20 Desember 2018 di Ruang Melati RSUD Bangil.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

3.1.2.1 Riwayat Kesehatan Sekarang

- 1) Keluhan utama pasien mengatakan sesak.
- 2) Riwayat penyakit sekarang pasien mengeluh batuk darah dan sesak kurang lebih sejak satu bulan lalu. Pada tanggal 20 Desember 2018 pasien dibawa ke IGD RSUD Bangil, lalu pada pukul 00.00 WIB pasien dipindahkan ke ruangan Isolasi Melati. Pada saat pengkajian pasien mengatakan sesak dan batuk yang tak kunjung berhenti terutama pada saat malam hari , pasien juga ditemukan demam.

3.1.2.2 Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular dan menahun, pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat diabetes mellitus maupun hipertensi. Pasien juga tidak memiliki alergi terhadap obat dan riwayat operasi sebelumnya.

3.1.2.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular maupun menahun.

2) Lingkungan Rumah dan komunitas

Pasien mengatakan tinggal di lingkungan padat penduduk, dengan kondisi rumah yang sedikit cahaya yang masuk, jendela rumah yang jarang dibuka.

3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan saat belanja ke pasar tidak pernah mengenakan masker sedangkan jarak rumah dengan pasar cukup jauh. Pasien juga mengatakan bahwa suami dan anaknya setiap hari merokok didalam rumah.

3.1.3 Status Cairan dan Nutrisi

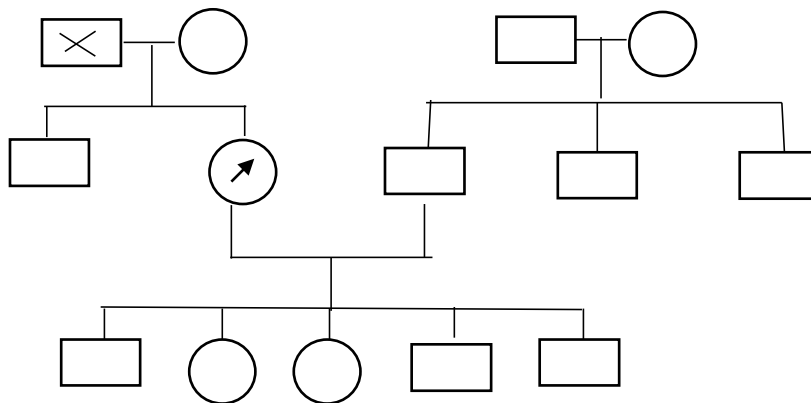
Saat pengkajian pasien mengatakan tidak nafsu makan karena sesak nafas, pola makan saat sakit 3x½ porsi sedangkan sebelum sakit 3x1 porsi, menu diet sekarang nasi, lauk, dan sayur. Pasien tidak mempunyai pantangan makan dan alergi makanan. Jenis minuman yang di konsumsi oleh pasien adalah air putih kurang lebih 600 ml. Saat ditanya tentang diet,

pasien mengatakan tidak mengetahui tentang diet yang harus di konsumsi. Pasien juga mengatakan baru akan makan bila muncul nafsu makan. Pasien dan keluarga tampak bingung saat ditanya tentang menu diet. Berat badan pasien saat ini 40kg sedangkan sebelum sakit pasien mengatakan berat badannya 48kg.

$$\begin{aligned} \text{BBI} &: (\text{TB}-100)-((\text{TB}-100)\times 10\%) \\ &= (155-100)-((155-100) \times 10\%) \\ &=55-5,5 = 49,5 \end{aligned}$$

Masalah Keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan defisit pengetahuan.

3.1.4 Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

----- : Tinggal serumah

——— : Ada hubungan

↗ : Klien

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

3.1.5.1 Keadaan Umum

Pasien tampak berbaring lemah di atas tempat tidur dengan GCS 4-5-6, terpasang infus Futrolit 20 tpm di tangan kanan, dengan tanda-tanda vital tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 38°C, Nadi 80 x/menit, respirasi 26 x/menit.

Masalah Keperawatan : Hipertermia

3.1.5.2 Pernafasan (B1)

Bentuk dada normal, irama nafas teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas, perkusi thorax redup pada lobus sinistra anterior, alat bantu nafas yang digunakan O₂ nasal kanul 4 liter/menit, vocal fremitus antara kanan dan kiri sama, terdapat suara nafas tambahan ronchi pada lobus sinistra anterior, tidak ada nyeri dada saat bernafas, terdapat batuk dengan sputum berwarna putih kental, dan pasien sesak saat bernafas.

Masalah Keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

3.1.5.3 Kardiovaskuler (B2)

Nyeri dada tidak ada, irama jantung teratur, denyut nadi perifer teraba kuat, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, tidak terdapat sianosis, dan tidak terdapat clubbing finger.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan.

3.1.5.4 Persyarafan (B3)

Kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6, orientasi pasien terhadap tempat, waktu, dan orang baik, pasien tidak nyeri kepala maupun

pusing, istirahat tidur siang kurang lebih 3 jam dan malam 8 jam, pupil isokor, reflek terhadap cahaya pupil mengecil saat diberi cahaya.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

3.1.5.5 Perkemihan (B4)

Bentuk alat kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih 4-5 x/hari, jumlah 600cc/24 jam, berbau khas, warna kuning jernih, pasien mengatakan jika ditinggal anaknya dia mengenakan popok jika ditunggu oleh anaknya pasien berkemih di kamar mandi, pasien tidak mengenakan alat bantu berkemih.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan.

3.1.5.6 Pencernaan (B5)

Keadaan mulut pasien bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi pasien mengatakan selama kurang lebih 6 hari di rumah sakit tidak pernah gosok gigi, abdomen supel, kebiasaan BAB saat di rumah sehari sekali sedangkan selama di rumah sakit kurang lebih 6 hari klien belum BAB. Peristaltik usus 8x/menit.

Masalah Keperawatan : Konstipasai

3.1.5.7 Muskuloskeletal dan Integumen (B6)

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : Bebas, dengan kekuatan otot :

5	5
4	4

Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akral hangat, kelembaban lembab, tugor kulit < 3 detik, CRT < 2 detik, tidak ditemukan oedema, kebersihan

kulit bersih, kemampuan melakukan aktivitas parsial, pasien mengatakan bahwa ganti pakaian, dan mengganti popok masih di bantu oleh anaknya, pasien tampak lemah dan pasien terbaring ditempat tidur. Pasien mandi dengan diseka.

Masalah Keperawatan: Defisit perawatan diri : mandi dan keletihan.

3.1.5.8 Pengindraan (B7)

Pada pemeriksaan mata didapatkan data konjungtiva anemis, sklera putih, ketajaman penglihatan normal, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk melihat. Pada pemeriksaan hidung ditemukan bentuk hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak terdapat sekret, ketajaman penciuman normal. Pada pemeriksaan telinga didapatkan bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, ketajaman pendengaran normal dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Perasa pasien mengatakan dapat merasakan manis, pahit, asam, dan manis.

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan.

3.1.5.9 Endokrin (B8)

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid maupun karotis, juga tidak ada luka gangrene.

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan.

3.1.6 Data Psikososial

3.1.6.1 Gambaran diri

Tanggapan tentang tubuhnya : Pasien mengatakan merasa bersyukur di beri tubuh yang normal, pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya.

3.1.6.2 Identitas

Status pasien dalam keluarga : pasien mengatakan status pasien dalam keluarga adalah sebagai istri dan ibu rumah tangga dan pasien merasa sangat puas dengan status dan posisinya dalam keluarga dan juga pada jenis kelamin yang di milikinya.

3.1.6.3 Peran

Tanggapan pasien tentang perannya : Pasien mengatakan merasa bangga menjadi seorang istri dan ibu rumah tangga, dan pasien mengatakan mampu melaksanakan peranya.

3.1.6.4 Ideal diri

Pasien mengatakan harapanya terhadap tubuhnya adalah semoga cepat sembuh dan cepat pulang dari RS dan bisa merawat suaminya.

3.1.6.5 Data sosial

Hubungan pasien dengan keluarga : pasien mengatakan hubungan dirinya dengan pasien lainnya baik, pasien juga mengatakan keluarganya sangat mendukungnya selama sakit.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Data spiritual

Konsep tentang penguasa kehidupan : pasien mengatakan bahwa penguasa kehidupan adalah Allah SWT, sumber kekuatan pasien selama sakit adalah dengan berdoa pasien mengatakan biasanya berdoa di tempat tidur, pasien mengatakan penyakit adalah cobaan dari Tuhan. Sumber kekuatan/harapan saat sakit : Pasien bersabar dan berdoa, Ritual agama yang bermakna/berarti/harapan saat ini :berdoa, sarana/peralatan/orang

yang diperlukan untuk melaksanakan ritual :Pasien biasanya berdoa di tempat tidur, Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit: sangat nyakin akan sembuh, Persepsi terhadap penyakit : penyakit adalah cobaan dari Tuhan,

Masalah Keperawatan :.Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Data Penunjang

3.1.8.1 Hasil labolatorium tanggal 26 Desember 2018

WBC	10,38	H10 ³ /u	(4,0-9,0)
Eosinofil	0,0	%	(0,600-7,30)
RBC	4,160	H/ul	(3,80-530)
HGB	10,35	g/dl	(12.0-18.0)
HCT	30,67	%	(36.0-56.0)
MCV	73,72	fl	(80.0-100)
MCH	24,89	pg	(27.0-32.0)
MCHC	33,76	g/dl	(32.0-36.0)
PLT	199	L 10 ³ /ul	(150-360)
RDW	10,45	%	(11.5-16.5)
PCT	569	10 ³ /μ L	(0,10-1,00)
MPV	9,05		(150-10.0)

PDW 18.4 H (12.0-18.0)

GDA Acak / sewaktu 83 mg/dl (80-140)

3.1.8.2 Hasil photo thorax

Terlihat bercak-bercak pada paru-paru anterior sinistra.

3.1.9 Terapi

Infus Futrolit 20 tpm

Injeksi anbacim 3x1g per IV

Injeksi kalnex 3x250mg per IV

Codein 3x 10 mg per oral

Pamol 3x1g per IV

Nebul Combivent 2x 2,5 mg

Bangil, 26 Desember 2018

Barkah
1601039

3.2 Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Pneumonia di Ruang Melati RSUD Bangil.

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>Ds : Pasien mengatakan batuk sejak 1 bulan yang lalu.</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk berdahak dengan sputum berwarna putih kental. - Terdapat adanya suara nafas tambahan yaitu ronchi pada daerah sinistra anterior. - Terpasang O² 4 lpm, dengan menggunakan nasal kanul. - TTV: Tekanan darah: 130/90 mmHg Nadi : 80 kali per menit. Respirasi :26 kali per menit. Suhu : 38°C 	Peningkatan produksi sekret	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
2	<p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan menurun - Pola makan saat sakit 3x½ porsi sedangkan sebelum sakit 3x1 porsi habis. - Minum 600ml - Terjadi penurunan berat badan 8 kg dengan berat badan awal 48kg menjadi 40kg. 	Peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi.	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	<ul style="list-style-type: none"> - BBI : (TB-100)- ((TB-100)x 10%)) = (155-100)- ((155-100) x 10%)) =55-5,5 =49,5 		
3	<p>Ds: - Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh meningkat 38°C - Akral hangat. - Mukosa bibir lembab 	Reaksi peradangan pada broncus dan alveolus.	Hipertermia
4	<p>Ds : Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang diet . Do : Pasien dan keluarga tampak bingung saat ditanya tentang diet.</p>	Kurangnya akses informasi.	Defisit pengetahuan
5	<p>Ds: Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus 8 kali per menit. - Pola makan saat sakit 3x½ porsi sedangkan sebelum sakit 3x1 porsi habis. - Selama 6 hari di rumah sakit belum BAB. - Pasien terbaring lemah di tempat tidur. 	Kurangnya asupan berserat.	Konstipasi
6	<p>Ds: pasien mengatakan bahwa saat makan, ganti pakaian, dan mengganti masih di bantu oleh anaknya Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah dan terbaring di tempat tidur. - Terpasang infus pada tangan 	Kelemahan secara umum	Defisit Perawatan Diri : Mandi

	sebelah kanan. - Selama dirumah sakit klien mengaku tidak menggosok giginya. - Pasien mandi dengan diseka.		
7	Ds : Do: - GDA Acak / sewaktu 83 mg/dl - Klien tampak Kelelahan. - Kemampuan melakukan aktivitas parsial, saat mengganti popo, pakaian, dan mandi masih dibantu oleh anaknya. - Kekuatan otot ekstremitas atas kanan 5 dan kiri 5, ekstremitas bawah kanan 4 dan kiri 4.	Malnutrisi	Keletihan

3.3 Diagnosa Keperawatan

3.3.1 Daftar Masalah Keperawatan

3.3.1.1 Ketidakefektifan beersihan jalan nafas

3.3.1.2 Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.3.1.3 Hipertermia

3.3.1.4 Defisit Pengetahuan

3.3.1.5 Konstipasi

3.3.1.6 Defisit Perawatan diri

3.3.1.7 Keletihan

3.3.2 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

3.3.2.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret.

3.3.2.2 Hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus.

3.3.2.3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi.

3.3.2.4 Keletihan berhubungan dengan malnutrisi

3.3.2.5 Konstipasi berhubungan dengan kurangnya asupan berserat.

3.3.2.6 Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan secara umum.

3.3.2.7 Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 3.2 Rencana Tindakan Keperawatan pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Pneumonia di ruang Melati RSUD Bangil.





No Dx	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan nafas klien kembali efektif dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengidentifikasi penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas. - Pasien melaporkan mampu mengeluarkan dahak - Pasien melaporkan bahwa sesaknya berkurang. - Pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan nafas dalam. - Tanda-tanda vital dalam batas normal : Tekanan darah : 100-139/60-90 mmHg Nadi : 80-100 x/menit Respirasi : 16-20 x/menit Suhu : 36,5-37,5°C - Tidak menggunakan alat bantu nafas. - Suara nafas bersih. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien tentang penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas. 2. Ajarkan kepada pasien tentang cara batuk efektif dan nafas dalam. 3. Berikan posisi semi fowler 4. Observasi suara nafas 5. Anjurkan untuk minum minuman hangat. 6. Observasi tanda-tanda vital. 7. Kolaborasi pemberian tindakan pemasangan O₂ nasal kanul, nebul dan obat mucolitik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan membantu pasien dalam menangani penyakitnya. 2. Nafas dalam mempermudah ekspansi maksimum paru-paru atau jalan nafas lebih kecil. Batuk adalah mekanisme pembersihan jalan nafas alami, membantu silia untuk mempertahankan jalan nafas paten. 3. Meningkatkan ekspansi paru, ventilasi maksimal membuka area atelektasis. 4. Berguna untuk mengetahui pada daerah mana saja terjadinya suara nafas tambahan. 5. Cairan (khususnya yang hangat) memobilisasi dan mengeluarkan sekret. 6. Penurunan aliran udara terjadi pada area konsolidasi dengan cairan. 7. Alat untuk menurunkan spasme bronkus dengan mobilisasi sekret.
2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan suhu tubuh</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang penyebab 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berguna untuk menambah pengetahuan pasien





	<p>pasien dalam batas normal dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga mampu mengidentifikasi tentang penyebab dan cara mengatasi demam. - Pasien mampu melaporkan bahwa suhu tubuh menurun. - Pasien mampu mendemonstrasikan tentang cara mengatasi demam. - Suhu tubuh pasien dalam rentang normal 36,5-37,5°C. - Respiras dan nadi pasien dalam rentang normal. - Tidak ada perubahan warna kulit dan akral hangat. 	<p>dan cara mengatasi saat timbulnya demam.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Observasi suhu tubuh pasien. 3. Ajarkan pada pasien untuk kompres air hangat pada lipatan tubuh. 4. Anjurkan pasien mengenakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat. 5. Kolaborasi pemberian obat antipiretik. 	<p>untuk mengatasi demam.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien dan efektifan penggunaan terapi obat. 3. Pemberian kompres hangat mampu mendilatasi pembuluh darah, sehingga akan mempercepat perpidahan panas dari tubuh ke kulit. 4. Pakaian yang tipis dapat membantu mempermudah proses penguapan. 5. Pemberian obat antipireetik membantu mempercepat penyembuhan dan menurunkan demam.
3	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Pasien mampu mendemonstrasikan makan sedikit tapi sering. - Pasien mampu melaporkan bahwa nafsu makan meningkat. - Bising usus dalam batas normal 5-15 x/menit. - Tidak ada penurunan berat badan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien tentang kebutuhan dan pentingnya nutrisi yang tepat dan sesuai. 2. Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering dan makan selagi makanan hangat. 3. Observasi asupan nutrisi pasien. 4. Anjurkan pasien untuk oral hygien sedikitnya 2x sehari. 5. Observasi bising usus. 6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet yang sesuai untuk pasien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan kepada pasien dapat menambah informasi dan pengetahuan pasien tentang penyakit. 2. Tindakan ini dapat meningkatkan masukan nutrisi meskipun nafsu makin mungkin lambat untuk kembali. Makanan hangat dapat menurunkan rasa mual yang dirasakan klien. 3. Untuk membantu mengetahui tingkat asupan pan pasien. 4. Oral hygien juga dapat menekan rasa mual yang dirasakan pasien. 5. Bila bising usu menurun dapat dianjurkan dengan penggantian diet yang sesuai dengan pasien.






			6. Untuk menentukan nutrisi yang sesuai dengan pasien.
--	--	--	--





3.5 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Tabel 3.3 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Pneumonia Di Ruang Melati RSUD Bangil.

No. Dx	Tanggal	Jam	Pelaksanaan	Nama/ Tanda tangan
1	26-12-18	14.00	1. Menjelaskan kepada pasien tentang penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas. Respon : pasien memperhatikan saat diberi penjelasan dan pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas.	
		14.40	2. Mengajarkan pasien batuk efektif dan nafas dalam yaitu dengan cara : - Minta pasien untuk tarik nafas dalam sebanyak 3x - kemudian saat tarik nafas yang ketiga minta pasien untuk menahan nafas kurang lebih 5-10 detik kemudian batukan dengan sengaja. Respon pasien : pasien mendemonstrasikan apa yang diajarkan oleh perawat, pasien masih kesulitan untuk mengeluarkan dahak.	
		15.30	3. Memberikan posisi semi fowler dengan menanyakan kenyamanan posisi pasien. Respon : pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan sesaknya berkurang.	
		17.00	4. Mengauskultasi suara nafas. Terdapat suara tambahan ronchi pada bagian sinistra anterior. 5. Menganjurkan pasien untuk minum minuman hangat. Respon pasien patuh dengan anjuran perawat. 6. Mengobservasi tanda-tanda vital. Tekanan darah : 120/90 mmHg Nadi : 90 x/menit	




			<p>Respirasi : 24 x/menit Suhu : 38°C</p> <p>7. berkolaborasi pemberian terapi obat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - injeksi anbacim 1g per IV - injeksi kalnex 250 mg per IV - Nebul combiven 1 unit per inhalasi. - codein 10 mg per oral. 	
2	26-12-18	14.00 17.00	<p>1. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang penyebab dan cara mengatasi saat demam. . Respon : pasien memperhatikan penjelasan perawat dan pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyebab dan cara mengatasi saat demam timbul.</p> <p>2. Mengobservasi suhu tubuh pasien. Suhu : 38°C.</p> <p>3. Mengajarkan pasien untuk mengompres bagian lipatan tubuh dengan air biasa. Respon : pasien mengikuti hal yang diajarkan perawat.</p> <p>4. Kolaborasi pemberian obat antipiretik drip pamol 1 g per IV.</p>	 
3	26-12-18	14.00 17.00	<p>1. Menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya kebutuhan nutrisi. Respon : pasien memperhatikan penjelasan perawat dan pasien mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya kebutuhan nutrisi.</p> <p>2. Menganjurkan pasien untuk melakukan oral higien. Respon : pasien patuh dengan anjuran perawat.</p> <p>3. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering dan untuk makan selagi makanan hangat. Respon : pasien mencoba makan sedikit tapi sering, dan pasien langsung memakan makanan jika sudah diantar oleh petugas.</p> <p>4. Mengobservasi asupan nutrisi pasien. Respon : pasien mengatakan nafsu makan menurun.</p> <p>5. Mengobservasi bising usus. Bising usus 8x/menit.</p> <p>6. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan nutrisi sesuai kebutuhan pasien yaitu dengan memberikan diet lunak 2100 kkal putih telur.</p>	 




1	27-12-18	20.30 22.30 05.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi tindakan batuk efektif dan nafas dalam yang dilakukan pasien. Respon : pasien mengatakan sudah mulai bisa mengeluarkan dahak Dengan jumlah lumayan banyak berwarna putih kental. 2. Memberikan posisi semi fowler dengan menanyakan kenyamanan posisi klien. Respon pasien nyaman dengan posisinya dan sesaknya berkurang. 3. Mengauskultasi suara nafas. Terdapat suara tambahan ronchi. 4. Menganjurkan pasien untuk minum minuman hangat. Respon pasien patuh dengan anjuran perawat. 5. Mengobservasi tanda-tanda vital. Tekanan darah : 120/90 mmHg Nadi : 90 x/menit Respirasi : 24 x/menit Suhu : 37°C 6. Berkolaborasi pemberian terapi obat : <ul style="list-style-type: none"> - injeksi anbacim 1g per IV - injeksi kalnex 250 mg per IV - Nebul combiven 1 unit per inhalasi. - Codein 10 mg per oral. 	  
2	27-12-18	20.30 22.30 05.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi tindakan mengompres pasien pada bagian lipatan tubuh dengan air hangat. Respon : pasien mengatakan sudah tidak demam. 2. Kolaborasi pemberian obat antipiretik drip pamol 1 g per IV. 3. Mengobservasi suhu tubuh pasien Suhu : 37°C. 	
3	27-12-18	20.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering dan untuk makan selagi makanan hangat. Respon : pasien mencoba makan sedikit tapi sering, dan pasien langsung memakan makanan jika sudah diantar oleh petugas. 2. Mengobservasi asupan nutrisi pasien. Respon : pasien mengatakan nafsu makan menurun. 3. Mengobservasi bising usus. Bising usus 9x/menit. 4. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan nutrisi sesuai kebutuhan 	



			klien yaitu dengan memberikan diet lunak 2100 kkal putih telur.	
1	28-12-18	21.00 22.30 05.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi tindakan batuk efektif dan nafas dalam yang dilakukan pasien. Respon : klien mengatakan sudah mulai bisa mengeluarkan dahak dengan jumlah lebih banyak dari kemarin berwarna putih kental. 2. Memberikan posisi semi fowler dengan menanyakan kenyamanan posisi pasien. Respon pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan sesaknya berkurang. 3. Mengauskultasi suara nafas. Terdapat suara tambahan ronchi pada bagian sinistra anterior. 4. Mengobservasi tanda-tanda vital. TD : 100/70 mmHg N : 86 x/menit RR : 21 x/menit S : 37°C 5. Berkolaborasi pemberian terapi obat : - injeksi anbacim 1g per IV - injeksi kalnex 250 mg per IV - Nebul combiven 1 unit per inhalasi. - codein 10 mg per oral 	  
3	28-12-18	21.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi asupan nutrisi pasien. Respon : pasien mengatakan nafsu makan menurun. 2. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering dan untuk makan selagi makanan hangat. Respon : pasien mencoba makan sedikit tapi sering, dan pasien langsung memakan makanan jika sudah diantar oleh petugas. 3. Mengobservasi bising usus. Bising usus 10x/menit. 4. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan nutrisi sesuai kebutuhan klien yaitu dengan memberikan diet lunak 2100 kkal putih telur. 	

3.6 Catatan Perkembangan

Tabel 3.4 Catatan Perkembangan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis
Pneumonia di Ruang Melati RSUD Bangil.



Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
26-12-18	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	<p>S : pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan sesaknya berkurang.</p> <p>O: - pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien masih kesulitan untuk mengeluarkan dahak. - Menggunakan alat bantu nafas nasal kanul 4 lpm. - Suara nafas ronchi pada daerah sinistra anterior. - TTV : TD : 90/60 mmHg N : 80 x/menit RR : 22 x/menit S : 38°C <p>A : Masalah teratasi sebagian. P : intervensi nomor 3,4,5,6,7 dilanjutkan.</p>	
26-12-18	Hipertermia	<p>S : -</p> <p>O : - Pasien mampu mendemonstrasikan tentang cara mengatasi demam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada perubahan warna kulit dan akral hangat. - Suhu tubuh klien 38°C <p>A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi nomor 2,3, 5 dilanjutkan</p>	
26-12-18	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<p>S : pasien mengatakan nafsu makan menurun.</p> <p>O :- Pasien mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya</p>	


		<p>kebutuhan nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan 3x½ sehari. - Bising usus dalam batas normal 8x/menit. - Tidak ada penurunan berat badan. <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi nomor 2, 3,4,5,6 dilanjutkan.</p>	
27-12-18	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	<p>S : - pasien mengatakan sudah mulai bisa mengeluarkan dahak dengan jumlah sedikit berwarna putih kental.</p> <p>O : - Pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan nafas dalam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan alat bantu nafas nasal kanul 3 lpm. - Suara nafas ronchi pada daerah sinistra anterior. - TTV TD : 110/70 mmHg N : 96 x/menit RR : 20 x/menit S : 37 °C <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi nomor 3,4,6,7 dilanjutkan.</p>	
27-12-18	Hipertermia	<p>S : pasien mengatakan sudah tidak demam</p> <p>O : - Tidak ada perubahan warna kulit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral hangat - Mukosa bibir lembab. - Suhu tubuh klien 37°C <p>A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan.</p>	
27-12-18	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<p>S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun.</p> <p>O :- Porsi makan 3x 2 sendok + snack.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus dalam batas normal 9x/menit. - Tidak ada penurunan 	

		<p>berat badan.</p> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : intervensi 3,4,5,6 dilanjutkan.</p>	
28-12-18	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	<p>S : - Pasien mengatakan sudah mulai bisa mengeluarkan dahak dengan jumlah lebih banyak dari kemarin berwarna putih kental.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bahwa sesaknya berkurang. <p>O : - Pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan nafas dalam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak menggunakan alat bantu nafas. - Suara nafas ronchi pada daerah sinistra anterior. - TTV TD : 100/70 mmHg N : 86 x/menit RR : 21 x/menit S : 37°C <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	
28-12-18	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<p>S : pasien mengatakan nafsu makan meningkat.</p> <p>O ::</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mendemonstrasikan makan sedikit tapi sering dan makan selagi hangat. - Porsi makan 3x1 porsi + snack. - Bising usus dalam batas normal 10x/menit. - Tidak ada penurunan berat badan. <p>A : Masalah Teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	

3.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis
Pneumonia di Ruang Melati RSUD Bangil.

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
29-12-18	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	<p>S : pasien mengatakan sesaknya berkurang.</p> <p>O : - Pasien mampu mengidentifikasi penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melaporkan mampu mengeluarkan dahak dengan jumlah lebih sedikit dari kemarin berwarna putih kental. - Pasien melaporkan bahwa sesaknya berkurang. - Pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan nafas dalam. - Tidak menggunakan alat bantu nafas. - Suara nafas ronchi pada daerah sinistra anterior. - TTV TD : 120/90 mmHg N : 94 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,8°C <p>A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan pasien pulang.</p>	
29-12-18	Hipertermia	<p>S : -</p> <p>O : - Pasien dan keluarga mampu mengidentifikasi tentang penyebab dan cara mengatasi demam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu 	

		<p>melaporkan bahwa suhu tubuh menurun.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mendemonstrasikan tentang cara mengatasi demam. - Suhu tubuh pasien 36,8°C. <p>A : Masalah teratasi P : intervensi dihentikan Pasien pulang.</p>	
29-12-18	Nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh	<p>S : pasien mengatakan nafsu makan meningkat.</p> <p>O : - Pasien mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mendemonstrasikan makan sedikit tapi sering. - Pasien mampu melaporkan nafsu makan meningkat 3x1 porsi + snack - Bising usus dalam batas normal 12x/menit. - Tidak ada penurunan berat badan. <p>A : Masalah Teratasi P : intervensi dihentikan pasien pulang.</p>	

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Pneumonia dan Tuberkulosis Paru di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas

Pada tinjauan pustaka menurut Jeremy, dkk (2008), orang yang berisiko menderita pneumonia yaitu usia lebih dari 65 tahun. Pada tinjauan kasus dijabarkan bahwa, pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. S usia 51 tahun. Pada pengkajian identitas terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dikarenakan usia 65 dan 50 tergolong lanjut usia. Menurut Fatmah (2006), secara signifikan orang tua mengalami kasus mortalitas dan morbiditas lebih besar dari pada orang muda. Kerentanan orang tua terhadap penyakit disebabkan oleh menurunnya fungsi sistem imun tubuh.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

4.1.2.1 Keluhan Utama

Pada tinjauan pustaka, biasanya pasien datang ke rumah sakit dalam kondisi sesak nafas. Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien datang

dengan keluhan sesak. Untuk keluhan utama disini tidak terjadi kesenjangan dikarenakan pasien dengan Pneumonia mengalami peningkatan produksi sekret yang menghambat jalan nafas sehingga mengalami sesak nafas.

4.1.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), kronologi peristiwa pada saat terjadi keluhan batuk, sesak nafas disertai demam dan sakit tenggorokan. Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien mengeluh sesak dan batuk yang tak kunjung berhenti terutama pada saat malam hari, klien juga ditemukan demam. Pada pengkajian ini terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pasien tidak mengalami sakit tenggorokan, hal ini dikarenakan sakit tenggorokan merupakan faktor dalam penyakit saluran pernafasan atas tetapi tidak semua penderita pneumonia lebih dulu mengalami infeksi saluran pernafasan atas.

4.1.2.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tinjauan pustaka, menurut Muttaqin (2008), penyakit yang pernah diderita pada masa-masa dahulu seperti adanya riwayat diabetes alergi, frekuensi ISPA, TBC paru, penggunaan obat-obatan, imunisasi. Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular dan menahun. Pada pengkajian ini tidak ditemukan adanya kesenjangan dikarenakan semakin menua usia seseorang maka imunitas kekebalan tubuhnya semakin menurun sehingga mudah terkena penyakit.

4.1.2.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), kemungkinan ada anggota keluarga yang menderita batuk, TBC, kanker paru, pneumonia. Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular maupun menahun. Pada pengkajian ini terdapat kesenjangan dikarenakan penyebab dan faktor resiko terjadinya penyakit pneumonia beragam.

4.1.2.5 Lingkungan Rumah dan Komunitas

Pada tinjauan pustaka tidak dijabarkan tentang lingkungan rumah dan komunitas. Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien mengatakan tinggal di lingkungan padat penduduk, dengan kondisi rumah yang sedikit cahaya yang masuk, jendela rumah yang jarang dibuka. Kurangnya cahaya yang masuk kedalam rumah dapat menyebabkan kelembapan didalam dinding rumah dan tumbuh bakteri, virus, dan jamur didalam rumah. Pasien juga terpapar asap rokok setiap harinya. Asap rokok mengganggu aktivitas mukosiliaris dan makrofag alveolar.

4.1.2.6 Perilaku Yang Mempengaruhi Kesehatan

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan biasanya merokok dan tidak menggunakan masker penutup wajah saat berkendara. Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien mengatakan saat belanja ke pasar tidak pernah mengenakan masker sedangkan jarak rumah dengan pasar cukup jauh. Pasien juga mengatakan bahwa suami dan anaknya setiap hari merokok di dalam rumah. Pada pengkajian ini didapatkan kesenjangan dikarenakan pasien tidak merokok

tetapi pasien merupakan perokok pasif. Asap rokok mengganggu aktifitas mukosiliaris dan makrofag alveolar, (Jeremy, dkk, 2008). Paru-paru yang dipenuhi dengan nikotin, berwarna kehitaman-hitaman, dan mengandung artikel-partikel karbon. Ddaya keelastisan paru-paru hilang sehingga pertukaran udara tidak dapat berjalan lancar. Akibatnya paru-paru mudah terkena infeksi.

4.1.2.7 Pemeriksaan Fisik

1) Sistem Pernafasan (B1)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), Bentuk dada dan gerakan pernafasan simetris. Pada pasien dengan pneumonia sering ditemukan peningkatan frekuensi nafas cepat dan dangkal, serta adanya retraksi sternum dan intercosta space (ICS). Nafas cuping hidung pada sesak berat. Pada pasien biasanya didapatkan batuk produktif disertai dengan adanya batuk dengan produksi sputum yang purulen. Gerakan dinding thoraks anterior/ekskrusi pernafasan, getaran suara (vokal fremitus) biasanya teraba normal. Pneumonia yang disertai komplikasi biasanya di dapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Bunyi redup perkusi pada klien dengan pneumonia didapatkan apabila bronchopneumonia menjadi suatu sarang (konfluens). Pada pasien dengan pneumonia juga di dapatkan bunyi nafas melemah dan bunyi nafas tambahan ronkhi basah pada sisi yang sakit.

Pada tinjauan kasus, bentuk dada normal, irama nafas teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas, perkusi thorax redup pada lobus sinistra anterior, alat bantu nafas yang digunakan O₂ nasal kanul 4 liter/menit, respirasi 26 x/menit. vocal fremitus antara kanan dan kiri sama, terdapat suara nafas tambahan ronchi pada lobus sinistra anterior, tidak ada nyeri dada saat bernafas, terdapat batuk dengan sputum berwarna putih kental, dan pasien sesak saat bernafas.

Pada sistem pernafasan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan pustaka di temukan peningkatan frekuensi nafas cepat dan dangkal, serta adanya retraksi sternum dan intercosta space (ICS), pada tinjauan kasus ditemukan, irama nafas teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas dikarenakan klien sudah mendapatkan bantuan nafas dengan menggunakan nasal kanul 4 lpm.

2) Sistem Kardiovaskuler (B2)

Pada tinjauan pustaka, menurut Muttaqin (2008), didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum. Biasanya pasien tampak melindungi area yang sakit. denyut nadi perifer melemah, batas jantung tidak mengalami pergeseran, tekanan darah biasanya normal, dan bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

Pada tinjauan kasus, Nyeri dada tidak ada, irama jantung teratur, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, denyut nadi perifer teraba kuat, tidak

terdapat bunyi jantung tambahan, tidak terdapat sianosis, dan tidak terdapat clubbing finger.

Pada sistem kardiovaskuler didapatkan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka dikatakan bahwa denyut nadi perifer melemah sedangkan pada tinjauan kasus dikatakan bahwa denyut nadi perifer pasien teraba kuat. hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami syok sedangkan menurut Cemy (2010), melemahnya denyut nadi perifer merupakan tanda awal syok.

3) Sistem Persyarafan (B3)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), pada pasien dengan pneumonia yang berat sering terjadi penurunan kesadaran, didapatkan sianosis perifer bila gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif, wajah pasien tampak meringis, menangis, merintih, meregang dan menggeliat.

Pada tinjauan kasus, kesadaran compos mentis dengan GCS 4-5-6, orientasi pasien terhadap tempat, waktu, dan orang baik, pasien tidak nyeri kepala maupun pusing, istirahat tidur siang kurang lebih 3 jam dan malam 8 jam, pupil isokor, reflek terhadap cahaya pupil mengecil saat diberi cahaya.

Pada sistem persyarafan tidak didapatkan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dikarenakan pasien tidak mengalami pneumonia yang berat dan gangguan perfusi jaringan berat.

4) Sistem Perkemihan (B4)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), Pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan. Pada penderita pneumonia, perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok.

Pada tinjauan kasus, Bentuk alat kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih 4-5 x/hari, jumlah 1000cc/24 jam, berbau khas, warna kuning jernih, pasien mengatakan jika ditinggal anaknya dia mengenakan popok jika ditunggu oleh anaknya pasien berkemih di kamar mandi, klien tidak mengenakan alat bantu berkemih.

Pada sistem perkemihan tidak didapatkan kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka, dikarenakan intake cairan pasien terpenuhi sehingga klien tidak mengalami kekurangan volume cairan dan tidak didapatkan perubahan tanda-tanda vital.

5) Sistem Pencernaan (B5)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), pasien biasanya mengalami mual, muntah, anoreksia, dan penurunan berat badan.

Pada tinjauan kasus, pasien mengatakan tidak nafsu makan karena sesak nafas, pola makan saat sakit 3x½ porsi sedangkan sebelum sakit 3x1 porsi sakit, menu diet sekarang nasi, lauk, dan

sayur. Pasien tidak mempunyai pantangan makan dan alergi makanan, berat badan pasien saat ini 40kg sedangkan sebelum sakit pasien mengatakan berat badannya 48kg, keadaan mulut pasien bersih, konstipasi, mukosa bibir lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi pasien mengatakan selama kurang lebih 6 hari di rumah sakit tidak pernah gosok gigi, abdomen supel, kebiasaan BAB saat di rumah sehari sekali sedangkan selama di rumah sakit kurang lebih 6 hari pasien belum BAB. Peristaltik usus 8x/menit.

Pada sistem pencernaan didapatkan adanya kesenjangan yaitu pada tinjauan kasus didapatkan pasien mengalami konstipasi. Salah satu penyebab konstipasi pada Ny. S adalah penurunan aktivitas fisik. Menurut Fitriani, dkk, (2010) Aktivitas fisik dapat meningkatkan gerakan peristaltik, sedangkan imobilitas dapat menurunkan gerakan peristaltik. Penurunan gerakan peristaltik usus inilah yang merupakan penyebab terjadinya konstipasi.

6) Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B6)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), kelemahan dan kelelahan fisik secara umum sering menyebabkan ketergantungan pasien terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Pada tinjauan kasus, kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM): Bebas, dengan kekuatan otot terdapat kelemahan otot pada ekstremitas bawah, Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi,

akral hangat, kelembaban lembab, turgor kulit < 3 detik, CRT < 2 detik, tidak ditemukan oedema, kebersihan kulit bersih, kemampuan melakukan aktivitas parsial, pasien mengatakan bahwa ganti pakaian, dan mengganti popok masih di bantu oleh anaknya, klien tampak lemah dan pasien terbaring ditempat tidur.

Pada sistem Muskuluskeletal dan Integumen tidak terjadi kesenjangan. Menurut Nurarif & Kusuma (2016), kelemahan terjadi akibat intake nutrisi yang menurun.

7) Sistem Pengindraan (B7)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), pada pasien penderita pneumonia tidak ditemukan adanya kerusakan pengindraan.

Pada tinjauan kasus, pada pemeriksaan mata didapatkan data konjungtiva anemis, sklera putih, ketajaman penglihatan normal, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk melihat. Pada pemeriksaan hidung ditemukan bentuk hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak terdapat sekret, ketajaman penciuman normal. Pada pemeriksaan telinga didapatkan bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, ketajaman pendengaran normal dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Perasa pasien mengatakan dapat merasakan manis, pahit, asam, dan manis.

Pada sistem pengindraan tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, dikarenakan pada tinjauan kasus ditemukan adanya anemia. Anemia yang dialami pasien

kemungkinan disebabkan karena kebutuhan gizi pasien akibat anoreksia.

8) Sistem Endokrin (B8)

Pada tinjauan pustaka, menurut Muttaqin, (2008) pada penderita pneumonia tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar endokrin.

Pada tinjauan kasus, Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid maupun karotis, juga tidak ada luka gangrene.

Pada sistem endokrin tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, dikarenakan pada tinjauan kasus pasien tidak mempunyai riwayat penyakit endokrin seperti diabetes mellitus dan hipertyroid.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien pneumonia menurut Nurarif & Kusuma (2016) adalah:

- 4.2.1 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi dan obstruksi jalan nafas.
- 4.2.2 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan proses inflamasi.
- 4.2.3 Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam.
- 4.2.4 Keletihan yang berhubungan dengan kelemahan fisik.

4.2.5 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

Sedangkan pada tinjauan kasus, penulis mendapatkan 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan pneumonia yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret, hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, keletihan berhubungan dengan malnutrisi, konstipasi berhubungan dengan kurangnya asupan berserat, defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan secara umum, defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

Pada diagnosa keperawatan didapatkan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan kasus terdapat 2 diagnosa yang tidak muncul pada tinjauan kasus yaitu, diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan proses inflamasi dan resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan proses inflamasi tidak muncul karena sesak yang dialami oleh pasien disebabkan oleh penumpukan secret dan pasien juga telah mendapatkan oksigen sebanyak 4 lpm.

Diagnosa keperawatan resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam tidak muncul dikarenakan klien tidak menunjukkan adanya tanda-tanda kekurangan cairan.

Pada tinjauan kasus terdapat empat diagnosa keperawatan yang muncul dan tidak muncul pada tinjauan pustaka yaitu, diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus, konstipasi berhubungan dengan kurangnya asupan berserat, dan defisit Perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan secara umum. Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi dikarenakan penyebaran mikroorganisme secara limfatik menyebabkan meningkatnya metabolisme tubuh untuk melawan infeksi sehingga tubuh menggunakan cadangan lemak yang ada. Diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus dikarenakan pasien mengalami peningkatan metabolisme untuk melawan infeksi sehingga timbulnya hipertermia. Diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan kurangnya asupan berserat karena intake

nutrisi pasien tidak mencukupi dan pasien bedrest sehingga menimbulkan konstipasi. Diagnosa keperawatan defisit Perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan secara umum karena pasien mengalami kelemahan secara umum sehingga pasien membutuhkan bantuan untuk perawatan diri (Nurarif & Kusuma, 2016).

4.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Pada rencana tindakan keperawatan terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus, pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret pada tinjauan kasus di tambahkan intervensi yang menjelaskan kepada pasien tentang penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas dikarenakan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan membantu klien dalam menangani penyakitnya, berikan posisi semi fowler dikarenakan untuk menurunkan ekspansi paru.

Pada diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus, infeksi tidak mengalami kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Hal ini di karenakan pada tinjauan pustaka tidak dijabarkan rencana tindakan keperawatan, tetapi pada tinjauan kasus telah direncanakan tindakan keperawatan yaitu jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang penyebab dan cara mengatasi saat timbulnya demam, observasi suhu tubuh pasien, ajarkan pada pasien untuk kompres air hangat pada lipatan

tubuh, anjurkan pasien mengenakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kolaborasi pemberian obat antipiretik.

Pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi tidak mengalami kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Hal ini dikarenakan pada tinjauan pustaka tidak dijabarkan rencana tindakan keperawatan, tetapi pada tinjauan kasus telah direncanakan tindakan keperawatan yaitu jelaskan kepada pasien tentang kebutuhan dan pentingnya nutrisi yang tepat dan sesuai, anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering dan makan selagi makanan hangat, observasi asupan nutrisi pasien. anjurkan pasien untuk oral hygien sedikitnya 2x sehari, observasi bising usus, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet yang sesuai untuk pasien.

4.4 Pelaksanaan tindakan keperawatan

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan oleh perawat. Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret dibutuhkan pelaksanaan selama 3 hari . Pada diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus dibutuhkan pelaksanaan selama 2 hari. Pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Peningkatan

kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi dibutuhkan pelaksanaan selama 3 hari.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilaksanakan.

4.5 Evaluasi keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi keperawatan belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tindakan kasus evaluasi keperawatan dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada akhir evaluasi keperawatan diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu jalan nafas kembali bersih. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2016), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret yaitu nafas kembali bersih.

Diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus disimpulkan bahwa masalah teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu suhu tubuh pasien kembali normal. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2016), bahwa tujuan keperawatan dari

diagnosa hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus yaitu suhu tubuh kembali normal.

Diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi disimpulkan masalah teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu nutrisi klien kembali terpenuhi. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2016), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi yaitu nutrisi kembali terpenuhi.

BAB 5

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Pneumonia di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Pneumonia.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia dan Tuberkulosis Paru, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Fokus pengkajian pada Ny. S yaitu pada sistem pernafasan dengan data sebagai berikut : Bentuk dada normal, irama nafas teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas, perkusi thorax redup pada lobus sinistra anterior, alat bantu nafas yang digunakan O₂ nasal kanul 4 liter/menit, vocal fremitus antara kanan dan kiri sama, terdapat suara nafas tambahan ronchi pada lobus sinistra anterior, tidak ada nyeri dada saat bernafas, terdapat batuk dengan sputum berwarna putih kental, dan pasien sesak saat bernafas.

5.1.2 Diagnosa keperawatan prioritas pada pasien meliputi : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret, hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus, nutrisi kurang dari

kebutuhan tubuh berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi.

5.1.3 Pada tiga diagnosa prioritas yang muncul pada pasien dilakukan melalui dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri keperawatan dan tindakan kolaborasi dengan dokter dan ahli gizi.

5.1.4 Semua tindakan yang diimplementasikan kepada pasien sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan oleh perawat. . Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret dan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi dibutuhkan pelaksanaan selama 3 hari. Pada diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus dibutuhkan dilaksanakan selama 2 hari.

5.1.5 Dari tiga diagnosa keperawatan yang terjadi pada Ny. S didapatkan tiga masalah teratasi. Kondisi Ny. S sudah cukup baik sehingga Ny. S dianjurkan untuk KRS.

5.2 Saran

Penulis memberikan saran sebagai berikut:

5.2.1 Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

- 5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia.
- 5.2.3 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
- 5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal.
- 5.2.5 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS).
- Brunner & Suddarth. 2011. *Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta : EGC
- Cemy, Nur Fitria. 2010. *Syok dan Penanganannya*. PKU Muhammadiyah Surakarta.
- Elvina, Ridha. *et al* 2017. *Journal Evaluasi Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Community-Acquired Pneumonia (Cap) Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit "X"*. Jakarta:Universitas Muhammadiyah.
- Fatmah. 2006. *Respon Imunitas Yang Rendah Pada Manusia Usia Lanjut* (Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia).
- Jeremy, dkk. 2008. *At a Glance Sistem Respiratori Edisi Kedua*. Jakarta: Erlangga.
- Kemenkes RI. 2013. *Buletin Data dan Kesehatan*. Jakarta : Kemenkes RI
- Misnadiarly. 2008. *Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Pneumonia pada Anak, Orang Dewasa, Usia Lanjut*. Edisi 1. Jakarta: Pustaka Obor Populer.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Buku Ajar - Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nurarif & Kusuma, 2016. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Daignosa Medis & Nanda Nic-Noc*. Yogyakarta : MediAction
- Patricia, A. dkk. 2010. *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta : Salemba Medika
- Reshady, P. D. N. 2013. *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Gangguan Sistem Pernafasan: Pneumonia Di Bangsal Melati RSUD Banyudono* (Doctoral Dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Retnowati, P. 2015. *Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Penyakit Pneumonia Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Dr. R Goeteng Taroenadibata Purbalingga* (Doctoral Dissertation, Universitas Muhammadiyah Purwokerto).
- Teknologi, U.R.Y. 2016. *Rancang Bangun Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Bagi Penderita Pneumonia*. *Jurnal Sistem Informasi (Jsi)*, 8(1).
- WHO. 2013. *Pneumonia*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en>. Diakses pada tanggal 26 Mei 2018 pada pukul 12:27

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
TENTANG PNEUMONIA

Pokok Bahasan	: Pneumonia
Sasaran	: Pasien dan keluarga
Tempat	: RSUD Bangil Ruang Isolasi Melati
Hari/ Tanggal	: Rabu, 26 Desember 2018
Waktu	: 1 x 30 menit

I. Tujuan

a. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah di lakukan tindakan pendidikan kesehatan selama 1 x 30 menit di harapkan pasien dan keluarga mampu mengerti tentang penyakit pneumonia.

b. Tujuan intruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti kegiatan pendidikan kesehatan 1x pertemuan, diharapkan Siswa/i R.A Roudhotul Ulum:

- 1) Menjelaskan tentang pengertian pneumonia.
- 2) Menjelaskan tentang penyebab pneumonia.
- 3) Menjelaskan tentang tanda dan gejala pneumonia.
- 4) Menjelaskan tentang cara menentukan asupan yang cocok pada penderita pneumonia.
- 5) Menjelaskan tentang penanganan bila tanda dan gejala muncul.

II. Materi Pembelajaran

Pokok Bahasan : Pneumonia

III. Metode Pembelajaran

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab / Diskusi

IV. Sasaran

Pasien dan keluarga pasien penderita pneumonia.

V. Media

Leaflet

VI. Susunan Acara

No	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta
1	2 menit	Pembukaan: - Memberi salam - Menjelaskan tujuan penyuluhan pneumonia	Menjawab salam Mendengarkan dan memperhatikan
2	25 menit	Pelaksanaan: Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur Materi: - Menjelaskan tentang pengertian pneumonia. - Menjelaskan tentang penyebab pneumonia. - Menjelaskan tentang tanda dan gejala pneumonia. - Menjelaskan tentang cara menentukan asupan yang cocok pada penderita pneumonia. - Menjelaskan tentang penanganan bila tanda dan gejala muncul.	Mendengarkan dan menyimak pembicara
3	2menit	Evaluasi: Meminta kepada audiens untuk mengulang kembali apa yang	Bertanya dan menjawab pertanyaan

		disampaikan pembicara	
4	1 menit	Penutup: Mengucapkan terima kasih dan salam	Menjawab salam

VII. Evaluasi

A. Evaluasi Struktur

1. Kesiapan Panitia
2. Kesiapan media dan tempat
3. Peserta yang hadir minimal 70% dari jumlah undangan
4. Pengorganisasian 1 hari sebelumnya

B. Evaluasi Proses

1. Kegiatan dilaksanakan sesuai dengan waktunya
2. Peserta antusias terhadap penjelasan
3. Peserta tidak meninggalkan tempat sebelum acara kegiatan selesai
4. Peserta terlihat aktif dalam kegiatan diskusi.

C. Evaluasi Hasil

Peserta mampu mengert dan memahami tentang:

- 1) Menjelaskan tentang pengertian pneumonia.
- 2) Menjelaskan tentang penyebab pneumonia.
- 3) Menjelaskan tentang tanda dan gejala pneumonia.
- 4) Menjelaskan tentang cara menentukan asupan yang cocok pada penderita pneumonia.
- 5) Menjelaskan tentang penanganan bila tanda dan gejala muncul.

KOMPLIKASI

- atelektasis
- perikarditis
- pleuritis
- Komplikasi sistemik (meningitis)

PENANGANAN

PENGOBATAN DIBERIKAN

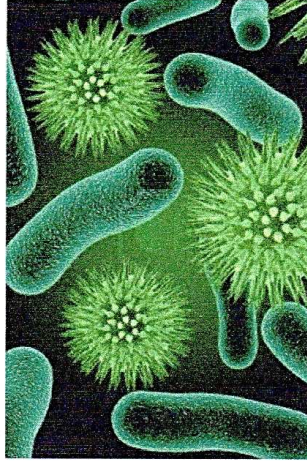
BERDASARKAN ETIOLOGI DAN UJI RESISTENSI TAPI KARENA HAL ITU PERLU WAKTU DAN PASIEN PNEUMONIA DIBERIKAN TERAPI

SECEPATNYA:

- PENICILLIN G: UNTUK INFEKSI PNEUMONIA STAPHYLOCOCCUS.
- AMANTADINE, RIMANTADINE: UNTUK INFEKSI PNEUMONIA VIRUS
- ERITROMISIN, TETRASIKLIN, DERIVAT TETRASIKLIN: UNTUK INFEKSI PNEUMONIA MIKROPLASMA.



PNEUMONIA

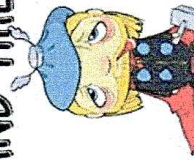


OLEH :

Barkah
1601039

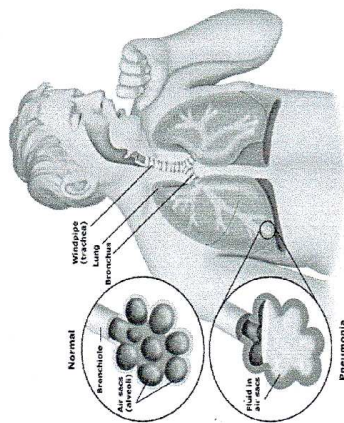
**Prodi DIII Keperawatan
Akper Kerta Cendekia
Sidoarjo
2018**

**BEING SICK
AND TIRED**



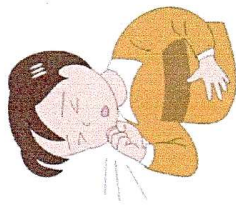
PENGERTIAN

Pneumonia adalah peradangan pada paru yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam, seperti bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing.



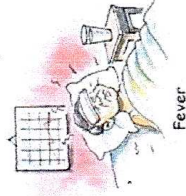
PENYEBAB

1. Bakteri.
2. Virus.
3. Jamur.
4. Protozoa.
5. Bahan kimia :
 - a. Aspirasi makanan/susu/isi lambung
 - b. Keracunan hidrokarbon (minyak tanah, bensin, dan sebagainya).



GEJALA

1. Mendadak panas tinggi,
2. nyeri kepala/dada (anak besar),
3. batuk,
4. sesak,
5. napas cuping hidung,
6. sianosis,
7. kaku kuduk,
8. distensi perut.
9. "Jika terdapat gejala-gejala tersebut, segera periksa ke Puskesmas atau Rumah Sakit".



Lampiran 2



YAYASAN KERTA CENDEKIA
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232
 Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497
 Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 10/BAAK/XI/2018
 Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Sidoarjo, 22 November 2018

**Yth. Direktur RSUD Bangil
 Pasuruan**

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir , Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2018 – 2019, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa kami,

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Barkah	1601039	Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis Pneumonia

Untuk melakukan pengambilan data studi kasus sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur,

Agus Sulistyowati, S. Kep, M.Kes

Lampiran 3

INFORMED CONSENT

Judul: “**Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Pneumonia Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan**”.

Tanggal pengambilan studi kasus 26 Desember 2018

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama Barkah proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya Rizal

Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan Partisipan



(Rizal)

Tanda Tangan Peneliti



(Barkah)

