

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA
PASIEN TN. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS PNEUMONIA DI
RUANG H1 RUMAH SAKIT PUSAT ANGKATAN LAUT Dr.
RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

NI LUH PUTU MEISANINGSIH

NIM. 182.0038

**PROGRAM STUDI D – III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA
PASIEN TN. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS PNEUMONIA DI
RUANG H1 RUMAH SAKIT PUSAT ANGKATAN LAUT Dr.
RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

NI LUH PUTU MEISANINGSIH

NIM. 182.0038

**PROGRAM STUDI D – III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di kampus Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Jika ditemukan plagiat, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 16 Juni 2021

Penulis



Ni Luh Putu Meisaningsih
182.0038

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

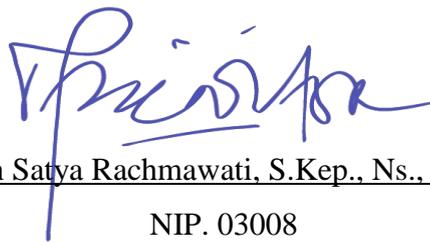
Nama : **Ni Luh Putu Meisaningsih**
NIM : 182.0038
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S Dengan
Diagnosis Medis Pneumonia Di Ruang H1 Rumah
Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Tulis Ilmiah ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Surabaya, 16 Juni 2021

Pembimbing



Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03008

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Ni Luh Putu Meisaningsih
NIM : 182.0038
Program Studi : D III Keperawatan
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S Dengan
Diagnosis Medis Pneumonia Di Ruang H1
Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan
Surabaya**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : Rabu, 16 Juni 2021

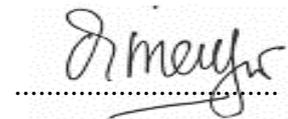
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya.

Dan dinyatakan Lulus dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “AHLI MADYA KEPERAWATAN” pada prodi D-III
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dini Mei, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03.011

Penguji II : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03001

Penguji III : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.008



**Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan**

Dya Sustrami., S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti untuk menyampaikan rasa hormat, dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL, Sp. KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. AV. Sri Suhardiningih SKp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang telah diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa D-III Keperawatan.
3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti program studi S-1 Keperawatan.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia

5. Bapak Ns. Dedi Irawandi, S.Kep. selaku PJMK Praktik Klinik KMB II yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Ibu Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen Pembimbing dan dosen penguji III, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Dini Mei, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji I, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyusunan karya ilmiah ini.
8. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji II, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyusunan karya ilmiah ini.
9. Bapak Sulistiyono, S.Kep., Ns Penata Tk I III/d selaku Pembimbing Praktik Klinik di ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
10. Tn. S yang sangat kooperatif, saling bertukar pikiran dan mau mendengarkan saran – saran dari kami. Serta turut bersedia dalam membina hubungan baik

antara pasien, keluarga dan perawat sehingga kami dapat memberikan asuhan keperawatan secara maksimal, professional dan komprehensif.

11. Letkol Laut (Purn) Dwi Supriyanti. S.Pd., S.Kep.,Ns.,M.M selaku mantan puket 3 pembina militer yang selalu memberi semangat dan menguatkan mental selama menjadi mahasiswa di Stikes Hang Tuah Surabaya
12. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama proses perkuliahan.
13. Seluruh staf perpustakaan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan untuk membaca dan meminjam referensi buku di STIKES Hang Tuah Surabaya.
14. Kedua orang tua, bapakku I Wayan Miasa dan ibu ku Ni Wayan Kerniasih yang telah memberikan doa, motivasi, dukungan terhebatnya secara psikologis, fisik, finansial, moral maupun materil kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya
15. Adikku Ni Made Mia Dwi Purwasih yang telah memberi hiburan dan sebagai penyemangat untuk menyelesaikan studi
16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
17. Hewan Peliharaanku Kecik si kucing oren menggemaskan serta tiga anaknya Cendol, Onet dan Bulung yang telah menghibur dan memberikan stimulus

melepas lelah. Tidak lupa juga kucingku Bubuy Bulan yang menemaniku dan sangat menghibur walau kadang mengganggu di mess kowal

18. Keluarga Besar Pasek Kebayan yang telah memberikan doa, mendukung dalam bentuk finansial dan psikologis.
19. Pembina Resimen Mahasiswa Bapak I Made Suparta yang selalu mendukung setiap kegiatan saya dan selalu memberikan motivasi yang terbaik.
20. Mahasiswa militer seperjuangan yang sering bertukar pikiran tetapi tetap satu San Aini, San Vera, Farizky dan Imam. Terimakasih sudah bersinggung takdir selama tiga tahun ini. Dan terimakasih karna sudah memberikan kesan bagaimana rasanya mempunyai kakak – kakak yang rasanya seperti saudara kandung.
21. Mahasiswa militer program khusus yang sudah mau menerima kami untuk mencicipi bagaimana rasanya sekolah sore hingga malam. Terimakasih untuk Bang Catur, Bang Andik, Pak Dwi dan Bu Suliha yang kami tertuakan dikelas. Evi, Alfiary dan Dendy yang penuh semangat. Serta letting kesehatan 35 progsus yang sering terlambat dan santai mengumpulkan tugas hingga kami kewalahan.
22. Keluarga besar PBB (Pasukan Bangku Belakang) yang selalu berbagi penderitaan dan kerjasamanya dalam menyelesaikan berbagai masalah
23. Rekan- rekan TC Renang dan Selam, terutama anggota Dislambair dan Kopaska yang selalu menanyakan kapan lulusnya dan selalu memberikan kata semangat saja
24. Sahabat - sahabat seperjuangan saya dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis

ilmiah ini dapat terselesaikan, dan saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

25. Teman mahasiswa angkatan Kumara 24 yang selalu mengisi kepenatan dan mengibur selama menjalankan studi. Walaupun berisik tetapi kalian sangat berkesan. Terimakasih sudah merasakan kembali masa seperti anak muda.
26. Keluarga besar Letting kowal surabaya dan keluarga besar mahasiswa letting kesehatan yang selalu mengajak jalan walau sedang sibuk, serta memberikan dukungan walau hanya dengan doa, dan sering memberikan kata “Sabar ya dan semangat”
27. Dan keluarga besar letting kesehatan tidak sedarah rasa saudara dari lemdik Pusdikkes Kodiklatal yang selalu bertukar jawaban, bertukar tugas, selalu mengutamakan dan menjunjung tinggi kerjasama dan gotong royong termasuk diperguruan tinggi.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 16 Juni 2021

Penulis



Ni Luh Putu Meisaningsih
182.0038

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat.....	7
1.5 Metode Penulisan	8
1.5.1. Metode.....	8
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	8
1.5.3 Sumber Data.....	8
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	9
1.6 Sistematika Penulisan.....	9
BAB 2	10
TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Penyakit Pneumonia.....	10
2.1.1 Pengertian Pneumonia.....	10
2.1.2 Etiologi.....	11
2.1.3 Klasifikasi.....	14
2.1.4 Manifestasi Klinik.....	16
2.1.5 Patofisiologi	18

2.1.6	Komplikasi	19
2.1.7	Pemeriksaan Penunjang.....	20
2.1.8	Pencegahan.....	21
2.1.9	Penatalaksanaan	24
2.1.10	Discharger planning	25
2.2	Asuhan Keperawatan.....	26
2.2.1	Pengkajian	26
2.2.2	Diagnosis Keperawatan.....	37
2.2.3	Penatalaksanaan	52
2.2.4	Evaluasi	55
2.2.5	Kerangka Masalah.....	59
BAB 3		60
TINJAUAN KASUS		60
3.1	Pengkajian	60
3.1.1	Identitas	60
3.1.2	Keluhan utama.....	60
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	60
3.1.4	Riwayat Penyakit Terdahulu.....	61
3.1.5	Riwayat Kesehatan Keluarga.....	61
3.1.6	Genogram	62
3.1.7	Riwayat Alergi	62
3.1.8	Observasi dan Pemeriksaan Fisik.....	62
3.1.9	B1 Pernapasan (Breath).....	63
3.1.10	B2 Kardiovaskuler (Blood)	63
3.1.11	B3 Persarafan (Brain).....	64
3.1.12	B4 Perkemihan (Blader).....	66
3.1.13	B5 Pencernaan (Bowel).....	67
3.1.14	B6 Muskuluskeletal & Intergumen (Bone)	67
3.1.15	Endokrin	68
3.1.16	Seksual Reproduksi.....	68
3.1.17	Kemampuan Perawatan Diri.....	68
3.1.18	Personal Hygiene.....	69
3.1.19	Istirahat-Tidur.....	69

3.1.20	Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio- -Spiritual.....	70
3.1.21	Pemeriksaan Penunjang.....	71
3.2.	Analisa Data (Diagnosis Keperawatan)	75
3.3.	Prioritas Masalah.....	77
3.4	Intervensi Keperawatan (Rencana Keperawatan)	78
3.5	Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan	81
3.6	Evaluasi Sumatif	90
BAB 4		92
PEMBAHASAN		92
4.1	Pengkajian	92
4.2	Diagnosis Keperawatan.....	94
4.3	Perencanaan.....	98
4.4	Pelaksanaan	100
4.5	Evaluasi	102
BAB 5		103
PENUTUP.....		103
5.1	Simpulan.....	103
5.2	Saran.....	105
5.2.1	Bagi pasien	105
5.2.2	Bagi perawat.....	105
5.2.3	Bagi Rumah Sakit.....	106
5.2.4	Bagi Masyarakat.....	106
5.2.5	Bagi penulis.....	106
DAFTAR PUSTAKA		107
Lampiran		109

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Kemampuan Perawatan Diri	69
Tabel 3. 2 Laboratorium Hematologi	72
Tabel 3. 3 Hasil faal D-Dimmer	72
Tabel 3. 4 Hasil Laboratorium SARS Covid - 19	72
Tabel 3. 5 Hasil Laboratorium Kimia Klinik	73
Tabel 3. 6 Laboratorium mikrobiologi ITC TB	73
Tabel 3. 7 Laboratorium Mikrobiologi	73
Tabel 3. 8 Daftar Obat	74
Tabel 3. 9 Analisa Data	76
Tabel 3. 10 Prioritas Maslah	77
Tabel 3. 11 Intervensi Keperawatan	80
Tabel 3. 12 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan	83

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3. 1 Kerangka konsep	59
Gambar 3. 2 Photo Thorax	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur IC	111
Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur Batuk Efektif	114

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity daily living
AKG	: Angka Kecukupan Gizi
BB	: Berat badan
C	: Celcius
CM	: Compos Mentis
CRP	: CreactinProtein
CRT	: Capillary Refill time
D3	: Diploma III
DEPKES	: Departemen Kesehatan
DKK	: Dan Kawan Kawan
DM	: Diabetes melitus
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
Fe	: <i>Ferum</i>
GCS	: Glasgow Coma scale
GDA	: Gula Darah Acak
GDS	: Gula Darah Sewaktu
HB	: Hemoglobin
HGB	: Hemoglobin
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IV	: Intravena
Ka	: Kalium
KEMENKES	: Kementrian Kesehatan
Kg	: Kilogram
KKal	: Kilokalori Kecil
KMB	: Keperawatan Medikal Bedah
KRS	: Keluar Rumah Sakit
m	: Meter
Mg	: miligram
Mg	: Miligram
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
Na	: Natrium
PCT	: Procalcitonin
PDW	: Platelet Distribution Widht
PLT	: Plateletcount
RI	: Republik Indonesia
ROM	: Range of motion
ROS	: Review of system
RR	: Respiratory rate
S	: Suhu
SDKI	: Standar diagnosis Keperawatan Indonesia
SDM	: Sumber Daya Manusia
SGOT	: Serum Glutamic Ocaloaseptik
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran keperawatan Indonesia

SMRS	:	Sebelum masuk rumah sakit
STIKES	:	Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TB	:	Tinggi Badan
TBC	:	<i>Tuberculosis</i>
TD	:	Tekanan darah
Tn	:	Tuan
TNI	:	Tentara Nasional Indonesia
TTV	:	Tanda – tanda Vital
WBC	:	White Blood Cel
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infeksi saluran pernapasan seperti Pneumonia biasanya sering ditemukan pada anak balita, tetapi juga pada orang dewasa dan pada kelompok lansia. Penyakit ini dapat menyebabkan kematian jika tidak segera diobati. Pada orang dewasa, pneumonia bisa menjadi infeksi yang serius yang dapat berkembang menjadi sepsis yang berpotensi mengancam jiwa. Pneumonia juga salah satu penyakit infeksi yang terjadi pada lansia, dan masih merupakan problem kesehatan masyarakat karena tingginya angka kematian yang disebabkan penyakit tersebut diberbagai belahan negara termasuk di Indonesia. Komplikasi pneumonia bisa terjadi saat penyakit ini tidak cepat ditangani atau tidak ditangani dengan tepat. Kondisi ini lebih mudah terjadi pada penderita pneumonia dengan sistem kekebalan atau fisik tubuh yang lemah dan menderita penyakit tertentu. Pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang mengenai saluran pernapasan bawah ditandai dengan batuk dan sesak napas, hal ini diakibatkan oleh adanya agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi), dan aspirasi substansi asing yang berupa eksudat (cairan) dan konsolidasi (bercak berawan) pada paru-paru. Pneumonia merupakan salah satu penyakit menular yang memiliki tingkat kematian tinggi baik yang dialami kelompok lansia atau anak-anak (Abdul & Herlina, 2020). Pneumonia adalah penyakit infeksi akut yang mengenai jaringan (paru-paru) tepatnya di alveoli yang disebabkan oleh beberapa mikroorganisme seperti virus, bakteri, jamur, maupun pada pasien yang menderita pneumonia diagnosis yang sering muncul adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi, pola napas

tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dan resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Menurut World Health Organization (WHO) menyebutkan dari 10 macam penyakit penyebab angka kematian di dunia, tercatat bahwa infeksi saluran pernapasan bawah merupakan penyakit infeksi terbesar ke 4 yang menyebabkan kematian di dunia selama tahun terakhir dengan jumlah kematian mencapai 3,1 juta kematian di tahun 2012. Kejadian pneumonia cukup tinggi, yaitu sekitar 15% sampai dengan 20% (Dahlan & Suroto, 2013). Jumlah kasus penyakit pneumonia di wilayah Asia khususnya pada daerah Philipina berada pada peringkat ke-4 dengan jumlah kasus sebanyak 53,101 kasus (10,0%) di tahun 2013. Sedangkan pada Negara Asia lainnya yaitu di negara Malaysia memiliki angka kematian akibat pneumonia yang berada pada peringkat ke-2 dengan jumlah kasus 9,250 kasus (12,0%) pada tahun 2014 (Malaysia, 2016). Prevalensi penderita pneumonia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (nakes) di Indonesia tahun 2013 yaitu mencapai 1,6 %, sedangkan di tahun 2018 meningkat menjadi 2.0% (Kemenkes, 2018). Hasil survey Riskesdas tahun 2018 di Jawa Timur terjadi kasus pneumonia di tahun 2013 yaitu 1,0% dan meningkat menjadi 1,5% di tahun 2015 (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018). Sedangkan untuk di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya kasus Pneumonia pada tahun 2019 terjadi sebanyak 970 pasien

dan mengalami peningkatan pada tahun 2020 dengan jumlah 1767 pasien. Sedangkan kasus Pneumonia yang terjadi di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya prevalensi pasien dengan pneumonia dari tanggal 20 Oktober 2019 sampai dengan 6 Mei 2021 total pasien sejumlah 44 pasien. Selain pneumonia terdapat penyakit penyerta lainnya seperti, TB Paru, dan lain sebagainya.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada penyakit pneumonia adalah ketidak efektifan bersihan jalan napas. Ketidakefektifan bersihan jalan napas terjadi karena adanya infeksi pada saluran pernapasan bagian bawah yang menimbulkan peningkatan produksi sputum dan mengakibatkan bersihan jalan napas terganggu, pernapasan cuping hidung, dyspnea, dan suara krekels saat auskultasi (Purnama, 2018) Terjadinya penumpukan sputum pada saluran pernapasan, pasien yang memproduksi banyak mucus dan pengentalan cairan alveolar. Apabila bersihan jalan napas terganggu maka dapat menghambat pemenuhan suplai oksigen pada otak dan sel sel di seluruh tubuh, jika dibiarkan dalam waktu yang lama akan menyebabkan hipoksemia lalu berkembang menjadi hipoksia berat dan penurunan kesadaran (Purnama, 2018). Penyebab pneumonia yaitu *Streptococcus pneumoniae* sebenarnya merupakan flora normal pada kerongkongan manusia yang sehat. Namun ketika daya tahan tubuh mengalami penurunan yang dapat disebabkan karena usia tua, masalah gizi, maupun gangguan kesehatan, bakteri tersebut akan segera memperbanyak diri setelah menginfeksi. Infeksi dapat dengan cepat menyebar ke seluruh tubuh melalui aliran darah. Infeksi yang terjadi pada individu umumnya menimbulkan gejala yaitu panas tinggi, napas terengah, berkeringat, dan denyut jantung meningkat cepat. Penurunan fungsi yang dialami oleh penderita pneumonia adalah sistem pernapasan atau respirasi.

Penurunan tersebut meliputi menurunnya otot-otot pada sistem pernapasan, baik otot-otot bantu pernapasan, maupun otot - otot utama pernapasan, menurunnya aktivitas silia, menurunnya elastisitas paru, kapasitas maksimal pada pernapasan menurun, tulang - tulang pembentuk dinding dada mengalami pengeroposan atau osteoporosis sehingga menyebabkan jumlah udara pernapasan yang masuk ke paru mengalami penurunan, penurunan sistem pernapasan yang lain adalah penurunan tekanan oksigen yang akan mengganggu proses oksigenasi dari hemoglobin, dan O₂ tidak terangkut semua ke jaringan. Sehingga tubuh kekurangan oksigen dan mengakibatkan bibir serta kuku dapat membiru. Faktor lingkungan termasuk faktor yang sangat mempengaruhi untuk terjadinya penyakit pneumonia, salah satunya yaitu pencemaran udara. Pencemaran udara yang terjadi dalam rumah dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain, bahan bangunan (misalnya asbestos), struktur bangunan (misal ventilasi), bahan pelapis untuk furniture serta interior (biasanya pada pelarut organiknya), kepadatan hunian, kualitas udara luar rumah (ambient air quality), radiasi dari Radon (Rd), formaldehid, debu, dan kelembaban yang berlebihan. Selain itu, kualitas bersihan udara juga dipengaruhi oleh kegiatan dalam rumah seperti dalam hal penggunaan energi tidak ramah lingkungan, penggunaan sumber energi yang relative lebih murah seperti batu bara dan biomasa (kayu, kotoran kering dari hewan ternak dan residu pertanian), perilaku merokok di dalam rumah, penggunaan pestisida, penggunaan bahan kimia pembersih rumah, dan kosmetika. Bahan-bahan kimia tersebut dapat mengeluarkan efek polutan yang dapat bertahan dalam rumah untuk jangka waktu yang cukup lama.

Melihat jumlah persentase pasien dengan penyakit pneumonia cukup banyak, maka pentingnya peran perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan

secara tepat dan dapat meminimalisir dan mengurangi angka kejadian. Peran perawat dalam penatalaksanaan dan pencegahan penyakit pneumonia secara primer dapat memberikan pendidikan dan penyedia layanan kesehatan kepada pasien ataupun keluarga pasien dalam meningkatkan pengetahuan tentang penyakit pneumonia dengan perlindungan kasus dilakukan melalui imunisasi, hygiene personal, dan sanitasi lingkungan. Penyakit pneumonia erat kaitannya dengan hygiene peorangan dan sanitasi lingkungan. Perlunya penanganan yang tepat dan komperhensif agar dapat memberikan pelayanan yang tepat terhadap pasien. Tidak hanya dengan obat - obatan, namun perlu juga asuhan keperawatan yang baik dan benar, serta pengaturan diet yang tepat agar dapat mempercepat terjadinya proses penyembuhan. Sedangkan peran sekunder dari perawat adalah seperti memberikan fisioterapi dada, nebulisasi, dan latihan batuk efektif agar penyakit tidak kembali kambuh. Kesembuhan pasien pneumonia dapat diukur dengan berkurangnya batuk, sesak napas, dan lancarnya pengeluaran sekresi.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada diagnosis pneumonia dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut:

“Bagaimana asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan pada Tn. S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan pada pasien pada Tn. S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn.S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun perencanaan tindakan pada Tn. S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi pada Tn. S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

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

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Tn.S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
 - a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit
Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien Tn. S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
 - b. Bagi peneliti
Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pasien Tn. S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
 - c. Bagi profesi keperawatan
Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1. Metode

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah 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 Wawancara

Data diambil dan di peroleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

2 Observasi

Data yang diambil dan diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

3 Pemeriksaan

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

1.5.3 Sumber Data

1 Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2 Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

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 diagnosis medis Pneumonia. Konsep penyakit yang akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit pneumonia dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit Pneumonia

2.1.1 Pengertian Pneumonia

Pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang mengenai saluran pernapasan bawah yang ditandai dengan batuk dan sesak napas, hal ini diakibatkan oleh adanya agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi), dan aspirasi substansi asing yang berupa eksudat (cairan) dan konsolidasi (bercak berawan) pada paru-paru. Pneumonia merupakan salah satu penyakit menular yang memiliki tingkat kematian tinggi baik dialami kelompok lansia atau anak-anak (Abdjul & Herlina, 2020)

Pneumonia adalah penyakit infeksi akut yang mengenai jaringan (paru-paru) tepatnya di alveoli yang disebabkan oleh beberapa mikroorganisme seperti virus, bakteri, jamur, maupun Pada pasien yang menderita pneumonia diagnosis yang sering muncul adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit

nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dan resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Pneumonia adalah satu penyakit peradangan akut parenkim paru yang biasanya dari suatu infeksi saluran pernapasan bawah akut (Price, 2006). Dengan gejala batuk dan di sertai dengan sesak napas yang di sebabkan agen infeksius seperti virus, bakteri, myoplasma (fungi), dan asparasi substansi asing, berupa radang paru-paru yang di sertai eksudasi dan konsolidasi dan dapat di lihat melalui gambaran radiologi (Nanda, 2015)

Pneumonia adalah bentuk infeksi pernapasan akut yang mempengaruhi paru-paru. Paru-paru terdiri dari kantung kecil yang disebut Alveoli, yang mengisi dengan udara ketika orang yang sehat bernapas. Ketika seorang individu memiliki pneumonia, alveoli dipenuhi (World Health Organization, 2019)

2.1.2 Etiologi

Penyebab pneumonia pada orang dewasa dan usia lanjut umumnya adalah bakteri. Penyebab paling umum pneumonia di Amerika Serikat yaitu bakteri *Streptococcus pneumoniae*, atau *Pneumococcus*. Sedangkan pneumonia yang disebabkan karena virus umumnya adalah Respira (Nursalam, 2016). Sedangkan menurut (Huda & Kusuma, 2016) penyebaran infeksi terjadi melalui droplet dan sering disebabkan oleh *streptococcus pneumoniae*, melalui slang infuse oleh *staphylococcus aureus* sedangkan pada pemakaian ventilator oleh *P. aeruginosa* dan *enterobacter*. Dan masa kini terjadi karena perubahan keadaan pasien seperti kekebalan tubuh dan penyakit kronis, polusi lingkungan, penggunaan antibiotic

yang tidak tepat. Setelah masuk ke paru-paru organism bermultiplikasi dan, jika telah berhasil mengalahkan mekanisme pertahanan paru, terjadi pneumonia. Selain diatas penyebab terjadinya pneumonia sesuai penggolongannya yaitu:

1. Bacteria:

Diplococcus pneumonia, Pneumococcus, Streptokokus hemolyticus, Streptokoccus aureus, Hemophilus Influenzae, Mycobacterium tuberkolosis, Bacillus Friedlander.

2. Virus:

Respiratory Syncytial Virus, Adenovirus, V.Sitomegalitik, V. Influenza, Mycoplasma Pneumonia.

3. Jamur:

Histoplasma Capsulatum, Cryptococcus Neuroformans, Blastomyces Dermatitides, Coccidodies Immitis, Aspergillus Species, Candida Albicans.

4. Aspirasi:

Makanan, Kerosene (bensin, minyak tanah), Cairan Amnion, BendaAsing.

5. Pneumonia Hipostatik.

6. Sindrom Loeffler.

a. Bakteri

Pneumonia bakterial dibagi menjadi dua bakteri penyebabnya yaitu

1) Typical organisme

Penyebab pneumonia berasal dari gram positif berupa :

a) Streptococcus pneumonia

merupakan bakteri anaerob fakultatif. Bakteri patogen ini di temukan pneumonia komunitas rawat inap di luar ICU sebanyak

20-60%, sedangkan pada pneumonia komunitas rawat inap di ICU sebanyak 33%.

b) *Staphylococcus aureus*

bakteri anaerob fakultatif. Pada pasien yang diberikan obat secara intravena (intravena drug abusers) memungkinkan infeksi kuman ini menyebar secara hematogen dari kontaminasi injeksi awal menuju ke paru- paru. Apabila suatu organ telah terinfeksi kuman ini akan timbul tanda khas, yaitu peradangan, nekrosis dan pembentukan abses.

c) *Enterococcus* (*E. faecalis*, *E faecium*)

2) Atipikal organisme

Bakteri yang termasuk atipikal ada alah *Mycoplasma* sp, *chlamedia* sp, *Legionella* sp.

b. Virus

Disebabkan oleh virus influenza yang dapat menyebar melalui droplet, biasanya dapat menyerang pada pasien dengan imunodefisiensi. Diduga virus penyebabnya adalah cytomegali virus, herpes simplex virus, varicella zooster virus.

c. Fungi

Infeksi penyakit pneumonia akibat jamur biasanya disebabkan oleh jamur oportunistik, dimana spora jamur masuk kedalam tubuh saat menghirup udara. Organisme yang menyerang adalah *Candida* sp, *Aspergillus* sp, *Cryptococcus neoformans*.

d. Lingkungan

Faktor lingkungan termasuk dalam faktor yang sangat mempengaruhi untuk terjadinya pneumonia salah satunya yaitu pencemaran udara. Pencemaran udara dalam rumah dipengaruhi oleh berbagai factor antara lain, bahan bangunan (misal; asbes), struktur bangunan (misal; ventilasi), bahan pelapis untuk furniture serta interior (pada pelarut organiknya), kepadatan hunian, kualitas udara luar rumah (ambient air quality), radiasi dari Radon (Rd), formaldehid, debu, dan kelembaban yang berlebihan. Selainitu, kualitas udara juga dipengaruhi oleh kegiatan dalam rumah seperti dalam hal penggunaan energy tidak ramah lingkungan, penggunaan sumber energi yang relative murah seperti batu bara dan biomasa (kayu, kotoran kering dari hewan ternak, residu pertanian), perilaku merokok dalam rumah, penggunaan pestisida, penggunaan bahan kimia pembersih, dan kosmetika. Bahan-bahan kimia tersebut dapat mengeluarkan polutan yang dapat bertahan dalam rumah untuk jangka waktu yang cukup lama (Kemenkes, 2018)

2.1.3 Klasifikasi

Menurut (Huda & Kusuma, 2016) klasifikasi penyakit pneumonia dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Klasifikasi pneumonia berdasarkan anatomi.
 - a. Pneumonia Lobaris, melibatkan seluruh atau satu bagian besar dari satu atau lebih lobus paru. Bila kedua paru terkena, maka dikenal sebagai pneumor bilateral atau "ganda".

- b. Pneumonia Lobularis (Bronkopneumonia) dapat terjadi pada ujung bronkiolus yang tersumbat oleh eksudat mukopurulen untuk membena bercak konsolidasi dalam lobus yang berada didekatnya, disebut juga pneumonia lobularis.
 - c. Pneumonia Interstitial (Bronkiolitis) proses inflamasi yang terjadi di dalam dinding alveolar (interstisium) dan jaringan peribronkial serta interlobular
2. Klasifikasi pneumonia berdasarkan inang dan lingkungan.
- a. Pneumonia Komunitas
Sering dijumpai pada H. influenza pada pasien perokok, pathogen atipikal pa lansia, gram negative pada pasien dari rumah jompo, dengan adanya PPO penyakit penyerta kardiopolmonal/jamak, atau paska terapi antibiotika spectrum luas.
 - b. Pneumonia Nosokomial
Penumonia nosokimial tergantung pada 3 faktor, yaitu: tingkat berat sakit, adanya resiko untuk jenis pathogen tertentu, dan masa menjelang timbul onset pneumonia.

Faktor utama untuk pathogen tertentu yaitu:

- 1) Staphylococcus aureus Methicillin resisten S. aureus

Terjadi pada faktor resiko pada penderita Koma, cedera kepala, influenza, pemakaian obat IV, DM, gagal ginjal.

2) *Ps. Aeruginosa*

Terjadi pada faktor resiko penderita pernah dapat antibiotic, ventilator lebih dari 2 hari, lama dirawat di ICU, terapi steroid antibiotic, Kelainan struktur paru (bronkiektasis, kritik fibrosis), malnutrisi.

3) Anaerob

Faktor resiko yang terjadi pada penderita aspirasi, selesai oprasi abdomen

4) *Acinobachter spp*

Faktor resiko yang terjadi pada penderita antibiotic sebelum onset pneumonia dan ventilasi mekanik

c. Pneumonia aspirasi

Yang disebabkan oleh infeksi kuman, pneumonitis kimia akibat aspirai bahan toksik, akibat aspirasi cairan inert misalnya cairan makan atau lambung, edema paru, dan obstruksi mekanik simple oleh bahan padat.

d. Pneumonia pada gangguan imun

Terjadi karena akibat proses penyakit dan akibat terapi. Penyebab infeksi dapat disebabkan oleh kuman pathogen atau mikroorganisme yang biasanya nonvirulen, berupa bakteri, protozoa, parasite, virus, dan cacing.

2.1.4 Manifestasi Klinik

Gejala klinis dari penyakit pneumonia adalah demam, menggigil, berkeringat, batuk (baik non produktif atau produktif atau menghasilkan sputum berlendir, purulen, atau bercak darah), sakit dada karena pleuritis dan sesak. Gejala

umum lainnya yang dapat terjadi adalah pasien lebih suka berbaring pada yang sakit dengan lutut tertekuk karena nyeri dada. Pada pemeriksaan fisik didapatkan retraksi atau penarikan dinding dada bagian bawah saat bernapas, takipneu, kenaikan atau penurunan taktil fremitus, perkusi redup sampai pekak menggambarkan konsolidasi atau terdapat cairan pleura, dan ronki (Nursalam, 2016)

Sedangkan menurut (Nanda, 2015) manifestasi klinis yang biasanya muncul pada pasien dengan pneumonia adalah:

1. Demam, sering tampak sebagai salah satu tanda infeksi yang pertama. Paling sering terjadi pada usia 6 bulan- 3 bulan dengan suhu mencapai 39,0C - 40,50C bahkan dengan infeksi ringan. Mungkin malas dan peka rangsangan atau terkadang euforia dan lebih aktif dari normal, beberapa anak bicara dengan kecepatan yang tidak biasa.
2. Meningismus, yaitu tanda-tanda terjadinya infeksi meningeal tanpa infeksi meninges. Terjadi dengan awalan demam yang tiba-tiba disertai dengan nyeri kepala, nyeri dan kekakuan pada punggung dan leher, adanya tanda kerning dan brudzinski, dan akan berkurang pada saat suhu tubuh menurun,
3. Anoreksia, merupakan hal yang umum disertai dengan penyakit masa kanak-kanak. Seringkali merupakan bukti awal dari penyakit. Menetap sampai pada derajat yang lebih besar atau lebih sedikit melalui tahap demam dari penyakit, seringkali memanjang sampai ke tahap pemulihan.
4. Muntah, anak kecil mudah muntah bersamaan dengan penyakit yang merupakan petunjuk terjadinya infeksi. Biasanya berlangsung singkat. Tetapi dapat juga menetap selama sakit.

5. Diare, Biasanya terjadi diare ringan, diare sementara tetapi dapat menjadi berat. Sering disertai dengan terjadinya infeksi pada saluran pernapasan. Khususnya karena virus.
6. Nyeri abdomen, merupakan keluhan umum. Kadang kala tidak bisa dibedakan dengan nyeri apendiksitis.
7. Sumbatan nasal, pasase nasal kecil dari bayi mudah tersumbat oleh pembengkakan mukosa dan eksudasi, hal ini dapat mempengaruhi pernapasan dan ibu menyusui pada bayi.
8. Keluaran nasal, sering disertai dengan infeksi saluran pernapasan. Mungkin encer dan sedikit (rinorea) atau kental dan purulen, tergantung pada tipe dan atau tahap terjadinya infeksi.
9. Batuk, merupakan gambaran umum dari penyakit pernapasan. Dapat menjadi bukti hanya sebagai fase akut.
10. Bunyi pernapasan, seperti batuk, suara mengi, suara mengorok, auskultasi terdengar mengi, ronchi dan krekels.
11. Sakit tenggorokan, yaitu merupakan keluhan yang sering terjadi pada anak yang lebih besar. Ditandai dengan anak akan menolak untuk minum dan makan melalui oral.

2.1.5 Patofisiologi

Umumnya mikroorganisme penyebab, terhisap ke paru bagian perifer melalui saluran respiratori. Awalnya akan terjadi edema akibat reaksi jaringan yang mempermudah proliferasi dan penyebaran kuman ke jaringan sekitarnya. Bagian paru yang terkena akan mengalami konsolidasi, yaitu terjadi serbuk fibrin, eritrosit, cairan edema, dan ditemukannya kuman di alveoli. Stadium ini disebut

dengan stadium heptisasi merah. Selanjutnya, deposisi fibrin semakin bertambah, terdapat fibrin dan leukosit di alveoli dan kemudian terjadi proses fagositosis yang cepat. Stadium ini disebut stadium heptisasi kelabu. Selanjutnya, jumlah makrofag meningkat di alveoli, sehingga sel mengalami degenerasi, fibrin menjadi menipis, kuman dan debris menghilang. Stadium ini disebut dengan stadium resolusi. Sistem bronkopulmoner jaringan paru yang tidak terkena akan tetap normal (Nursalam, 2016)

Apabila kuman patogen mencapai bronkioli terminalis, maka cairan edema akan masuk ke dalam alveoli, dan diikuti oleh leukosit dalam jumlah banyak, kemudian makrofag membersihkan debris sel dan bakteri. Proses ini bisa meluas lebih jauh lagi ke lobus yang sama, atau mungkin juga ke bagian lain dari paru-paru melalui cairan bronkial yang telah terinfeksi. Melalui saluran limfe paru, bakteri dapat mencapai aliran pada darah dan pluro viscelaris. Karena jaringan paru mengalami konsolidasi, maka kapasitas vital dan compliance paru mengalami penurunan, serta aliran darah yang mengalami konsolidasi menimbulkan pirau atau shunt kanan ke kiri dengan ventilasi perfusi yang mismatch, sehingga berakibat pada hipoksia. Kerja jantung mungkin akan meningkat, karena saturasi oksigen yang menurun dan terjadinya hipertakipnea. Pada keadaan yang berat bisa saja terjadi gagal napas (Nursalam, 2016)

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi pada penyakit Pneumonia biasanya bisa diterapi dengan baik tanpa menimbulkan komplikasi. Akan tetapi, pada beberapa pasien, khususnya kelompok pasien risiko tinggi, mungkin mengalami beberapa komplikasi seperti bakteremia (sepsis), abses paru, efusi pleura, dan akan mengalami kesulitan

bernapas. Bakteremia dapat terjadi pada pasien jika bakteri yang menginfeksi paru kemudian dapat masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi pada organ – organ lainnya, yang dapat berpotensi menyebabkan kegagalan organ. Pada 10% pneumonia dengan bakteremia, terdapat komplikasi ekstrapulmoner yang dapat berupa meningitis, arthritis, endokarditis, perikarditis, peritonitis, dan empiema. Pneumonia juga dapat menyebabkan akumulasi cairan pada rongga pleura atau biasa sering disebut dengan efusi pleura. Efusi pleura pada pneumonia umumnya bersifat eksudatif. Efusi pleura eksudatif mengandung mikroorganisme dalam jumlah yang banyak dan disertai dengan nanah disebut empiema. Jika sudah terjadinya empiema maka cairan perlu di drainage menggunakan chest tube atau dengan pembedahan (Ryusuke, 2017)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosa Pneumonia menurut (Ardiasnyah, 2012) yaitu:

1. Radiologi

Yaitu pemeriksaan menggunakan foto thoraks (PA/lateral) merupakan pemeriksaan penunjang utama (gold standard) untuk menegakkan diagnosis pneumonia. Gambaran radiologis dapat berupa infiltrat sampai konsolidasi dengan air bronchogram, penyebaran bronkogenik dan interstitial serta gambaran kavitas.

2. Laboratorium

Terjadinya peningkatan jumlah leukosit berkisar antara 10.000 - 40.000/ul, Leukosit polimorfonuklear dengan banyak bentuk. Meskipun dapat pula ditemukan leukopenia.

3. Mikrobiologi

Jenis pemeriksaan mikrobiologi diantaranya yaitu biakan sputum dan kultur darah untuk mengetahui adanya *S. pneumoniae* dengan pemeriksaan koagulasi antigen polisakarida pneumokokkus.

4. Analisa Gas Darah

Ditemukan hipoksemia berat atau sedang. Di dalam beberapa kasus, tekanan parsial karbondioksida (PCO_2) akan menurun dan pada stadium lanjut menunjukkan asidosis respiratorik.

2.1.8 Pencegahan

Ada beberapa cara dalam pencegahan penyakit pneumonia. Untuk mencegah pneumonia perlu partisipasi aktif dari masyarakat atau keluarga terutama ibu rumah tangga, karena pneumonia sangat dipengaruhi oleh kebersihan di dalam ataupun di luar rumah. Pencegahan penyakit pneumonia bertujuan untuk menghindari terjadinya penyakit pneumonia baik pada balita maupun orang dewasa dan lansia.

Berikut adalah upaya untuk mencegah terjadinya penyakit pneumonia yaitu:

1. Berhenti merokok
2. Hindari orang - orang yang memiliki infeksi yang terkadang menyebabkan pneumonia.
3. Tinggal jauh atau jaga jarak dari orang - orang yang sedang flu atau sedang terserang infeksi saluran pernapasan lainnya.
4. Jika anda belum mengalami campak atau cacar dan belum mendapatkan vaksin terhadap penyakit ini, hindari orang-orang yang berisiko dapat menularkan penyakit tersebut.

5. Cuci tangan sesering mungkin untuk mencegah terjadinya penyebaran virus dan bakteri yang dapat menyebabkan pneumonia.
6. Vaksinasi
Vaksin untuk anak-anak disebut vaksin konjugasi pneumokokus (PVC).
Vaksin untuk orang dewasa, perokok, dan orang-orang yang memiliki beberapa jangka panjang kondisi kronis yang disebut dengan Polisakarida Vaksin pneumokokus (PPSV).
7. Perawatan selama masa kehamilan
Untuk mencegah terjadinya risiko bayi dengan berat badan lahir rendah, perlu gizi ibu selama kehamilan dengan mengonsumsi zat - zat bergizi yang cukup bagi kesehatan ibu dan pertumbuhan janin di dalam kandungan serta pencegahan terhadap hal - hal yang dapat memungkinkan terkenanya infeksi selama kehamilan.
8. Perbaiki gizi balita
Untuk mencegah terjadinya risiko pneumonia pada balita yang disebabkan karena terjadinya malnutrisi, sebaiknya dilakukan dengan pemberian ASI pada bayi neonatal sampai umur 2 tahun. Karena ASI pasti terjamin kebersihannya, tidak terkontaminasi serta mengandung faktor - faktor antibodi sehingga dapat memberikan perlindungan dan ketahanan bagi balita terhadap infeksi virus dan bakteri. Oleh karena itu, balita yang mendapat ASI secara eksklusif lebih tahan infeksi dibanding balita yang tidak mendapatkan ASI.

9. Memberikan imunisasi lengkap pada anak
Untuk mencegah terjadinya pneumonia dapat dilakukan dengan pemberian imunisasi yang memadai, yaitu imunisasi anak campak pada anak umur 9 bulan, imunisasi DPT (Difteri, Pertusis, Tetanus) sebanyak 3 kali yaitu pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan.
10. Memeriksa anak sedini mungkin apabila terserang batuk
Balita yang menderita batuk harus segera diberikan pengobatan yang sesuai untuk mencegah terjadinya penyakit batuk pilek. Batuk pilek ini biasa menjadi batuk yang disertai dengan napas cepat dan sesak napas. Mengurangi terjadinya polusi di dalam dan di luar rumah. Untuk mencegah pneumonia disarankan agar kadar debu dan asap yang ada di rumah diturunkan dengan cara mengganti bahan bakar kayu dan tidak membawa balita ke dapur serta membuat lubang ventilasi yang cukup. Selain itu asap rokok, lingkungan tidak bersih, cuaca panas, cuaca dingin, perubahan cuaca dan masuk angin sebagai faktor yang memberi kecenderungan untuk terkena penyakit pneumonia.
11. Menjauhkan balita dari penderita batuk
Balita rentan terserang penyakit terutama penyakit pada saluran pernapasan, karena itu jauhkanlah balita dari orang yang terserang penyakit batuk. Udara napas seperti batuk dan bersin-bersin dapat menularkan penyakit pneumonia pada orang lain. Karena bentuk penyakit ini menyebar melalui droplet, infeksi penyakit ini akan menyebar dengan mudah. Perbaikan rumah juga akan menyebabkan berkurangnya penyakit saluran napas yang berat. Semua anak yang sehat juga dapat ditularkan dan

akan menderita salesma yaitu radang selaput lendir pada hidung, tetapi sebagian besar mereka menjadi pneumonia karena malnutrisi.

2.1.9 Penatalaksanaan

Peran perawat dalam penatalaksanaan penyakit pneumonia secara primer yaitu memberikan pendidikan kepada pasien maupun keluarga pasien untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit pneumonia dengan perlindungan kasus dilakukan melalui imunisasi, hygiene personal, dan sanitasi lingkungan. Peran sekunder dari perawat adalah memberikan fisioterapi dada, nebulasi, suction, dan latihan napas dalam dan batuk efektif agar penyakit tidak kembali kambuh. Menurut (Nanda, 2015), penatalaksanaan yang dapat diberikan antara lain:

1. Menjaga kelancaran pernapasan.
2. Kebutuhan istirahat pasien ini sering hiperpireksia maka pasien perlu cukup istirahat, semua kebutuhan pasien harus ditolong ditempat tidur.
3. Kebutuhan nutrisi dan cairan pasie pada diagnosis medis pneumonia hampir selalu mengalami masukan makanan yang kurang. Suhu tubuh yang tinggi selama beberapa hari dan masukan cairan yang kurang dapat menyebabkan dehidrasi. Untuk mencegah terjadinya dehidrasi dan kekurangan kalori dipasang infus dengan caieran glukosa 5% dan NaCl 0,9%.
4. Selalu mengontrol suhu tubuh.
5. Pengobatan ini diberikan berdasarkan etiologi dan uji resistensi. Akan tetapi, karena hal inilah perlu waktu dan pasien juga perlu terapi secepatnya maka biasanya diberikan penisilin ditambah dengan

cloramfenikol atau diberikan antibiotic yang mempunyai spektrumluas seperti ampisilin.

6. Pengobatan ini diteruskan sampai bebas demam 4-5 hari. Karena sebagian besar pasien jatuh ke dalam asidosis metabolic yang terjadi karena akibat kurang makan dan hipoksia, maka dapat diberikan koreksi sesuai dengan hasil analisis gas darah arteri.

2.1.10 Discharger planning

1. Ajarkan pada orang tua tentang pemberian obat baik itu,
 - a. Dosis, rute dan waktu yang cocok dan menyelesaikan dosis seluruhny
 - b. efek samping
 - c. Respon penderita
2. Berikan informasi pada orang tua tentang cara - cara pengendalian infeksi serta cara pencegahannya
 - a. Hindari pemajanan kontak infeksius
 - b. Ikuti jadwal imunisasi
3. Bayi: Memberikan ASI eksklusif 6 bulan, karena didalam kandungan ASI adanya system kekebalan yang dapat menjaga tubuh anak sehingga tidak mudah tersera penyakit
4. Gizi yang seimbang dan cukup sesuai usia anak
5. Tutup mulut menggunakan tangan, tisu ataupun saputangan dan masker saat batuk karena penularan pneumonia banyak berasal dan percikan batuka tau bersin pasien pneumonia
6. Menghindari asap rokok

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis pneumonia dalam proses keperawatan meliputi identitas, data riwayat pasien, pemeriksaan fisik, data pengkajian keperawatan, dan pengkajian skrining lainnya. Dalam pengkajian terdapat dua data yaitu data subjektif dan objektif. Data subjektif adalah data yang di ungkapkan oleh penderita atau pasien. Sedangkan data objektif adalah data yang di temukan dari pemeriksaan fisik maupun dari hasil pemeriksaan penunjang lainnya. (Harifiant, 2019)

Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara pengumpulan data secara subjektif (data yang didapatkan dari pasien atau keluarga) melalui metode anamnesa dan data objektif (data hasil pengukuran atau observasi).

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) pengkajian yang harus dilakukan adalah:

1. Identitas pasien

Meliputi nama, nomor RM, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, alamat, pekerjaan, asuransi kesehatan, status sosial ekonomi, status gizi agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), serta diagnosis medis (Muttaqin, 2014)

Identitas tersebut dapat dijadikan sebagai informasi data yang berhubungan dengan faktor penyebab penyakit infeksi saluran napas seperti pneumonia bahkan TB paru. Berikut ulasan menurut (Piliyanti, 2020)

a Usia

Sudah banyak diketahui, bahwa ada penyakit yang disebut penyakit anak, penyakit orangtua, dan seterusnya. Penyakit TB paru paling

sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif 15-50 tahun . Dengan terjadinya transisi demografi saat ini menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih rendah. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun system imunolosis seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit TB paru.

b Jenis kelamin

Insiden berbagai penyakit diantara jenis kelamin kebanyakan akan berbeda. Hal ini terutama disebabkan karena paparan terhadap agent bagi setiap jenis kelamin berbeda. Misalnya, anak laki-laki lebih tinggi 18 aktivitas fisiknya daripada anak perempuan, maka penyakit yang diderita akan berbeda-beda akibat perilaku dan fungsi sosialnya yang berbeda. Penderita TB paru cenderung lebih, tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut Hiswani yang dikutip dari WHO, sedikitnya dalam periode setahun ada sekitar 1 juta perempuan yang meninggal akibat TB paru, dapat disimpulkan bahwa pada kaum perempuan lebih banyak terjadi kematian yang disebabkan oleh TB paru dibandingkan dengan akibat proses kehamilan dan persalinan. Pada jenis kelamin laki-laki penyakit ini lebih tinggi karena merokok tembakau dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan system pertahanan tubuh, sehingga lebih mudah terpapar dengan agent penyebab TB-paru.

c Lingkungan fisik

Lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi tingginya kejadian tuberkulosis paru adalah lingkungan rumah yang kurang sehat misalnya kurang adanya fasilitas ventilasi yang baik, pencahayaan yang buruk di dalam ruangan, kepadatan hunian dalam rumah dan bahan bangunan didalam rumah. Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada diluar diri host (penjamu) baik benda mati, benda hidup, nyata atau abstrak, seperti suasana yang terbentuk akibat interaksi semua elemen-elemen termasuk host yang lain. Factor lingkungan memegang peranan penting dalam penularan, terutama lingkungan rumah yang tidak memenuhi syarat. Lingkungan rumah merupakan salah satu factor yang memberikan pengaruh besar terhadap status kesehatan penghuninya

d Status social ekonomi

Keadaan dalam rumah, kepadatan hunian, lingkungan perumahan, lingkungan dan sanitasi tempat kerja yang buruk dapat memudahkan penularan TBC. Pendapatan keluarga sangat erat juga dengan penularan TBC, karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat layak dengan memenuhi syarat-syarat kesehatan.

e Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan adalah suatu proses pengembangan diri dari individu dan kepribadian seseorang yang dilaksanakan secara sadar dan penuh tanggung jawab untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap serta nilai-nilai sehingga mampu

menyesuaikan diri dengan lingkungannya, pada umumnya semakin tinggi pendidikan formal yang dicapai, maka semakin baik pula proses pemahaman seseorang dalam menerima sebuah informasi baru.

f Gaya hidup

Kebiasaan minum minuman beralkohol, narkoba, dan merokok dapat menimbulkan gangguan pada kesehatan serta dapat merusak mekanisme pertahanan paru sehingga memudahkan masuknya kuman penyakit seperti kuman penyakit tuberculosis. Ditambah lagi, fenomena merokok di Indonesia masih dianggap wajar, bahkan dianggap sebagai gaya hidup.

g Status gizi

Secara umum dapat dipahami, bahwa kekurangan gizi akan sangat berpengaruh terhadap kekuatan daya tahan dan respons imunologis terhadap penyakit dan keracunan. Gizi buruk dapat mempermudah seseorang menderita penyakit infeksi, seperti TBC dan kelainan gizi seperti obesitas, kolestrol tinggi, dan lain – lain. Keadaan malnutrisi atau terjadinya kekurangan kalori, protein, vitamin, zatbesi dan lain-lain, akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang sehingga rentan terhadap penyakit termasuk TB paru. Keadaan ini merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh di Negara miskin, baik pada orang dewasa maupun anak-anak.

h Status kekebalan

Reaksi tubuh terhadap suatu penyakit bergantung pada status kekebalan yang dimiliki sebelumnya, seperti kekebalan terhadap penyakit virus yang tahan lama dan seumur hidup.

2. Riwayat sakit dan kesehatan

a Keluhan utama: Pasien biasanya mengeluh batuk dan sesak napas.

b Riwayat penyakit sekarang

Pada awalnya terjadi keluhan batuk tidak produktif, tapi selanjutnya berkembang menjadi batuk produktif dengan mukus purulen kekuning-kuningan, kehijau-hijauan, kecoklat-coklatan atau kemerahan dan sering kali berbau busuk. Pasien biasanya mengeluh dan mengalami demam tinggi dan menggigil (Keadaan mungkin dapat terjadi secara tiba-tiba dan berbahaya). Adanya keluhan nyeri dada pleuritis pada pasien, terjadinya sesak napas, peningkatan frekuensi pernapasan dan nyeri kepala

c Riwayat penyakit dahulu

Dikaji apakah pasien sebelumnya pernah menderita penyakit seperti ISPA, TBC Paru, trauma. Hal ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya faktor predisposisi.

d Riwayat penyakit keluarga

Dikaji apakah ada anggota keluarga yang pernah atau sedang menderita penyakit-penyakit yang disinyalir sebagai penyebab pneumonia seperti Ca Paru, asma, TBC Paru dan lain sebagainya.

e Riwayat alergi

Dikaji apakah pasien memiliki riwayat adanya alergi terhadap obat, makanan, udara dan debu.

3. Demografi

Apakah di daerah tempat tinggal pasien terdapat sumber – sumber polusi.

4. Pola Pengkajian Gordon

a Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Hal yang perlu dikaji yaitu kebersihan lingkungan, tempat tinggal, riwayat perokok.

b Pola nutrisi

Biasanya muncul anoreksia, mual dan muntah Karena peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik dari mikroorganisme.

c Pola eliminasi

Penderita biasanya mengalami penurunan produksi urin akibat perpindahan cairan evaporasi karena demam.

d Pola istirahat/tidur

Penderita sering mengalami gangguan pada istirahat dan tidur karena adanya sesak napas. Pola aktifitas, latihan aktifitas dan latihan pasien akan menurun karena adanya kelemahan pada fisik pasien

5. Pemeriksaan Fisik

a Keadaan umum: Tampak lemas, ada atau tidaknya sesak napas

b Kesadaran: Tergantung dari tingkat keparahan penyakit, bisa juga terjadi somnolen

c Tanda-tanda vital:

- 1) TD: biasanya normal
- 2) Nadi: takikardi
- 3) RR: takipneu, dispneu, napas dangkal
- 4) Suhu: hipertermi

d Kepala

1) Kulit kepala

a) Tujuan

Untuk mengetahui turgor kulit dan apakah ada lesi atau bekas luka

b) Inspeksi

Dilihat apakah ada oedema pada pasien

c) Palpasi

Raba dan tentukan apakah ada lesi, akral hangat atau dingin, turgor kulit elastis atau tidak.

2) Rambut

a) Tujuan

Mengetahui tekstur, warna, ada atau tidaknya rontok dan bersihan daerah kepala atau kotor

b) Inspeksi

Melihat pertumbuhan rambut merata atau tidak, tebal atau tipis

c) Palpasi

Mudah rontok atau tidak, kasar atau halus

e Kuku

1) Tujuan

Mengetahui warna, keadaan kuku serta kapiler refill pada kuku.

2) Inspeksi

Apakah adanya sianosis, kemerahan karena peningkatan visibilitas Hb, dan mengkaji bentuk jari

3) Palpasi

Apakah adanya nyeri tekan, kaji CRT normal < 2 detik

f Wajah

1) Tujuan

Mengetahui bentuk dan fungsi, adanya lesi atau kelainan pada wajah

2) Inspeksi

Lihat simetris atau tidak, serta apakah ada kelumpuhan

3) Palpasi

Raba apakah ada bekas luka, dan kaji respon nyeri pada daerah luka

g Mata

1) Tujuan

Mengetahui bentuk serta fungsional mata, baik penglihatan maupun otot mata, apakah ada kelainan atau tidak pada mata

2) Inspeksi

Reflek berkedip baik atau tidak, warna konjungtiva dan sclera normal atau tidak, apakah ada ikterik atau anemis, keadaan pupil miosis atau midriasis

3) Palpasi

Apakah ada nyeri tekan atau tidak

h Telinga

1) Tujuan

Mengetahui keadaan fungsi telinga, apakah ada gangguan pendengaran atau tidak

2) Inspeksi

Simetris atau tidak, apakah telinga kotor atau bersih, bentuk daun telinga normal atau tidak

3) Palpasi

Apakah ada nyeri tekan atau tidak

i Mulut dan faring

1) Tujuan

Untuk mengetahui kelainan dan bentuk mulut serta kebersihan mulut

2) Inspeksi

Apakah adanya kelainan pada bibir, keadaan mukosa mulut apakah lembab atau kering, apakah simetris, warna dan pembengkakan apakah ada, kaji juga pada gigi, apakah ada gigi

yang berlubang, bagaimana kebersihan gigi, apakah ada pembesaran tonsil

3) Palpasi

Apakah ada nyeri tekan, oedem atau masa

j Leher

1) Tujuan

Untuk menentukan bentuk serta organ yang berada di sekitar leher

2) Inspeksi

Apakah terjadi pembesaran kelenjar thyroid atau tidak

3) Palpasi

Apakah teraba adanya pembesaran kelenjar limfe atau thyroid pada leher

k Dada

1) Tujuan

Untuk mengetahui simetris atau tidak, irama dan frekuensi napas, ada tidaknya nyeri tekan dan mendengarkan bunyi paru

2) Inspeksi

Mengamati bentuk dada dan pergerakan dada, monitor adanya retraksi intercostal, monitor pergerakan paru, kaji letak ictus cordis

3) Palpasi

Raba ada atau tidak nyeri tekan

4) Perkusi

Yaitu menentukan batas normal suara ketukan paru, bunyi sonor pada seluruh lapang paru, jika ada efusi pleura maka didapati bunyi redup hingga pekak, jika disertai pneumothorak yang disertai bunyi hipersono

5) Auskultasi

Untuk mengetahui ada tidaknya suara tambahan napas seperti suara ronchi atau wheezing

l Abdomen

1) Tujuan

Mengetahui adanya gerakan peristaltik usus dan ada tidaknya nyeri tekan

2) Inspeksi

Amati bentuk abdomen atau perut, warna kulit, apakah ada asites pembesaran atau tidak

3) Palpasi

Kaji ada tidaknya nyeri tekan

4) Auskultasi

Mendengarkan bising usus

m Muskuloskeletal

1) Tujuan

Untuk mengetahui kekuatan otot

2) Inspeksi

Apakah ada kelainan pada ekstremitas atas atau bawah pasien,
apakah ada kelemahan otot pada pasien

3) Palpasi

Apakah ada nyeri tekan pada ekstremitas atas atau bawah pasien

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosis keperawatan pada kasus pneumonia berdasarkan patway, diagnosis yang mungkin muncul yaitu:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
D.0149 (SDKI, 18)
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan
membrane alveolus-kapiler
D.0003 (SDKI, 22)
3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
D.0005 (SDKI,26)
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
D.0077 (SDKI,172)

5. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
D.0019 (SDKI, 56)
6. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
D.0130 (SDKI, 284)
7. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
D.0056 (SDKI, 128)
8. Resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif
D.0034 (SDKI, 85)

2.2. Perencanaan

1. Pengertian

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang akan dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018) Intervensi keperawatan pada kasus pneumonia berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia sebagai berikut:

a. Diagnosis Keperawatan 1 :

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
D.0149 (SDKI, 18)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapkan kebersihan jalan napas kembali efektif

Kriteria Hasil: Batuk efektif meningkat, Produksi sputum menurun, Mengi menurun L.01001

Intervensi Keperawatan: Latihan batuk efektif 1.01006

- 1) Kaji status pernapasan sekurannya setiap 4 jam atau menurut standar yang ditetapkan
R/ Untuk mendeteksi tanda awal adanya bahaya
- 2) Monitor pola napas
R/ Mengetahui adanya perubahan pola napas
- 3) Monitor bunyi napas
R/ Adanya suara tambahan seperti wheezing
- 4) Ajarkan pasien teknik batuk efektif
R/ Untuk menghilangkan sebagian atau kleseluruhan secret adalah dengan cara batuk
- 5) Posisikan semifowler atau fowler
R/ Posisi duduk yang tepat dan nyaman dapat meningkatkan keefektifitasan dalam batuk efektif
- 6) Berikan minum air hangat (1500- 2000cc/ 24 jam).
R/ Prosedur ini merangsang batuk dan dada terasa hangat
- 7) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik jika perlu
R/ Terapi fisik dada dapat membantu pengeluaran lendir

b. Diagnosis Keperawatan 2:

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus kapiler D.0003

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat L.01003

Kriteria hasil: Dispnea menurun, Bunyi napas tambahan menurun, Pusing menurun, Penglihatan kabur menurun, Napas cuping hidung menurun, PCO₂

dan PO2 membaik, Takikardi membaik, Sianosis membaik, Pola napas membaik L.01003

Intervensi keperawatan: Pemantauan respirasi 1.01014

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
R/ Sebagai data dasar untuk merumuskan intrvensi lanjut dengan tepat.
Mengetahui karakteristik napas pasien
- 2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi)
R/ Takikardi biasanya ada sebagai akibat demam atau dehidrasi
- 3) Monitor kemampuan batuk efektif
R/ Merangsang batuk atau pembersihan jalan napas secara mekanik pada pasien yang tak mampu melakukan karena batuk tak efektif atau penurunan tingkat kesadaran.
- 4) Monitor adanya produksi sputum
R/ Mengetahui tingkat kekentalan sputum, warna dan sedikit atau banyaknya jumlah sputum
- 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas
R/ Memantau kondisi jalan napas pasien.
- 6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
R/ Untuk mengetahui kesimetrisan ekspansi paru. Penggunaan ototbantu pernapasan menandakan perburukan kondisi pasien.
- 7) Auskultasi bunyi napas
R/ Memantau apakah ada suara tambahan, riangan berat sedang

8) Monitor saturasi oksigen

R/ Untuk mengetahui perkembangan status kesehatan pasien dan mencegah komplikasi lanjutan

9) Monitor AGD

R/ Pemantauan AGD dapat menunjukkan status respirasi dan adanya kerusakan ventilasi pasien.

10) Monitor hasil x-ray toraks

R/ Mengetahui apakah adanya cairan, penumpukan secret dan masalah pada paru

11) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

R/ Memastikan pemasukan oksigen pada pasien tercukupi serta mencegah pasien mengalami sesak. Pemberian oksigen sesuai indikasi diperlukan untuk mempertahankan masukan O₂ saat pasien mengalami perubahan status respirasi.

12) Dokumentasikan hasil pemantauan

R/ Mencatat hal penting untuk mengetahui perkembangan status kesehatan pasien dan mencegah komplikasi lanjutan

13) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

R/ Mengetahu status dan perkembangan pasien

14) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

R/ Sebagai acuan pelaksanaan Kolaborasi dalam pemberian asuhan bagi pasien

c. Diagnosis Keperawatan 3 :

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas D.0005

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik L.010004

Kriteria hasil: Kapasitas vital meningkat, Tekanan ekspirasi meningkat, Tekanan inspirasi meningkat, Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu napas menurun, Pernapasan cuping hidung menurun, Frekuensi napas membaik, Kedalaman napas membaik, Ekskresi dada membaik L.010004

Intervensi keperawatan: Manajemen jalan napas 1.01011

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

R/ Ketidakefektifan pola napas dapat dilihat dari peningkatan atau penurunan RR, serta perubahan dalam irama dan kedalaman pernapasan

- 2) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronki)

R/ Memantau kondisi jalan napas pasien. Suara napas tambahan dapat menjadi indikator gangguan kepatenan jalan napas yang tentunya dapat berpengaruh terhadap kecukupan pertukaran udara.

- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

R/ Mengetahu adanya keabnormalan pada produksi sputum sehingga segera dapat diberikan intervensi keperawatan

- 4) Posisikan semi-fowler atau fowler

R/ Memaksimalkan posisi untuk meningkatkan ventilasi pasien

- 5) Berikan minum hangat

R/ Cairan khususnya yang hangat atau minuman hangat memobilisasi dan mengeluarkan sekret

6) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

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

7) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

R/ Waktu tindakan suction yang tepat membantu melapangkan jalan napas pasien. Dalam melakukan suction tidak lebih dari 15 detik untuk menghindari terjadinya sesak

8) Berikan oksigen, jika perlu

R/ Pemberian oksigen sesuai indikasi diperlukan untuk mempertahankan masukan O₂ saat pasien mengalami perubahan status respirasi.

9) Ajarkan teknik batuk efektif

R/ Memberikan edukasi batuk efektif secara mandiri

10) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. jika perlu

R/ Alat untuk menurunkan spasme bronchus dengan mobilisasi secret

d. Diagnosis Keperawatan 4 :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis D.0077

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun L.08066

Kriteria hasil: Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi membaik, Pola napas membaik, Tekanan darah membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik L.08066

Intervensi keperawatan: Manajemen nyeri 1.08238

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
R/ Mengetahui karakteristik untuk menentukan intervensi yang sesuai
- 2) Identifikasi skala nyeri
R/ Nyeri dada biasanya ada dalam beberapa derajat pada pneumonia
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
R/ Perubahan frekuensi jantung atau TD menunjukkan bahwa pasien mengalami nyeri, khususnya bila alasan lain untuk perubahan tanda-tanda vital telah terlihat,
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
R/ Mengetahui pada saat kapan nyeri itu timbul dan pada saat seperti apa kondisi nyeri itu hilang
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
R/ Membantu dalam mengurangi nyeri pasien.
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
R/ Memantau mitos pengaruh budaya dalam menghilangkan rasa nyeri
- 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
R/ Apakah ada tidaknya perubahan dalam pengurangan intensitas nyeri
- 8) Monitor efek samping penggunaan analgetik
R/ Apakah terjadinya alergi ataupun apakah adanya perubahan dalam mengurangi intensitas nyeri.
- 9) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
R/ Membantu relaksasi seperti mendengarkan music dan tidur

10) Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (misalkan suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

R/ Berikan tempat yang nyaman untuk mendukung terapi yang dilakukan

11) Fasilitasi istirahat dan tidur

R/ Dalam pemenuhan fasilitas istirahat yang tercukupi dapat meningkatkan efek relaksasi

12) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

R/ Diskusikan dengan pasien faktor-faktor yang dapat mengurangi nyeri

13) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

R/ Memberitahu penyebab nyeri, kapan nyeri timbul dan cara manajemen nyeri secara mandiri jika terjadi nyeri

14) Jelaskan strategi meredakan nyeri

R/ Mengajarkan teknik nonfarmakologi dalam mengurangi intensitas nyeri dan menghilangkan rasa nyeri

15) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

R/ Kaji jika nyeri muncul kemudian atasi dengan teknik menghilangkan nyeri yang sudah diajarkan

16) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

R/ Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien diberikan terapi obat sesuai dosis.

17) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

R/ Menyebabkan relaksasi pada otot-otot dan mengurangi nyeri yang dirasakan

18) Kolaborasi dalam pemberian analgetik

R/ Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien

e. Diagnosis Keperawatan 5:

Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan

D.0019

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan status nutrisi membaik L.03030

Kriteria hasil: Porsi makan yang dihabiskan meningkat, Perasaan cepat kenyang menurun, Frekuensi makan membaik, Nafsu makan membaik, Membran mukosa membaik L.03030

Intervensi keperawatan: Manajemen nutrisi 1.03119

1) Identifikasi status nutrisi

R/ Mengecek indeks masa tubuh pasien

2) Identifikasi alergi dari intoleransi makanan

R/ Mengetahui apakah pasien memiliki alergi makanan

3) Identifikasi makanan yang disukai

R/ Merangsang nafsu makan untuk keperluan nutrisi

4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

R/ 3.Mampu memenuhi kebutuhan kalori

5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastik

R/ Diberikan kepada pasien yang mengalami susah menelan dan tidak mampu makan secara mandiri

- 6) Monitor asupan makanan
R/ Memonitor berapa frekuensi makan tiap harinya dan berapa porsi yang dihabiskan
- 7) Monitor berat badan
R/ Mengukur berat badan untuk mengukur IMT
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
R/ Kaji adanya kekurangan Hb, kalium, nutrium pada pasien
- 9) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
R/ Biasanya kebersihan mulut tidak terjaga dan kemudian menimbulkan sariawan yang menimbulkan pasien enggan untuk makan
- 10) Fasilitasi menentukan pedoman diet
R/ Menentukan diet tinggi karbo tinggi protein bagi pasien yang mengalami defisit nutrisi
- 11) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
R/ diharapkan memunculkan keinginan dan penambahan nafsu makan pada pasien
- 12) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
R/ Perhatikan dalam pemenuhan serat
- 13) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
R/ Memfasilitasi diet yang cocok untuk pasien
- 14) Berikan suplemen makanan, jika perlu
R/ Memberikan penambah nafsu makan
- 15) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
R/ Untuk mencegah tersedak pada saat makan

16) Ajarkan diet yang diprogramkan

R/ Selalu mengikuti anjuran dalam pemenuhan nutrisi yang sudah diprogramkan.

17) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalkan pereda nyeri, antilemetik), jika perlu

R/ Jika pasien mengalami nyeri itu membuat keengganan untuk makan

18) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

R/ Demi mencapai kriteria hasil yang diharapkan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien

f. Diagnosis Keperawatan 6:

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit D.0130

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik L.14134

Kriteria hasil: L.14134 Menggigil menurun, kulit merah menurun, suhu tubuh membaik, tekanan darah membaik

Intervensi keperawatan: Manajemen hipertermia 1.15506

1) Identifikasi penyebab hipertermia

R/ Mengevaluasi keektifan intervensi

2) Monitor suhu tubuh

R/ Memantau apakah terjadinya kenaikan atau penurunan suhu tubuh pasien

- 3) Monitor kadar elektrolit
R/ Memastikan intake cairan pada pasien guna mencegah dehidrasi akibat kenaikan suhu tubuh
- 4) Monitor haluaran urine
R/ Memantau apakah terjadinya output cairan berlebih dibandingkan input cairan
- 5) Sediakan lingkungan yang dingin
R/ Memberikan suasana nyaman bagi pasien
- 6) Longgarkan atau lepaskan pakaian
R/ Untuk melancarkan peredaran darah agar pasien leluasa berkeringat dalam mengeluarkan virus melalui keringat
- 7) Berikan cairan oral
R/ Kolaborasi pemberian terapi oral Antipiretik
- 8) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)
R/ Hipertemia mengakibatkan produksi keringat meningkat. Linen yang basah harus diganti agar pasien merasa nyaman
- 9) Berikan oksigen, jika perlu
R/ Suhu tubuh yang terlalu tinggi menyebabkan munculnya beragam gangguan seperti gangguan pernapasan.
- 10) Anjurkan tirah baring
R/ Berikan istirahat yang cukup
- 11) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

g. Diagnosis Keperawatan 7:

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen D.0056

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat L.05047

Kriteria hasil: Saturasi oksigen meningkat, Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun, Dispnea setelah aktivitas menurun, Sianosis menurun, Tekanan darah membaik, Frekuensi napas membaik L.05047

Intervensi keperawatan: Manajemen energi 1.05178

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

R/ Menetapkan bantuan pasien dan memudahkan pilihan intervensi

2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

R/ Menurunkan stres dan rangsangan berlebihan meningkatkan istirahat.

3) Monitor pola dan jam tidur

R/ Memfasilitasi kecukupan istirahat pasien

4) Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama aktivitas

R/ Mengetahui bagian mana yang mengakibatkan pasien kurang nyaman terhadap geraknya

5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)

R/ Menyediakan lingkungan yang nyaman

- 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif
R/ Membantu pasien memberikan aktivitas pasif aktif untuk mencegah kekakuan
- 7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
R/ Pasien mungkin nyaman dengan latihan distraksi
- 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
R/ Memberikan aktivitas kecil terlebih dahulu
- 9) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
R/ Mengasah kemampuan gerak pasien dari kecil, sedang, dan gerak berat
- 10) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
R/ Selalu konsultasi dengan komunikasi efektif kepada pasien dan perawata untuk menindak lanjuti asuhan yang diperlukan
- 11) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
R/ Biasanya diit yang diberikan Tinggi Energi Tinggi Protein

h. Diagnosis Keperawatan 8:

Resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif D.0034

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik L.03028

Kriteria hasil: Tugor kulit meningkat, Dispnea menurun, Frekuensi nadi membaik, Tekanan darah membaik, Tekanan nadi membaik, Membrane mukosa membaik, Suhu tubuh membaik L.03028

Intervensi keperawatan: Manajemen hipovolemia 1.03116

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (misalnya nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, dan lemah)
R/ Memantau apakah adanya pengeluaran cairan berlebih
- 2) Monitor intake dan output cairan
R/ Mengukur balance cairan untuk mencegah dehidrasi
- 3) Hitung kebutuhan cairan
R/ Dalam pemenuhan balance cairan kebutuhannya perlu di sesuaikan dengan pasien
- 4) Berikan asupan cairan oral
R/ Berikan minum jika pasien sering keringat dan pipis
- 5) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
R/ Berikan edukasi banyak minum agar tidak terjadi pengeluaran cairan berlebih
- 6) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
R/ Berikan terapi pariental segera untuk mencegah dehidrasi
- 7) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
R/ Berikan terapi pariental segera untuk mencegah dehidrasi
- 8) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)
R/ Berikan terapi pariental segera untuk mencegah dehidrasi

2.2.3 Penatalaksanaan

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung situasi dan kondisi pasien. (Bickley, 2015).

Implementasi merupakan pelaksanaan yang nyata dari rencana keperawatan. Implementasi dilakukan untuk mencapai tujuan dalam asuhan keperawatan pada pasien. Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan.

1. Dependen

Tindakan dependen berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilakukan

2. Independen

Tindakan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tipe tindakan didefinisikan berdasarkan diagnosa keperawatan. Tindakan keperawatan merupakan suatu respon dimana perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan secara pasti berdasarkan pendidikan dan pengalaman.

a. Lingkup tindakan independen keperawatan adalah :

- 1) Mengkaji terhadap pasien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan pasien.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai respon pasien yang memerlukan intervensi keperawatan.
- 3) Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan.

- 4) Melaksanakan rencana pengukuran untuk memotivasi, menunjukkan, mendukung dan mengajarkan kepada pasien dan keluarga.
- 5) Merujuk kepada tenaga yang lain jika ada indikasi dan diijinkan oleh tenaga keperawatan.
- 6) Mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan medis. Partisipasi dengan consumers atau tenaga kesehatan lain dalam meningkatkan pelayanan kesehatan

b. Tipe tindakan independen keperawatan dikategorikan menjadi 4 :

1) Tindakan diagnostik

Tindakan ini ditujukan pada pengkajian dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan. Tindakan tersebut meliputi :

- a) Wawancara dengan pasien untuk mendapatkan data subyektif, keluhan pasien, persepsi tentang penyakitnya, dan riwayat penyakit.
- b) Observasi dan pemeriksaan fisik : tindakan untuk mendapatkan data obyektif, meliputi : observasi kesadaran dan tanda-tanda vital(suhu, nadi, tekanan darah dan pernapasan). Pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan pendekatan sistem atau head to toe.

2) Tindakan terapeutik

Tindakan ditujukan untuk mengurangi, mencegah dan mengatasi masalah pasien.

3) Tindakan edukatif/mengajarkan

Tindakan ini ditujukan untuk merubah perilakupasien melalui promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan kepada pasien.

4) Tindakan merujuk

Tindakan ini lebih ditekankan pada kemampuan perawat dalam mengambil suatu keputusan klinik tentang keadaan pasien dan kemampuan untuk melakukan kerjasama dengan tim kesehatan lain

3. Interdependen

Tindakan keperawatan interdependen adalah tindakan yang lebih memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya pada ahli gizi, fisioterapi, tenaga sosial dan dokter.

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi merupakan suatu proses untuk menjelaskan secara sistematis untuk mencapai obyektif, efisien, dan efektif, serta untuk mengetahui dampak dari suatu kegiatan dan juga membantu pengambilan keputusan untuk perbaikan satu atau beberapa aspek program perencanaan yang akan datang. (Wartonah & Tarwoto, 2015)

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, intervensi dan implementasinya. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan asuhan keperawatan, memodifikasi rencana keperawatan, dan meneruskan rencana tindakan keperawatan. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan yang telah tercapai. Walaupun tahap evaluasi letaknya pada akhir proses keperawatan, tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan

data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang observasi.

Dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Menurut (Setiadi, 2012) Evaluasi keperawatan terbagi menjadi sebagai berikut yaitu:

1. Evaluasi formatif (Evaluasi Proses)

Evaluasi formatif yaitu aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi formatif harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan telah diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitasnya intervensi tersebut. Evaluasi formatif harus dilaksanakan terus menerus hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi formatif terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi pasien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis dalam catatan perawatan. Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan.

2. Evaluasi sumatif (Evaluasi Hasil)

Evaluasi sumatif yaitu rekapitulasi dan kesimpulan dari hasil observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Evaluasi ini ditulis pada catatan perkembangan. Fokus evaluasi sumatif adalah

perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir asuhan keperawatan. Dalam evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna.

Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah tujuan tercapainya atau masalah teratasi: jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian: jika pasien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan, dan tujuan tidak tercapai atau masalah tidak teratasi: jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan direncanakan. Perumusan evaluasi sumatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

a S (Subjektif)

Data subjektif adalah hasil dari keluhan pasien, kecuali pada pasien yang afasia

b O (objektif)

Data objektif adalah hasil dari observasi yang dilakukan oleh perawat.

c A (analisis)

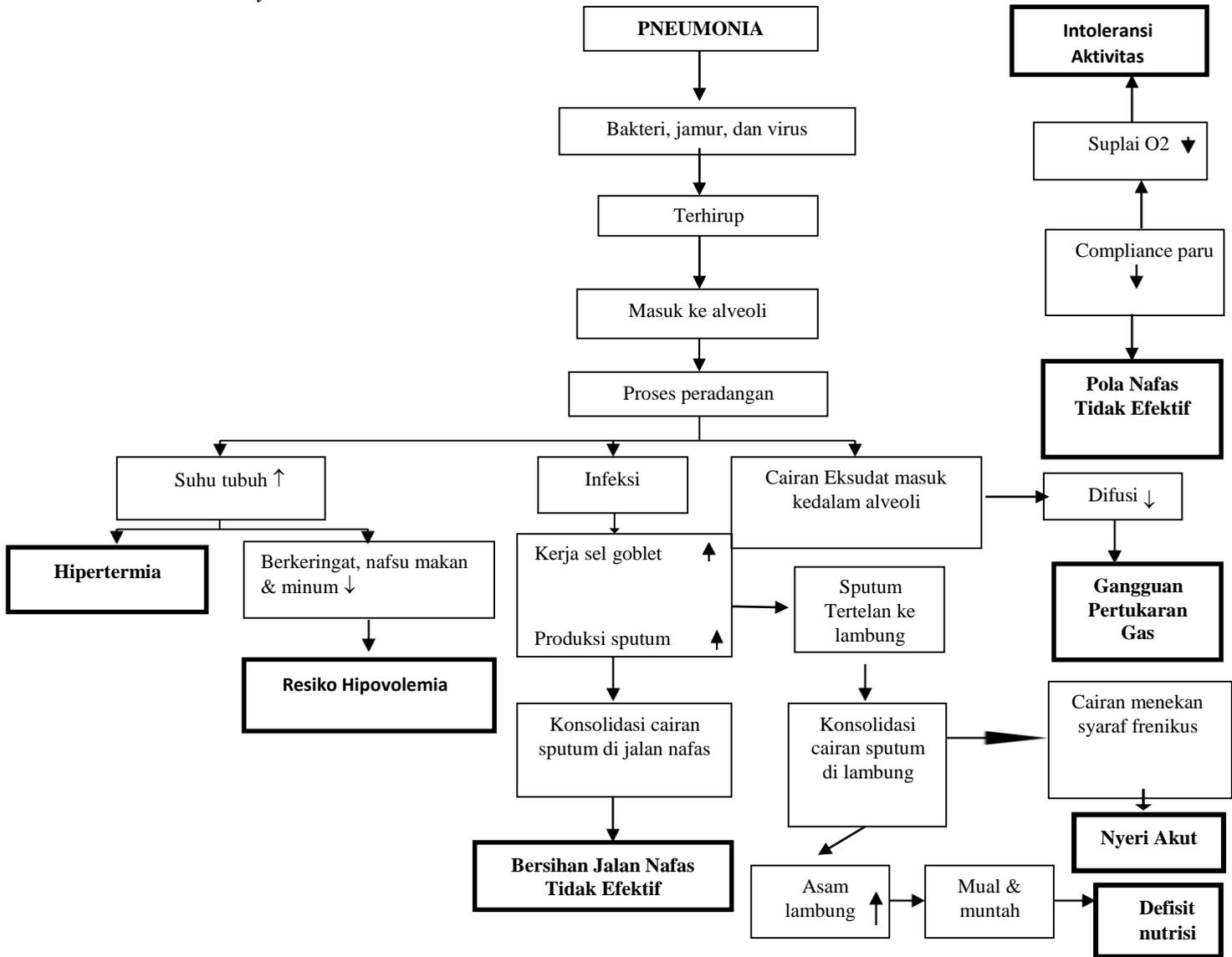
Masalah dan diagnosis keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif yang diperoleh

d P (perencanaan)

Perencanaan yaitu merencanakan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

2.2.5 Kerangka Masalah

Phatway Pneumonia



(Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017))

Gambar 3. 1 Kerangka konsep

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosis Medis Pneumonia maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 26 April 2021 sampai dengan 28 April 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 26 April 2021 Pukul 07.40 WIB Anamnesa diperoleh dari Pasien di Ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut dr. Ramelan Surabaya dengan File Nomor Register 66812xxx sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang Laki - Laki Dewasa bernama “Tn. S” usia 63 tahun, beragama Islam, Status Menikah mempunyai 4 Anak, anak pertama laki - laki , anak ke dua perempuan, anak ke tiga perempuan dan anak ke empat laki – laki. Pasien tinggal di Jalan menurun, Surabaya. Suku bangsa pasien jawa. Pendidikan terakhir pasien SMA, Pekerjaan pasien karyawan Swasta. Penanggung biaya pasien adalah dari BPJS Kesehatan. Pasien MRS Tanggal 21 April 2021 Pukul 09.00 WIB

3.1.2 Keluhan utama

Keluhan batuk berdahak

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan sebelum dirawat dirumah sakit sejak 2 minggu yang lalu pasien mengalami batuk berdahak warna kuning tidak ada sesak. Kemudian pasien mengatakan 21 April 2021 pukul 09.00 keluarga pasien membawa pasien berobat ke IGD Covid RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Saat di IGD pasien mengatakan tidak

deman. Nafsu makan menurun semenjak 2 minggu yang lalu. Pasien mengatakan tidak pilek, tidak muntah, pasien mengatakan tidak ada nyeri telan, pasien mengatakan BAB dan BAK dalam batas normal. Pasien mengatakan tidak kontak dengan pasien covid-19. Pasien mengatakan tidak keluar kota dalam waktu dekat. Setelah itu di rawat di ruang isolasi untuk observasi selama 2 hari. Kemudian pindah ke ruang H1 hari jumat, 23 April 2021 siang. Pada saat pengkajian hari Senin, 26 April 2021 pukul 07.40 WIB diperoleh data pasien mengatakan keadaannya baik, dan batuk berdahak. Terpasang infus di tangan kiri NS 0.9% 20 tpm/menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh hasil TD: 90/70 mmHg, N: 79x/menit, S: 36, 3°C, RR: 20x/menit dan SpO₂: 99 %.

3.1.4 Riwayat Penyakit Terdahulu.

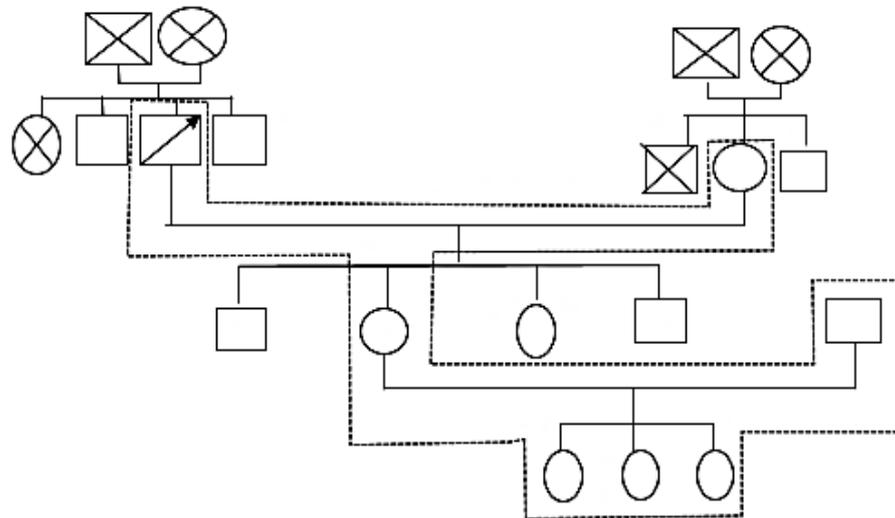
Pasien mengatakan pernah menderita TB Paru 5 tahun yang lalu. Pasien mengatakan di rawat di RSUD Soetomo dengan perawatan dan pengobatan tuntas. Pasien mengatakan menderita asam lambung.

3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga.

Pasien mengatakan saudara kandung pasien yang tidak tinggal serumah tetapi sering bertemu yakni kakak dan adik pasien pernah mengalami TB. Pasien mengatakan anaknya juga menderita TB dan dirawat 1 tahun yang lalu di rumah sakit Jakarta.

3.1.6 Genogram

Genogram : (minimal 3 generasi)



Gambar 2. 1 Genogram

Keterangan:

- Laki – Laki
- Perempuan
- ↗ Pasien
- ⊗ Meninggal
- Tinggal serumah

3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien tidak memiliki alergi terhadap jenis obat – obatan tertentu, makanan atau minuman.

3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik.

Saat pengkajian keadaan umum pasien nampak sedang, kesadaran Compos Mentis, Tanda-tanda Vital: Tekan darah 129/74 mmHg, Nadi: 104x/Menit, RR:

22x/Menit, Suhu: 36, 4°C, SpO₂: 99 %. Antropometri: Tinggi Badan: 178 Cm, Berat Badan Sebelum masuk Rumah Sakit: 56 Kg Berat Badan saat masuk Rumah Sakit: 52 Kg. GCS: 456 (15), EWS: 0.

3.1.9 B1 Pernapasan (Breath)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochoest, pergerakan dada simetris. Penggunaan otot bantu napas tambahan tidak ada, tidak ada retraksi dinding dada dan tidak ada penggunaan otot batu pernapasan. Irama napas regular. Pola napas eupnea. Kemampuan aktivitas tidak terbatas. Pada pemeriksaan palpasi terdapat fremitus vokal teraba di semua lapang paru. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara pekak dibagian kanan, dominan kanan atas dan kiri minimal. Pada pemeriksaan auskultasi terdapat suara napas tambahan, yaitu ronchi dan suara krakles atau rales yang terdengar seperti bunyi klik yang dihasilkan oleh exudat lengket saat pasien inspirasi, terdapat batuk keras. Sputum konsistensi kental, warna kekuningan, ekskresi dalam batas normal. Tidak ada sianosis. Kemampuan aktivitas pasien tampak tidak mampu untuk mengeluarkan sputum. RR: 22x/menit.

Masalah Keperawatan: Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

3.1.10 B2 Kardiovaskuler (Blood)

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat oedema, tidak terdapat perdarahan. Pada pemeriksaan palpasi, ictus cordis teraba pada ICS 4-5 mid clavicula sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung regular, CRT < 2 detik, akral teraba hangat, kering, merah, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tekanan darah 129/74 mmHg, nadi 104x/menit. Pada pemeriksaan perkusi terdapat

suara pekak. Pada pemeriksaan auskultasi terdapat bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.11 B3 Persarafan (Brain)

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien sedang, kesadaran compos mentis, GCS 456, bentuk kepala bulat simetris dan tidak ada kelainan, tidak ada paralisis atau kelumpuhan, fungsi otot normal. Bentuk hidung simetris, septum atau dinding pembatas hidung pasien normal terletak di tengah, tidak ada polip. Bentuk mata simetris dan tidak ada kelainan. Reaksi pupil normal isokor, reflek cahaya +/+ mengecil bila disinari, konjungtiva anemis normal merah muda, sklera tidak ikterik normal putih, lapang pandang pasien baik, bentuk telinga simetris, tidak ada kelainan pada telinga, kebersihan telinga baik, tidak ada alatbantu pendengaran. Bentuk lidah normal, ovula terletak simetris ditengah, tidak ada bengkak, palatum langit mulut normal. Kebersihan lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan, cara berbicara pasien jelas dan lancar. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudziynki (-), babinzky (-), kerniks (-). Pada pemeriksaan perkusi triceps (+/+), bisep (+/+), patella (+/+), dan Achilles (+/+).

1. Nervus I (Olfaktorius)

Sifatnya sensorik mensarafi system hidung yang membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari aroma rongga hidung ke otak. Pasien mampu mencium bau balsem.

2. Nervus II (Optikus)

Sifatnya sensorik, mensarafi system bola mata yang membawa rangsangan penglihatan ke otak. Pasien mampu membaca koran dengan jarak 30 cm.

3. Nervus III (Okulomotorius)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata) atau sebagai pembuka bola mata. Pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah kanan dan kiri.

4. Nervus IV (Trochlear)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital, sebagai pemutar bola mata. Pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah.

5. Nervus V (Trigeminus)

Sifatnya majemuk (sensorik-motorik) bertanggung jawab sebagai pengunyah.

Sensorik: Pasien mampu merasakan sentuhan tangan

Motorik: Pasien mampu menggertakkan gigi – gigi

6. Nervus VI (Abdusen)

Sifatnya motorik, sebagai pemutar bola mata ke arah luar. Pasien mampu melihat ke segala penjuru arah.

7. Nervus VII (Fasial)

Sifatnya majemuk (sensorik-motorik), yaitu sebagai mimik wajah dan menghantarkan rasa pengecap, asam, asin dan rasa manis.

Sensorik: Pasien mampu merasakan rasa buah – buahan.

Motorik: Pasien mampu tersenyum dan mengerutkan dahi.

8. Nervus VIII (Vestibulokokhlearis)

Sifatnya sensorik, saraf kranial ini mempunyai dua bagian sensoris yaitu audiotori dan vestibular yang berperan sebagai penerjemah. Pasien mampu mendengar suara dengan baik.

9. Nervus IX (Glosopharyngeal)

Berperan dalam menelan dan respon sensori terhadap rasa pahit di lidah. Pasien mampu menelan dan merasakan rasa pahit obat

10. Nervus X (Vagus)

Sifatnya majemuk (sensorik – motoric) mensarafi faring, laring dan palatum. Pasien mampu menelan.

11. Nervus XI (Asesoris)

Sifatnya motorik, saraf ini bekerja sama dengan vagus dengan memberi informasi ke otot laring dan faring. Otot bantu pernapasan sternokleidomastoideus tidak teraba dan terlihat. Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan

12. Nervus XII (Hipoglosal)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot lidah. Pasien mampu menjulurkan lidah.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.12 B4 Perkemihan (Blader)

Pada pemeriksaan inspeksi pasien tidak terpasang urine cateter. Daerah kemaluan bersih. Frekuensi urine sebelum masuk rumah sakit $\pm 5x/hari$, dengan jumlah urine $\pm 1200cc$ dalam 24 jam, warna urine agak keruh kuning. Sesudah masuk rumah sakit frekuensi berkemih sering $\pm 11x/hari$, dengan jumlah urine $\pm 1500 cc$ dalam 24 jam, warna bening terkadang keruh kekuningan. Pemeriksaan palpasi tidak ada distensi pada area kandung kemih. Tidak ada nyeri tekan.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.13 B5 Pencernaan (Bowel)

Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak bersih, membran mukosa kering pucat, tidak ada sariawan, tidak terdapat gigi palsu, tidak ada kelainan pada faring. Pola nutrisi SMRS: Pasien menyukai semua jenis makanan dan porsi makan 1 porsi habis dan semenjak MRS makan pasien hanya habis ½ porsi. Pola nutrisi MRS: Diit tinggi energy tinggi protein (TETP), lauk pauk dan sayur mayur sesuai indikasi team gizi. Pasien mengalami penurunan nafsu makan, tidak mual muntah. Pasien makan 3x sehari habis hanya ½ porsi, minum baik air putih, teh ± 2000 cc/hari, tidak ada nyeri telan. Bentuk perut datar, simetris, tidak ada kelainan pada abdomen, mengempis pada saat ekspirasi dan mengembang pada saat inspirasi. Peristaltik usus normal, pada auskultasi bising usus 10x/ menit (5-35x/ menit). Tidak ada kelainan pada rectum dan anus, tidak ada hemoroid. Pola eliminasi alvi SMRS: Pola BAB pasien 1x/hari dengan konsistensi padat, lembek, warna kuning kecoklatan. Pola eliminasi alvi MRS: 1x/ sehari dengan konsistensi lembek, warna kecoklatan. Pasien tidak ada pembuatan lubang di bagian abdomen, pasien tidak ada colostomi. Pada saat palpasi tidak teraba pembesaran pada hepar, tidak teraba pembesaran pada lien, tidak ada nyeri tekan abdomen. Perkusi timpani pada daerah lambung.

Masalah Keperawatan: Defisit Nutrisi

3.1.14 B6 Muskuluskeletal & Intergumen (Bone)

Pada pemeriksaan inspeksi pada pasien terdapat Rambut Putih, Kuantitas Tipis, Penyebaran Normal. Tidak ada scabies atau masalah kulit. Warna Kulit Sawo Matang. Kuku pasien Bersih. Turgor Kulit Normal, Elastis. Tampak setiap pergerakan pasien di bantu oleh istri dan pasien mengatakan badan lemas dan lelah

setiap melaksanakan aktivitas. Jaringan/trauma tidak ada, tidak pernah patah tulang.

Deformitas Tidak Ada Perubahan Bentuk Kaki

Kekuatan Otot	:	5555		5555
		5555		5555

Keterangan :

1. Kontraksi otot dapat dilihat atau dipalpasi.
2. Gerakan otot dengan bantuan Topangan.
3. Melawan gravitasi.
4. Dapat melawan gravitasi.
5. Normal.

Masalah Keperawatan: Intoleransi aktifitas

3.1.15 Endokrin

Tidak adanya pembesaran kelenjar getah bening, thyroid. Tidak punya riwayat gula darah tinggi, hyperglikemi. Pasien tidak punya riwayat gula darah rendah, hypoglikemi. Pasien mengatakan tidak punya riwayat diabeteter mellitus.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.16 Seksual Reproduksi.

Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada system ini. Pemeriksaan testis sendiri tiap bulan tidak ada kelainan. Tidak mengalami masalah disfungsi seksual yang berhubungan dengan penyakit.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.17 Kemampuan Perawatan Diri

Pasien SMRS mampu merawat perawatan diri secara mandiri, dari mandi, berpakaian/dandan, toileting/eliminasi, mobilitas di tempat tidur, berpindah,

bejalan naik tangga, hingga pemeliharaan rumah pasien tetap melakukannya sendiri. Pada saat pasien MRS aktivitas perawatan dirinya sedikit terganggu atau bahkan tidak mampu melakukannya dengan sendiri, sehingga memerlukan bantuan dari keluarga atau orang terdekatnya.

Aktivitas	SMRS	MRS	Skor:
Mandi	1	3	1 : Mandiri 2 : Alat bantu 3 :Dibantu orang lain dan alat 4:Tergantung/tidak mampu
Berpakaian/ dandan	1	3	
Toileting/ eliminasi	1	3	
Mobilitas di tempat tidur	1	3	
Berjalan	1	3	
Niak Tangga	1		
Berbelanja	1		
Memasak	1		
Pemeliharaan rumah	1		
Berpindah	1		
Alat bantu berupa: Tidak Ada			

Tabel 3. 1 Kemampuan Perawatan Diri

Masalah Keperawatan: Intoleransi aktivitas

3.1.18 Personal Hygiene

SMRS pasien mandi 2 x sehari, keramas 1 x seminggu, ganti pakaian 2 x sehari, menyikat gigi 2 x sehari dan memotong kuku 1 x seminggu. Ketika MRS pasien mandi 2 x sehari dengan cara di seka oleh istri, keramas 1 x 3 hari, ganti pakaian 1 x sehari, menyikat gigi 2 x sehari dan memotong kuku 1 x seminggu.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.19 Istirahat-Tidur

Sebelum masuk rumah sakit Pasien tidur siang pukul 13.00 – 15.00, istirahat tidur malam pukul 21.00 – 05.00 jumlah \pm 10 jam/hari. MRS: Pasien tidur siang pukul 13.00 – 15.00, tidur malam dari pukul 22.00 – 06.00 jumlah \pm 10 jam/hari.

Pasien memiliki kebiasaan kamar mandi dan berdoa sebelum tidur. Pasien mengatakan istirahat tidurnya tercukupi

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.20 Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio- -Spiritual

1. Persepsi terhadap sehat sakit:

Menurut pasien sehat adalah anugrah terbesar, kemampuan melakukan aktivitas dengan lancar. Sedangkan sakit adalah keadaan tubuh lemas dan tidak mampu melakukan aktivitas.

2. Konsep diri

a. Gambaran diri:

Pasien mengatakan keadaannya yang sekarang membutuhkan perawatan sampai bisa kembali pulang dan beraktivitas

b. Identitas diri:

Pasien mengatakan berjenis kelamin laki - laki berumur 63 tahun.

c. Peran diri :

Pasien adalah seorang ayah bekerja sebagai karyawan swasta supir bus transmetro Jakarta yang memiliki 4 orang anak, dan tinggal bersama istri, anak kedua, menantu dan tiga orang cucu

d. Ideal diri :

Pasien yakin sekali bisa sembuh dari penyakitnya dan bisa kembali bekerja, berkumpul bersama keluarga dan beraktivitas bermain bersama cucu serta aktivitas sehari – hari dirumah.

e. Harga diri :

Pasien mengatakan tidak malu dengan penyakit yang dialaminya. Kemampuan berbicara lancar, bahasa yang digunakan bahasa Jawa dan Indonesia. Pasien mampu beradaptasi terhadap masalah dengan baik, pasien tidak ansietas. Selama di rumah sakit kegiatan pasien hanya mengajak bicara istri dan anak. Selama di rumah sakit pasien tidak pernah berolah raga, dan kegiatan ibadah pasien selalu berdoa dan berdzikir meminta kesembuhan pada Allah.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.21 Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium Hematologi

Tgl pemeriksaan: Rabu, 22 April 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1.	WBC	5,88 uL	4.0 – 10.0
2.	Neutrofil	4,45 uL	2.0 – 7.0
3.	Neutofil	75,7 % uL	50.0 – 70.0
4.	Lyfosit	0,61 uL	0.8 – 4.0
5.	Lymfosit	10,5 % uL	20.0 – 40.0
6.	Monosit	0,63 uL	0.12-1.2
7.	Monosit	10,5% uL	3.0-12.0
8.	Eosinofi	0,19 uL	0.02-0.5
9.	Bassofil	0,0% uL	0.0-0.1
10.	HB	10,7 g/dL	13.2-17.3
11.	Hematokrit	30,6 %	37.0-54.0
12.	MCV	85,9 fL	80-100

13.	MCH	30,1 pg	27.0-34.0
14.	MCHC	35,0 g/dL	32.0-36.0
15.	RDW_CV	13,5%	11.0-16.0
16.	RDW_SD	42,9 fL	35.0-56.0
17.	PLT	434 uL	150.0-450.0
18.	MPV	8,0 fL	6.5-12.0
19.	PDW	15,1	15.0-17.0
20.	PCT	0,349%	0.108-0.5

Tabel 3. 2 Laboratorium Hematologi

Lab Faal Hemotasis

Tgl pemeriksaan: Rabu, 22 April 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1.	D- Dimmer	3120 ng/mL	<500 ng/mL

Tabel 3. 3 Hasil faal D-Dimmer

Lab Immunologi

Tgl pemeriksaan: Rabu, 22 April 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1.	Rapid swab antigen sars covid	Negatif	Negative
2.	Procalcitonin	< 0.10 ng/mL	< 0.1 ng/ mL

Tabel 3. 4 Hasil Laboratorium SARS Covid - 19

Lab Kimia

Tgl pemeriksaan: Rabu, 22 April 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1.	CRP	41.6 mg/L	< 10
2.	Gula darah acak	100 mg/dL	< 120.0
3.	SGOT	16 u/L	0 – 50

4.	SGPT	15 u/L	0 – 50
5.	Natrium	122.8 mmol/L	135.0 – 147.0
6.	Kalium	42.4	3.00 – 5.00

Tabel 3. 5 Hasil Laboratorium Kimia Klinik

Lab Mikrobiologi

Tgl pemeriksaan: Kamis, 23 April 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1.	ICT TB	Negative	Negative

Tabel 3. 6 Laboratorium mikrobiologi ITC TB

Lab Mikrobiologi

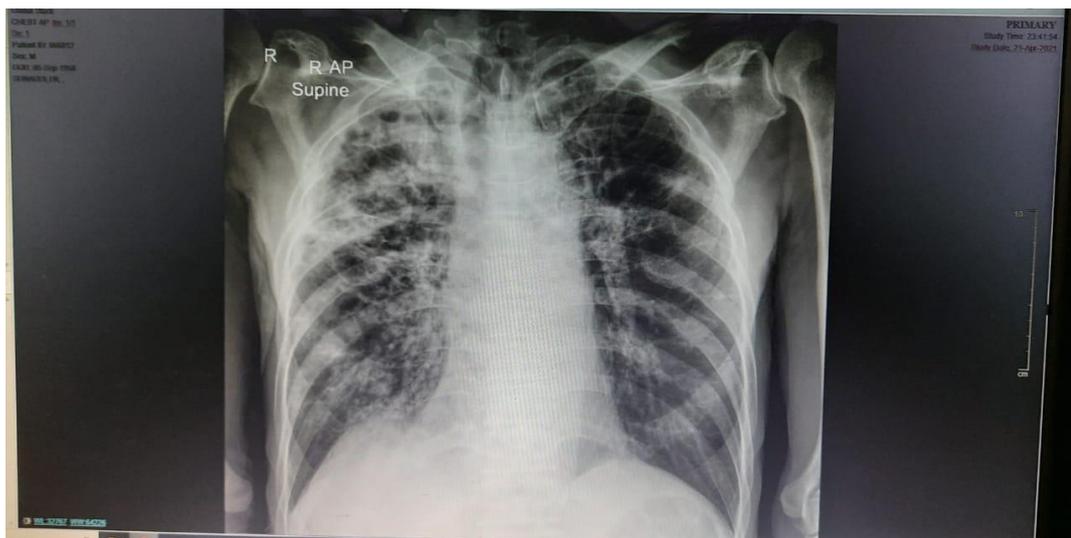
Tgl pemeriksaan: Jumat, 24 April 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1.	BTA	Negative	Negative
2.	TCM	Negative	Negative

Tabel 3. 7 Laboratorium Mikrobiologi

Photo :

Tanggal: 21 April 2021



Gambar 3. 2 Photo Thorax

Hasil pembacaan:

Kesan menyokong pneumonia kanan, kiri, atas (kiri minimal)

Lain-lain :

Terapi/ Tindakan Lain-lain:

Tgl: 22 April 2021

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1.	Nacl : RL 1:1	21 tpm	Intrvena	Untuk menggantikan cairan tubuh pengobatan dehidrasi isotonik
2.	Levofloxacin 500mg	I.M.M	Intravena	Untuk mengobati infeksi (pneumonia)
3.	Grahabion(KF)	1x1	Oral	Mengobati peradangan
4.	Acetylcysteine 200mg	3x1	Oral	Mengencerkan dahak
5.	Codein 10 mg	3x1	Oral	Untuk meredakan batuk

Tabel 3. 8 Daftar Obat

3.2. Analisa Data (Diagnosis Keperawatan)

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	<p>Data subyektif: Pasien mengatakan bahwa batuk berdahak dan tidak disertai sesak sudah sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>Data obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Tampak batuk dan susah mengeluarkan sekret 2. RR : 20x/ menit 3. SpO₂ : 99 4. Suara tambahan ronchi 	Sekresi yang tertahan	Bersihkan jalan napas tidak efektif D.0149 (SDKI, 18)
2	<p>Data subyektif: Pasien mengatakan berat badannya turun, tidak nafsu makan dan malas makan</p> <p>Data obyektif:</p> <p>A (Antropometri)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TB 178 2. BB sebelum sakit 56kg 3. BB setelah sakit 52kg 4. IMT 14. 6 kg/m² (18 – 20 kg/m²) <p>B (biokimia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HGB 10,7 (13,2 – 17.3) 2. Natrium 122.8 (135.0– 147.0) 3. Kalium 42.4 (3.00– 5.00) <p>C (Clinical) Pasien tampak lemas Mukosa tampak lembab</p> <p>D (Diit) Makanan yang disajikan 3 kali sehari hanya habis ½ porsi setiap makan</p>	Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien	Defisit nutrisi D.0019 (SDKI, 56)

3	<p>Data subyektif: Istri pasien mengatakan aktivitas pasien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri menggunakan infus.</p> <p>Data obyektif: Pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu saat menyeka badan. Selama di rumah sakit pasien banyak tidur. Ekstremitas bawah tampak edema</p> <table border="1" data-bbox="454 806 770 907"> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> </table> <p>Kekuatan Otot: 1. TD : 129/ 74 mmHg 2. Nadi: 104x/ menit 3. RR : 20x/ menit 4. Suhu: 36,4°C 5. SpO2: 99 %</p>	5555	5555	5555	5555	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas (SDKI, 128)
5555	5555						
5555	5555						

Tabel 3. 9 Analisa Data

3.3. Prioritas Masalah

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan D.0149 (SDKI, 18)	26 April 2021	28 April 2021	
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien D.0019 (SDKI, 56)	26 April 2021	27 April 2021	
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien merasa lemah. (SDKI Hal : 128)	26 April 2021	27 April 2021	

Tabel 3. 10 Prioritas Maslah

3.4 Intervensi Keperawatan (Rencana Keperawatan)

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan D.0149 (SDKI, 18)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapkan kebersihan jalan napas kembali efektif dengan kriteria hasil 1. Batuk berkurang (sampai hilang) 2. Produksi sputum menurun (sampai hilang) 3. ronchi menurun (sampai hilang) (SLKI, 18)	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga 2. Memonitor pola napas 3. Memonitor bunyi napas <p><i>Terapiotik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memberikan posisi semifowler atau fowler 5. Memberikan minum air hangat (1500- 2000cc/24 jam). <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari 7. Mengajarkan pasien teknik batuk efektif <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat sesuai advis dokter 9. Memberikan infus NaCl : RL 1:1 dosis 21 tpm 10. Memberikan obat Levofloxacin dosis 500mg melalui IV 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan baik dan saling percaya antara antara perawat, pasien dan keluarga merupakan hal mendasar dalam pemberian asuhan keperawatan agar pasien dan keluarga lebih terbuka dan kooperatif 2. Pola napas tidak stabil menandakan adanya komplikasi penyakit 3. Kelainan bunyi napas menandakan adanya secret berlebih 4. Untuk menghilangkan sebagian atau keseluruhan secret adalah dengan cara batuk 5. Posisi duduk yang tepat dan nyaman dapat meningkatkan keefektifitasan dalam batuk efektif 6. Prosedur ini merangsang batuk dan dada terasa hangat. 7. Tindakan ini mampu membantu pasien dalam pengeluaran sputum

			<p>11. Memberikan obat Codein dosis 10 mg 3x1 rute oral</p> <p>12. Memberiokan obat Grahabion(KF) 1x1 secara oral</p> <p>13. Memberikan obat Acetylcysteine 200mg 3x1</p> <p>(SIKI, 187)</p>	<p>8. Terapi obat dapat membantu pengeluaran lender</p> <p>9. Untuk menggantikan cairan tubuh pengobatan dehidrasi isotonic</p> <p>10. Untuk mengobati infeksi (pneumonia)</p> <p>11. Untuk meredakan batuk</p> <p>12. Untuk mengobati peradangan</p> <p>13. Untuk mengencerkan dahak</p>
2	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi D.0019 (SDKI, 56)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam di harapkan defisit nutrisi teratasi. Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan bertambah (habis 1 porsi tiap makan) 2. Keinginan makan meningkat 3. Asupan makanan meningkat 4. Stimulus untuk makan meningkat 5. Berat badan stabil (IMT 18,5 – 25.0) 6. Pasien menghabiskan 1 porsi makan yang disediakan 7. Laboratorium dalam batas normal 	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Memonitor berat badan 3. Memonitor asupan makanan 4. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Mengidentifikasi makanan yang disukai 6. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Memberikan makanan tinggi kalori tinggi protein <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Melakukan tindakan kolaborasi dengan ahli gizi dengan hasil diit TKTP (tinggi kalori tinggi protein) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi defisiensi nutrisi 2. Mengetahui perubahan berat badan pasien 3. Mengawasi masukan kalori atau masukan kualitas konsumsi makanan 4. Mengawasi masukan kalori atau masukan kualitas konsumsi makanan 5. Memungkinkan variasi sediaan makanan akan memungkinkan pasien untuk mempunyai pilihan makanan yang dapat disukai 6. Nilai laboratorium dalam batas normal 7. Membantu pemenuhan nutri selama dirumah sakit

		<ul style="list-style-type: none"> a. HG (13,2 – 17.3) b. Natrium (135.0– 147.0) c. Kalium (3.00– 5.00) (SLKI, 68,121)	(SIKI, 200)	8. Memperbaiki kekurangan nutrisi dan membantu mengembalikan kekurangan cairan sehingga membantu proses penyembuhan
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien merasa lemah. (SDKI Hal : 128)	Setelah melakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam maka Toleransi aktivitas meningkat dengan Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat (80-100 x/menit) 2. Tekanan darah membaik (100-120/60-80 mmHg) Frekuensi napas membaik(18 – 20 x/menit) 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4. Kecepatan berjalan meningkat 5. Jarak berjalan meningkat 6. Perasaan lemah menurun 7. Keluhan lelah menurun (SLKI Hal : 149)	<i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau selama bergerak atau beraktivitas <i>Terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none"> 3. Melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 4. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. 5. Memberikan aktifitas distraksi yang menenangkan <i>Edukasi</i> <ul style="list-style-type: none"> 6. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Mengajarkan melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis (SIKI, 176)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perkembangan dari pasien 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau selama bergerak atau beraktivitas 3. Membantu dalam pemenuhan mobilisasi gerak aktif dan pasif 4. Mendukung untuk melakukan ambulasi dini duduk dengan berjalan 5. Mengajarkan untuk ambulasi mengubah posisi dari berbaring ke posisi setengah duduk 6. Untuk melatih otot – otot sehingga berfungsi dengan baik dan tidak terjadinya kaku 7. Pentingnya aktivitas sehingga dapat kooperatif dalam tindakan keperawatan.

Tabel 3. 11 Intervensi Keperawatan

3.5 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

26 April 2021

No DX	Tanggal Jam	Tindakan Keperawatan	TTD Perawat	Waktu (tanggal & jam)	Catatan perkembangan	TD Perawat
Dinas Pagi. 26 /04/2021				26 April 2021 13.45	Diagnosis 1: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan S: 1. Pasien mengatakan batuk 2. sejak 2 minggu yang lalu O: 1. ronchi (+) 2. RR: 24x/menit A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor pola, bunyi napas 2. Ajarkan pasien teknik batuk efektif 3. Berikan minum air hangat Diagnosis 2: Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien S : Istri pasien mengatakan pasien tidak mau menghabiskan	
1 2 3	07.30	Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien				
1 2 3	08.00	Melakukan tindakan pengkajian pada pasien Tn.S dengan Pneumonia Hasil: Keadaan umum pasien: composmentis, pola napas eupnea frekuensi napas, EWS 3. TD: 90/70 mmHg, N: 79x/menit, S: 36, 3°C, RR: 20x/menit dan SpO2: 99 %.				
1	10.00	Memantau respirasi dan status oksigen atau saturasi oksigen Hasil: RR: 20, SpO2 : 96%				
1	10.50	Mengajarkan pasien batuk efektif				

		Hasil: Pasien dapat melakukan batuk efektif secara mandiri				
13	11.00	Melakukan observasi tanda – tanda vital Hasil: TD: 129/74 N;104 S;36,4 SpO2: 99 % RR: 24 x/ menit				
2	11.05	Menimbang berat badan pasien Hasil: BB sebelum masuk rumah sakit: 56 Kg. BB Setelah sakit 52kg				
2	11.30	Menyajikan diet pasien sesuai kolaborasi dengan ahli gizi Hasil: Pasien diit TETP (tinggi energy tinggi protein) nasi, lauk sayur dan buah				
2	11.32	Membantu pasien makan Hasil: Habis ½ porsi				
						<p>makanannya, pasien hanya makan ½ porsi</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak kurus 2. BB 52kg <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi <p>Diagnosis 3: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien merasa lemah.</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa duduk dan berdiri</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sudah bisa duduk tetapi belum berani berjalan 2. TD : 129/ 74 mmHg

1 2 3	12.00	Membantu pasien minum obat yang telah diresepkan sesuai advis dokter Hasil: Memberikan terapi sesuai advis dokter. Terapi oral NAC 400mg 1 tab. Codein 15 mg 1 tab				3. Nadi : 104x/ menit 4. RR : 20x/ menit 5. Suhu : 36,4°C 6. SpO2 : 99 A: Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Ajarkan Mobilisasi Dini
2 3	13.00	Mengecek keadaan pasien adanya alergi Hasil: Tidak ada alergi				
3	13.05	Mengajarkan dan mengedukasi pasien untuk melaksanakan gerak kecil Hasil: Pasien dapat duduk tetapi belum bisa berjalan ke kamar				
1	13.25	Menganjurkan pasien sering minum air hangat dan asupan cairan 2000ml/ hari				
1 2 3	13,30	Mengecek kenyamanan istirahat tidur pasien Hasil: Pasien tampak beristirahat dengan nyaman				

Tabel 3. 12 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

27 April 2021

No DX	Tanggal Jam	Tindakan Keperawatan	TTD Perawat	Waktu (tanggal & jam)	Catatan perkembangan	TTD Perawat
Dinas Sore. 27 /04/2021				27 april 2021	Diagnosis 1 Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan S: Pasien mengatakan batuk sudah berkurang O: 1. Ronchi (+) 2. RR: 20x/menit A: Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor pola, bunyi napas 2. Ajarkan pasien teknik batuk efektif 3. Berikan minum air hangat Diagnosis 2 Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi S : Istri pasien mengatakan pasien mau makan secara mandiri O : 1. Pasien sudah mau makan	
1 2 3	13.30	Mengecek keadaan umum pasien Hasil: Keadaan umum pasien composmentis, Pasien masih batuk. SpO2 97% tanpa menggunakan O2, skala nyeri 0				
1	14.00	Menganjurkan pasien minum air hangat dan mengajarkan pasien batuk efektif				
1 2 3	15.00	Mengukur TTV Hasil: - TD: 110/80, - N: 85, - S: 36,4, - RR 20 x/menit - SpO2: 99%				
1 3	17.15	Memberikan posisi yang nyaman pada pasien (semifowler)				

1 2 3	17.30	Memberikan terapi oral sesuai advis dokter Hasil: Terapi oral sesuai advis dokter. Terapi oral NAC 400mg 1 tab. Codein 15 mg 1 tab		<p>sendiri dan habis 1 porsi</p> <p>2. BB 52kg. Tidak ada penurunan berat badan</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi <p>Diagnosis 3</p> <p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien merasa lemah</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa duduk, berjalan tanpa bantuan orang lain</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sudah beraktivitas secara mandiri dan ke kamar mandi sendiri 2. TD: 110/80, 3. N: 85, 4. S: 36,4, 5. SpO2: 99% <p>A: Masalah teratasi</p>
2	17.45	Menyajikan diit pasien sesuai hasil kolaborasi dengan tim gizi Hasil: Diit TETP (tinggi energy tinggi protein) 1 porsi habis		
3	18.00	Menganjurkan pasien menggerakkan badan dan memonitor aktivitas pasien Hasil: Pasien mampu berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan		
2	18.10	Mengobservasi tanda gejala alergi makanan Hasil: Pasien tidak ada tanda alergi		
1 2 3	19.30	Monitor keadaan umum pasien dan mengecek tanda – tanda vital pasien Hasil: Composmentis, GCS 4 5 6, – TD: 110/80,		

		<ul style="list-style-type: none"> - N: 85, - S: 36,4, - RR 20 x/menit - SpO2: 99% - Suara napas ronchi (+) 				<p>P: Hentikan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif secara sistemati 	
1 2 3	19.40	Mengganti cairan infus pasien Hasil: NaCl 21 tpm					
2	19.50	Menimbang berat badan pasien Hasil: BB: 52Kg, Tidak ada penurunan berat badan					
1	20.00	Menganjurkan pasien istirahat dan belajar teknik napas dalam Hasil: Pasien kooperatif dalam penerimaan edukasi					
1	21.00	Menganjurkan pasien minum air hangat kemudian melaksanakan istirahat malam					

28 April 2021

No DX	Tanggal Jam	Tindakan Keperawatan	TTD Perawat	Waktu (tanggal & jam)	Catatan perkembangan	TTD Perawat
Dinas Pagi. 28 /04/2021				28 April 2021	Diagnosis 1 Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan S: Pasien mengatakan batuk sudah hilang O: 1. Ronchi (-) 2. Sputum (-) 3. Batuk (+) 4. RR: 20x/menit 5. Pola napas eupnea A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi. Pasien pulang hentikan Intervensi, 1. Berikan edukasi pentingnya menjaga pola hidup 2. Berikan discharger planning 3. Jadwal kontrol 4. Cara minum obat	
1 2 3	07.30	Menanyakan keluhan pasien Hasil: Pasien mengatakan masih batuk tetapi tidak ada dahak. Suara ronchi tidak ada				
1 3	08.00	Memberikan posisi semifowler pada pasien				
1 2 3	09.00	Mengecek keadaan umum pasien dan mendampingi visite dokter Hasil: Avis dokter pasien KRS dan kembali kontrol tgl 6 Mei 2021				
1	09.30	Mengambil sampel sputum untuk di observasi Hasil: Sputum BTA - pasien TCM TH --				
1 2 3	09.45	Membantu pasien minum obat Hasil:				

		Codein 3 x 10 mg Pro tablet Grahabion 1 x 1 NAC 3 x 1 Terapi lain sesuai DPJP			
1	10.00	Memantau respirasi dan oksigen pasien Hasil: Tidak ada suara tambahan. SpO2 97% tanpa penggunaan O2			
1 2 3	11.45	Memberikan informed consent persiapan pasien pulang Hasil: 1. Persiapan pasien pulang 2. Menyiapkan assessment pasien 3. Memberitahu jadwal control pasien 4. Memberitahu tentang cara dan dosis minum obat 5. Memberikan edukasi tentang penyakitnya			
1 3	11.00	Melaksanakan observasi TTV Hasil: TD: 128/ 82, N: 88, S: 36,5 ,			

		RR: 20, SpO2 97%				
2	11.30	Menyajikan diet Hasil: Diet TETP (tinggi energy tinggi protein) Habis 1 porsi				
3	13.00	Mengobservasi adanya alergi Hasil: Tidak ada tanda alergi				
1 2 3	13.30	Memberi edukasi pasien mengenai tatacara penanganan penyakitnya				

3.6 Evaluasi Sumatif

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi sumatif
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (28 April 2021)	<p>S: Pasien mengatakan batuk sudah hilang</p> <p>O: 1. Ronchi (-) 2. Sputum (-) 3. Batuk (+) 4. RR: 20x/menit 5. Pola napas eupnea</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi.</p> <p>Pasien pulang hentikan Intervensi, 1. Berikan edukasi pentingnya menjaga pola hidup 2. Berikan discharger planning 3. Jadwal kontrol 4. Cara minum obat</p>
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (27 April 2021)	<p>S : Istri pasien mengatakan pasien mau makan secara mandiri</p> <p>O : 1. Pasien sudah mau makan sendiri dan habis 1 porsi 2. BB 52kg. Tidak ada penurunan berat badan</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi 1. Kaji adanya alergi makanan</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
3	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien merasa lemah (27 April 2021)</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa duduk, berjalan tanpa bantuan orang lain</p> <p>O: Pasien tampak sudah beraktivitas secara mandiri dan ke kamar mandi sendiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD: 110/80, 2. N: 85, 3. S: 36,4, 4. SpO2: 99% <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>Anjurkan melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif secara sistemati</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan Diagnosis Medis Pneumonia di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 26 April 2021 sampai dengan 28 April 2021 selama 3 hari. Dalam 3 hari tersebut penulis telah mencoba menerapkan dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosis medis Pneumonia sesuai dengan teori – teori yang ada. Ada beberapa hal yang dapat dibahas dan diperhatikan dalam penerapan dan pengaplikasian asuhan keperawatan. Maka melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan dan kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dengan kenyataan yang ditemukan di lahan praktek lapangan. Oleh karena itu, dalam bab ini akan dibahas kesenjangan dan kesamaan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus dengan mencari factor-faktor pendukung, kesenjangan dan kesamaan yang terjadi akan diuraikan dengan menggunakan langkah-langkah proses keperawatan. Penulis melakukan pengkajian pada Tn. S dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan asuhan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk

melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tujuan kasus tidak banyak kesenjangan. Pada tinjauan pustaka yang didapat pada pengumpulan data di temukan keluhan utama biasanya ditandai dengan adanya demam, menggigil, berkeringat, batuk baik non produktif atau produkti, sakit dada karena sesak, anoreksia, muntah, diare, nyeri abdomen, sumbatan nasal, batuk dan sakit tenggorokan. Saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan sekarang penulis tidak menemukan kesenjangan terhadap tanda dan gejala yang di temukan di teoritis dengan tinjauan kasus. Karena tanda dan gejala yang ditemukan di tinjauan kasus yaitu: nafsu makan menurun, batuk, dan pernapasan cepat (tachypnea). Pasien mengatakan pernah menderita TB Paru 5 tahun yang lalu. Pasien mengatakan di rawat di RSUD Soetomo dengan perawatan dan pengobatan tuntas. Pasien tidak memiliki riwayat DM. Pasien mengatakan menderita asam lambung. Tidak ada alergi terhadap jenis obat.

Dari hasil pengkajian riwayat penyakit keluarga salah satu dari diantara anggota keluarga ada yang pernah menderita TB. Pasien mengatakan saudara kandung pasien yang tidak tinggal serumah tetapi sering bertemu yakni kakak dan adik pasien pernah mengalami TB. Pasien mengatakan anaknya juga menderita TB dan dirawat 1 tahun yang lalu di rumah sakit Jakarta. Pasien juga mengungkap dan mempercayai jika keterkaitan dengan pola hidup sehat yang dijalani setiap harinya sangat memfaktori timbulnya kanker bukan termasuk salah satu penyebab pada tubuh pasien, hal ini dijelaskan pasien saat pengkajian, pasien mengungkapkan pola hidup sehat selalu di terapkan di keluarganya. Terkait dengan Sistem pemeriksaan

fisik yang terfokus pada B1 – B6 tidak ada perubahan signifikan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, hanya saja pada kemampuan perawatan diri terdapat pengurangan perubahan kebiasaan yang dari biasanya sebelum masuk rumah sakit dilaksanakan secara mandiri, tetapi kini pada saat masuk rumah sakit pasien mengalami keterbatasan aktivitas. Sehingga seluruh aktivitasnya dibantu oleh istri. Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan lainnya yaitu tentang Diagnosa Keperawatan

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan D.0149 (SDKI, 18)
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler D.0003 (SDKI, 22)
3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas D.0005 (SDKI,26)
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis D.0077 (SDKI,172)
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi D.0019 (SDKI, 56)
6. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit D.0130 (SDKI, 284)
7. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen D.0056 (SDKI, 128)
8. Resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif D.0034 (SDKI, 85)

Dari delapan diagnosis yang muncul pada tinjauan pustaka, maka penulis memprioritaskan masalah utama berdasarkan prioritas yang dapat dilihat dari kondisi pasien yang mengancam nyawa sesuai dengan kebutuhan Hirarki Maslow Terdapat 3 diagnosis keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
D.0149 (SDKI, 18)

Peradangan pada penyakit pneumonia mengakibatkan produksi sekret meningkat sehingga menimbulkan munculnya masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas. Obstruksi saluran napas yang disebabkan oleh menumpuknya sputum pada jalan napas dapat mengakibatkan ventilasi menjadi tidak adekuat. Karena menumpuknya sputum pada jalan napas dapat mengakibatkan ventilasi menjadi tidak adekuat dan peningkatan produksi sputum yang mengakibatkan bersihan jalan napas terganggu seperti pemasangan cuping hidung, dyspnea, suara ronchi dan suara krekels saat diauskultasi.

Pada pasien diperoleh data sebagai berikut:

- a. Data subyektif:

Pasien mengatakan bahwa batuk berdahak dan tidak disertai sesak sudah sejak 2 minggu yang lalu

- b. Data obyektif:

Pasien Tampak batuk dan susah mengeluarkan sekret

RR : 20x/ menit

SpO₂ : 99

Suara tambahan ronchi

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
D.0019 (SDKI, 56)

Dikarenakan adanya virus, bakteri, jamur yang masuk ke invasi saluran napas bawah kemudian bakteri berkembang di alveolus sehingga menimbulkan peradangan yang hebat dan menghasilkan sputum. Semakin lama peradangan yang terjadi alveolus maka produksi sputum semakin meningkat. Jika bakteri penyebab Pneumonia terbawa bersamaan dengan makanan yang masuk ke lambung maka dapat terjadinya peningkatan asam lambung yang menyebabkan adanya mual, muntah, dan anoreksia, sehingga timbul masalah defisit nutrisi. Individu yang tidak mendapatkan asupan gizi yang cukup dapat menyebabkan tubuh mengalami kekurangan asupan energi, protein, dan dapat mempengaruhi sistem pertahanan tubuh sehingga menghambat pembentukan sistem antibodi terhadap mikroorganisme maka tubuh mudah sekali terkena infeksi

Pada pasien diperoleh data sebagai berikut:

- a. Data subyektif:

Pasien mengatakan berat badannya turun, tidak nafsu makan dan malas makan

- b. Data obyektif:

- 1) A (Antropometri)

a) TB 178

b) BB sebelum sakit 56kg

c) BB setelah sakit 52kg

d) IMT 14.6 kg/m² (18 – 20 kg/m²)

2) B (biokimia)

- a) HGB 10,7 (13,2 – 17.3)
- b) Natrium 122.8 (135.0–147.0)
- c) Kalium 42.4 (3.00– 5.00)

3) C (Clinical)

Pasien tampak lemas Mukosa tampak lembab

4) D (Diit)

Makanan yang disajikan 3 kali sehari hanya habis ½ porsi setiap makan

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien merasa lemah. (SDKI Hal : 128)

Infeksi akut yang mengakibatkan inflamasi pada parenkim paru yang dapat menyebabkan alveoli mengalami peradangan kemudian terjadi penimbunan cairan yang mengakibatkan gangguan pertukaran gas sehingga suplai oksigen didalam tubuh berkurang. Karna suplai oksigen berkurang maka terjadinya kematian sel, kelumpuhan, kelemahan, hipoksemia dan penurunan kesadaran bahkan bisa sampai kematian

Pada pasien diperoleh data sebagai berikut:

a. Data obyektif:

Pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu saat menyeka badan.
Selama di rumah sakit pasien banyak tidur

b. Data obyektif:

Pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu saat menyeka badan.
Selama di rumah sakit pasien banyak tidur

4.3 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), ketrampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil telah ditetapkan. Diganosis keperawatan prioritas yang kami angkat sebagai berikut:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan kebersihan jalan napas kembali efektif dengan kriteria hasil Batuk berkurang (sampai hilang), Produksi sputum menurun (sampai hilang), ronchi menurun (sampai hilang).

Rencana tindakan yang dilakukan: Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga, Memonitor pola napas, Memonitor bunyi napas, Memberikan posisi semifowler atau fowler, Memberikan minum air hangat (1500- 2000cc/24 jam). Menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari, Mengajarkan pasien teknik batuk efektif, Melakukan tindakan

kolaborasi pemberian obat sesuai advis dokter, Memberikan infus nacl : RL 1:1 dosis 21 tpm, Memberikan obat Levofloxacin dosis 500mg melalui IV.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam di harapkan defisit nutrisi teratasi. Dengan kriteria hasil: Nafsu makan bertambah (habis 1 porsi tiap makan), Keinginan makan meningkat, Asupan makanan meningkat, Stimulus untuk makan meningkat, Berat badan stabil (IMT 18,5 – 25.0), Pasien menghabiskan 1 porsi makan yang disediakan, Laboratorium dalam batas normal: HG (13,2 – 17.3), Natrium (135.0– 147.0), Kalium (3.00– 5.00).

Rencana tindakan yang dilakukan: Mengidentifikasi status nutrisi, Memonitor berat badan, Memonitor asupan makanan, Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, Mengidentifikasi makanan yang disukai, Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, Memberikan makanan tinggi kalori tinggi protein, Melakukan tindakan kolaborasi dengan ahli gizi dengan hasil diit TKTP (tinggi kalori tinggi protein)

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien merasa lemah.

Setelah melakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: frekuensi nadi meningkat (80-100 x/menit), tekanan darah membaik (100-120/60-80 mmhg) frekuensi napas membaik (18 – 20 x/menit), kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, perasaan lemah menurun, keluhan lelah menurun.

Rencana tindakan yang dilakukan: mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau selama bergerak atau beraktivitas, melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, memberikan aktifitas distraksi yang menenangkan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menganjurkan melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan realisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan terkordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosis pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya di rumah sakit. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal – hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: Adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya. Tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1. Pada masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dilakukan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga, memonitor pola napas, memonitor bunyi napas, megajarkan pasien teknik batuk efektif, memposisikan semifowler atau fowler, memberikan minum air hangat (1500- 2000cc/24 jam) dan memberian obat bronkodilator, ekspektoran, mukolitik jika perlu.
2. Pada masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien. Dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi status nutrisi, memonitor berat badan, memonitor asupan makanan, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien , menganjurkan makan sedikit tapi sering, memonitor berat badan, mengidentifikasi makanan yang disukai, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium dan memberikan obat dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jumlah nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.
3. Sedangkan pada masalah keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien merasa lemah. Dilakukan tindakan mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, memonitor lokasi dan sifat ketidak nyamanan atau selama bergerak atau beraktivitas, memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendipasif atau aktif, memfasilitasi menyusun rentang gerak aktif atau pasif, memberikan penguatan melakukan latihan bersama, menjelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan rencanakan bersama, menganjurkan pasien duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai) atau di kursi dan

menganjurkan melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis.

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

4.5 Evaluasi

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

1. Pada waktu dilaksanakan evaluasi Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan kebutuhan pasien terpenuhi selama 3 x 24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan masalah teratasi pada tanggal 28 April 2021.
2. Pada diagnosis ke dua defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi masalah teratasi dalam 2 x 24 jam karena tindakan yang tepat dan pasien kooperatif sehingga masalah teratasi pada tanggal 27 April 2021.
3. Pada diagnosis intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan penulis memerlukan waktu selama 2 x 24 jam dan hasil evaluasi pada tanggal 27 April 2021 masalah teratasi.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn. S sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 28 April 2021.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis pneumonia paru di ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis pneumonia

5.1 Simpulan

Dari hasil urian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis pneumonia, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian pasien didapatkan batuk berdahak, terdapat suara tambahan ronchi, RR 20 x/ menit, SpO₂ 99%, pasien tidak nafsu makan, berat badan sebelum sakit 56 kg dan berat badan setelah sakit 52 kg. Didapatkan hasil natrium 122.8 mmol/L, Hb 10,7 g/dL, pasien tampak lelah dan mengeluh lemah.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah bersihan jalan napas tidak efektif, defisit nutrisi dan intoleransi aktifitas.
3. Intervensi atau perencanaan pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan bersihan jalan napas efektif. Kriteria hasil batuk berkurang, produksi sputum menurun sampai hilang, suara tambahan ronchi menurun sampai hilang. RR normal 18 – 20 x/ menit

napas reguler. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil Nafsu makan bertambah, Berat badan stabil, Pasien menghabiskan 1 porsi yang disediakan dan hasil laboratorium dalam batas normal. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil Frekuensi nadi dalam batas normal (80-100 x/menit), tekanan darah dalam batas normal (100-120/60-80 mmHg), frekuensi napas dalam batas normal (18 - 20 X/menit), Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, perasaan lemah menurun, keluhan lelah menurun, pasien tampak melakukan aktivitas secara mandiri dan pasien tidak mengeluh lelah.

4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan diagnosis pneumonia menganjurkan pasien untuk dapat melaksanakan batuk efektif secara mandiri dikarenakan pada pasien dengan diagnosis medis pneumonia suspect Tb paru terdapat sekret dan suara ronchi, dengan dilakukan tindakan batuk efektif sekret dan suara ronchi menurun. Untuk menyelesaikan masalah tersebut penulis melibatkan pasien dan keluarga secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat, pasien dan keluarga.
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi Tn. S

sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 28 April 2021.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi pasien

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga serta tim kesehatan lainnya

5.2.2 Bagi perawat

1. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis pneumonia
2. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya dalam bidang pengetahuan.
4. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

5.2.3 Bagi Rumah Sakit

1. Hasil studi kasus ini akan menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis pneumonia dengan baik
2. Melalui petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit diharapkan lebih aktif dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan cara memberikan penyuluhan pada masyarakat tentang masalah kesehatan khususnya tentang sanitasi fisik rumah dan pneumonia sehingga pemahaman dan sikap masyarakat tentang sanitasi fisik rumah akan semakin baik. Dan mampu menekan angka kejadian pneumonia. Program perawatan masyarakat harus lebih digiatkan lagi dengan melibatkan seluruh unsur tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit serta sehingga program kesehatan yang dilaksanakan di masyarakat bisa lebih mengenai sasaran dan tercapainya tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

5.2.4 Bagi Masyarakat.

1. Diharapkan bagi masyarakat untuk lebih menambah pengetahuannya tentang sanitasi fisik rumah untuk mengurangi resiko terjadinya pneumonia yang nantinya akan berdampak pada derajat kesehatan masyarakat

5.2.5 Bagi penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Abdjul, R. L., & Herlina, S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia : Study Kasus Indonesian Journal of Health Development*. 2(2), 102–107. <https://ijhd.upnvj.ac.id/index.php/ijhd/article/view/40>
- Ardiasnyah, M. (2012). *Medikal Beddah Untuk Mahasiswa*. Yogyakarta: Diva Press.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Laporan Provinsi Jawa Timur Riskesdas 2018. In *Kementerian Kesehatan RI*. <https://drive.google.com/drive/folders/1XYHFQuKucZIwmCADX5ff1aDhfJgqzI-l%0A>
- Dahlan, A., & Suroto. (2013). *Tata Laksana Respirologi Respirasi Kritis* (A. Z. Dahlan & S. Y (eds.); Edisi ke-2). Pneumonia bakteri.
- Harifiant, D. A. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. B Dengan Kasus Pneumonia Di Ruang Bougenville Rsud Dr. H Koesnadi Bondowoso*. <http://repository.unmuhjember.ac.id/6237/1/ARTIKEL.pdf>
- Huda, A., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis* (N. Hamdahni rahil (ed.); Edisi Revi). Mediacion.
- Kemenkes. (2018). *Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf*. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (p. 198). http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- Malaysia, D. of S. (2016). *Department of Statistic*.
- Muttaqin, A. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Nanda. (2015). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah: Diagnosis NANDA-I 2015-2017, Intervensi NIC, Hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Nurarif & Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA (NIC-NOC)*. Jogjakarta: Mediacion.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 3*.
- Piliyanti, M. (2020). Gambaran Kondisi Fisik Rumah Penderita Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Karang Tahun 2020. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 8–33. <http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/1700>
- Price, S. A. (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses - Proses Penyakit* (Edisi 6 Vo). Jakarta: EGC.
- Purnama, F. (2018). *Non-Pneumonia Anak Rawat Jalan Di Rsud Kota Ita La Tho , Fenita Purnama Icd-10*. 2(1).
- Ryusuke, A. A. A. K. D. & O. (2017). *Tugas Responsi Pneumonia*.

- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta :Graha Ilmu.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. In *Dewan Pengurus Pusat PPNI*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Wartolah, & Tarwoto. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edissi: 4*. (Edissi: 4). Jakarta.
- World Health Organization (WHO). (2019). *World Health Organization. 2019. Pneumonia*.

Lampiran

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR MELAKUKAN SKIN TEST (INTRA CUTAN)	
PENGERTIAN	Suatu kegiatan memasukan obat secara benar dan efektif untuk menghindari terjadinya alergi obat
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah tindakan keperawatan dalam melaksanakan tindakan test obat suntik (skin test) untuk menghindari reaksi alergi pasien terhadap obat yang diberikan
KEBIJAKAN	Dilakukan pada pasien-pasien untuk program pengobatan antibiotik
PROSEDUR	<p>1. PERSIAPAN ALAT</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Meja atau baki 1.2 Obat yang akan diberikan 1.3 Aquabides 1.4 Bak spuit berisi kapas alcohol 1.5 Sarung tangan 1.6 Spuit 1 cc 1.7 Neddle 1.8 Alas kerja/perlak 1.9 Pulpen dan jam 1.10 Bengkok <p>2. PERSIAPAN PASIEN</p>

	<p>2.1 Pasien diberi inform consent</p> <p>2.2 Atur posisi pasien dan peralatan yang akan digunakan</p> <p>2.3 Jaga privacy pasien</p> <p>3. PELAKSANAAN</p> <p>3.1 Perawat mencuci tangan</p> <p>3.2 Tanyakan nama pasien</p> <p>3.3 Beri etiket obat untuk mencegah kekeliruan (6 benar)</p> <p>3.4 Dekatkan alat</p> <p>3.5 Gunakan sarung tangan</p> <p>3.6 Oplos obat, ambil 0,1 cc obat campur dengan aquabides dengan perbandingan (1:9)</p> <p>3.7 Atur posisi</p> <p>3.8 Pasang perlak, lakukan desinfeksi, biarkan mongering</p> <p>3.9 Lakukan skin test (intra cutan) dengan posisi penyuntikan 15 derajat</p> <p>3.10 Lingkari area penyuntikan dengan menggunakan pulpen dengan diameter 2,5 cm, beri jam pemeriksaan hasil</p> <p>3.11 Perawat membereskan alat</p> <p>3.12 Perawat mencuci tangan</p> <p>4. EVALUASI</p>
--	--

	<p>Lihat hasil skin test,alergi apa tidak dengan obat yang akan di berikan</p> <p>5. DOKUMENTASI</p> <p>Mendokumentasikan tindakan keperawatan dalam rekam medic pasien</p>
--	--

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur IC

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR	
BATUK EFEKTIF	
PENGERTIAN	Latihan mengeluarkan secret yang terakumulasi dan mengganggu di saluran napas dengan cara dibatukkan
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membebaskan jalan napas dari akumulasi secret 2. Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostic laborat 3. Mengurangi sesak napas akibat akumulasi secret
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan gangguan saluran napas akibat akumulasi secret 2. Pemeriksaan diagnostic sputum di laboratorium
PERALATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kertas tissue 2. Bengkok 3. Perlak pengalas 4. Sputum pot berisi desinfektan 5. Air minum hangat
PROSEDUR PELAKSANAAN	<ol style="list-style-type: none"> A. Tahap pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek program terapi 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat B. Tahap orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam kepada pasien dan sapa nama pasien

	<ol style="list-style-type: none">2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan3. Menanyakan persetujuan atau kesiapan pasien <p>C. Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menjaga privacy pasien2. Mempersiapkan pasien3. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan 1 tangan di abdomen4. Melatih pasien melakukan napas perut (menarik napas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup)5. Meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung)6. Minta pasien menahan napas 3 hitungan7. Meminta menghembuskan napas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut bibir seperti meniup)8. Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot9. Memasang pernak pengalas dan bengkok (dipangkuan pasien bila duduk, atau didekat pasien bila tidur miring)
--	---

	<ol style="list-style-type: none">10. Meminta pasien untuk melakukan napas dalam 2 kali, yang ketiga inspirasi, tahan napas, dan batukkan dengan kuat11. Menampung lendir dalam sputum pot12. Merapikan pasien <p>D. Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan evaluasi tindakan2. Berpamitan kepada pasien3. Membereskan alat4. Mencuci tangan <p>E. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan</p>
--	--

Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur Batuk Efektif