**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS PNEUMONIA DI RUANG PARU**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

akper3

**Oleh :**

**HERLINA ANANDA**

**NIM. 172.0035**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**STKESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS PNEUMONIA DI RUANG PARU**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk**

**memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

akper3

**Oleh :**

**HERLINA ANANDA**

**NIM. 172.0035**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**STKESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 27 Februari 2020

Herlina Ananda

NIM. 172.0035

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Herlina Ananda

NIM : 172.0035

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul :Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasiem Dengan

Diagnosis Medis Pneumonia Di Ruang Paru Rumkital Dr.

Ramelan Surabaya

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)**

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\Herlina\AppData\Local\Temp\Rar$DRa0.384\CamScanner 07-03-2020 10.51.19_1.jpgPembimbing I  Setiadi, M.Kep., Ns  NIP: 03.001 | Pembimbing II  C:\Users\Herlina\Documents\IMG-20200313-WA0006.jpg  Agustina S. Padmi, S.Kep., Ns  NIP: 196708061991032002 |

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 27 Februari 2020

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah :

Nama : Herlina Ananda

NIM : 172.0035

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul :Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasiem Dengan

Diagnosis Medis Pneumonia Di Ruang Paru Rumkital Dr.

Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, Tanggal : Kamis, 27 Februari 2020

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 : Setiadi,M.Kep.,Ns ……...……………

 NIP.03.001

Penguji II : Agustina S.P, S.Kep, Ns .…………………..

NIP.19670806199103.2002

Mengetahui,

STIKES HANG TUAH SURABAYA

KA PRODI D-III KEPERAWATAN

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

Nip.03.007

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 27 Februari 2020

Motto Dan Persembahan

“Menataplah ke depan demi masa depan, meski banyak rintangan, tetap percaya diri, sabar dan tekun adalah kunci dari dari kesuksesan”

Kupersembahkan karya yang sederhana ini Kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan segala kelancaran seta petunjuknya kepadaku dalam menuntun mengerjakan KTI ini.
2. Ibu saya tercinta yang selalu memberi semangat, motivasi, dan kasih sayang, serta do’a yang selalu beliau panjatkan dan Alm. Ayah yang saya sayangi.
3. Kakak saya yang selalu memberi semangat dan membantu dalam proses perkuliahan.
4. Keluarga besar saya, orang terdekat saya, dan sahabat-sahabat saya Lia, Mifta, Sherly yang telah memberikan semangat dan dukungan.
5. Teman-teman D3 Angkatan 23, khusunya D3-3A semoga semakin sukses.

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Pneumonia Di Ruang Paru RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya”.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai tugas akhir untuk menyelesaikan program pendidikan D3 Keperawatan. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan banyak arahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

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 ilmiah akhir
2. Kolonel Laut (K/W) Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami,S.Kep.,Ns.,M. selaku Kepala Program studi pendidikan profesi D3 yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Setiadi,M.Kep.,Ns selaku Pembimbing I, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Agustina S.P , S.Kep, Ns selaku Pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semanagat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan. Maka saran dan kritik senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 27 Februari 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

COVER LUAR

COVER DALAM…………………………………………………………………i

HALAMAN PERNYATAAN……………………………………………………ii

HALAMAN PERSETUJUAN…………………………………………………...iii

HALAMAN PENGESAHAN……………………………………………………iv

MOTTO DAN PERSEMBAHAN………………………………………………..v

KATA PENGANTAR…………………………………………………………....vi

DAFTAR ISI……………………………………………………………………viii

DAFTAR TABEL………………………………………………………………...x

DAFTAR GAMBAR…………………………………………………………….xi

DAFTAR SINGKATAN………………………………………………………..xii

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_Toc33033684)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc33033685)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc33033686)

[1.3 Tujuan Penulisan 3](#_Toc33033687)

[1.3.1 Tujuan Umum 3](#_Toc33033688)

[1.3.2 Tujuan Khusu 4](#_Toc33033689)

[1.4 Manfaat 4](#_Toc33033690)

[1.5 Metode Penelitian 5](#_Toc33033691)

[1.6 Sistematika Penulisan 6](#_Toc33033692)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 8](#_Toc33033693)

[2.1 Konsep Dasar Pneumonia 8](#_Toc33033694)

[2.1.1 Pengertian Pneumonia 8](#_Toc33033695)

[2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Pneumonia 9](#_Toc33033696)

[2.1.3 Mekanisme Pertukaran Udara 12](#_Toc33033697)

[2.1.4 Mekanisme Pernafasan 14](#_Toc33033698)

[2.1.5 Proses Pernafasan Manusia 16](#_Toc33033699)

[2.1.6 Etiologi Pneumonia 16](#_Toc33033700)

[2.1.7 Manifestasi Klinik 17](#_Toc33033701)

[2.1.8 Tanda dan Gejala Pneumonia 18](#_Toc33033702)

[2.1.9 Patofisiologi 19](#_Toc33033703)

[2.1.10 Klasifikasi Pneumonia 19](#_Toc33033704)

[2.1.11 Pemeriksaan Diagnostik 20](#_Toc33033705)

[2.1.12 Komplikasi 21](#_Toc33033706)

[2.1.13 Penatalaksanaan Pneumonia 22](#_Toc33033707)

[2.2 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pneumonia 23](#_Toc33033708)

[2.2.1 Pengkajian 23](#_Toc33033709)

[2.2.2 Diagnosis Keperawatan 28](#_Toc33033710)

[2.2.3 Intervensi Keperawatan 29](#_Toc33033711)

[2.2.4 Pelaksanaan 38](#_Toc33033712)

[2.2.5 Evaluasi 38](#_Toc33033713)

[2.3 Web Of Caution (WOC) 40](#_Toc33033714)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 41](#_Toc33033715)

[TINJAUAN KASUS 41](#_Toc33033716)

[3.1 Pengkajian 41](#_Toc33033717)

[3.1.1 Identitas 41](#_Toc33033718)

[3.1.2 Riwayat Kesehatan 41](#_Toc33033719)

[3.1.3 Pemeriksaan Fisik 43](#_Toc33033720)

[3.1.4 Pengkajian Persistem 43](#_Toc33033721)

[3.1.5 Pemeriksaan Penunjang 47](#_Toc33033722)

[3.1.6 Terapi atau Tindakan Lain 48](#_Toc33033723)

[3.2 Diagnosa Keperawatan 49](#_Toc33033724)

[3.2.1 Analisa Data 49](#_Toc33033725)

[3.2.2 Prioritas Masalah 50](#_Toc33033726)

[3.3 Rencana Keperawatan 51](#_Toc33033727)

[3.4 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan 54](#_Toc33033728)

[BAB 4 PEMBAHASAN 75](#_Toc33033729)

[4.1 Pengkajian 75](#_Toc33033730)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 81](#_Toc33033731)

[4.3 Perencanaan 83](#_Toc33033732)

[4.4 Pelaksanaan 85](#_Toc33033733)

[4.5 Evaluasi 88](#_Toc33033734)

[BAB 5 PENUTUP 90](#_Toc33033735)

[5.1 Kesimpulan 90](#_Toc33033736)

[5.2 Saran 91](#_Toc33033737)

DAFTAR PUSTAKA……………………………………………………………93

Lampiran 1……………………………………………………………………….94

Lampiran 2………………….……………………………………………………96

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 PemeriksaanPenunjang 47

Tabel 3.2 Analisa Data 49

Tabel 3.3 PrioritasMasalah 50

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan ………………………………………… 51

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi ……………………………………. 54

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Anatomi dan Fisiologi Pernafasan 9

Gambar 2.2 Hasil Pemeriksaan Thorax 47

Gambar 2.3 Hasil Pemeriksaan Sputum 48

**DAFTAR SINGKATAN**

CAP : Community Aquried Pneumonia

HAD : Hospital Aquried Pneumonia

WHO : World Health Organization

AIDS : Acquired Immuno Deficiency Syndrome

HIV : Human Immunodeficiency Syndrome

TB : Tuberkulosis

PPOK : Penyakit Paru Obstruktif Kronis

CVA : Cerebro Vaskuler Accident

CKD : Cronic Kidney Disease

TTV : Tanda-tanda Vital

TD : Tekanan Darah

N : Nadi

S : Suhu

RR : Respiratory Rate

SPO2 : Saturasi Oksigen

mmHg : Milimeter Hidrogium

Dx : Diagnosa

CRT : Capillary Refill Time

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

MRS : Masuk Rumah Sakit

# 

**PENDAHULUAN**

## Latar Belakang

Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang terdapat konsodilasi dan terjadi pengisian ronnga alveoli oleh eksudat. Peradangan ini dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing (Ardiansyah, 2012). Pertukaran gas tidak dapat berlangsung pada daerah yang mengalami konsodilasi, begitupun dengan aliran darah di sekitar alveoli, menjadi terhambat dan tidak berfungsi maksimal (Somantri, 2012). Pneumonia diklasifikasikan sebagai pneumonia yang didapat di komunitas (CAP), pneumonia yang didapat di rumah sakit (nosokomial atau HAP), pneumonia pada pejamu yang mengalami penurunan sistem imun, dan pneumonia aspirasi. Orang yang mengalami pneumonia sering kali menderita penyakit kronis utama, penyakit akut berat, system imun yang tertekan karena penyakit atau medikasi, imobilitas, dam faktor lain yang mengganggu mekanisme perlindungan paru normal. Salah satu kelompok yang berisko tinggi ialah lansia yang berumu >65 tahun (Suddarth, 2013)

Indonesia merupakan negara dengan tingkat kejadian pneumonia tertinggi, nomor 3 setelah TBC. Faktor sosial ekonomi yang rendah mempertinggi angka kematian. Kasus pneumonia ditemukan paling banyak menyerang anak balita. Menurut laporan WHO, sekitar 800.000 hingga 1 juta anak meninggal dunia setiap tahun akibat pneumonia. Bahkan UNICEF dan WHO menyebutkan pneumonia sebagai kematian tertinggi anak balita, melebihi penyakit-penyakit lain seperti campak, malaria serta AIDS.

Menurut WHO pneumonia adalah penyebab kematian terbesar pada anak diseluruh dunia. Pneumonia membunuh 1,4 juta anak di bawah usia lima tahun. Pneumonia membunuh lebih banyak anak dibanding penyakit lainnya di dunia. WHO memperkirakan angka kejadian pneumonia di negara berkembang dengan angka kematian bayi 40 per 1000 kelahiran hidup adalah 15% - 20% per tahun pada golongan usia balita. Kejadian di Indonesia pada balita diperkirakan antara 10% - 20% per tahun. Menurut perkiraan bahwa 10% dari penderita pneumonia akan meninggal bila tidak diberi pengobatan, bila hal ini di benarkan maka ada sekitar 250.000 kematian akibat pneumonia setiap tahunnya (WHO, 2012). Sedangkan data yang diperoleh di ruang IV Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya jumlah orang yang terkena pneumonia dari 1 Januari sampai 31 Desember 2019 sebanyak 232 orang. Berdasarkan data rekam medis Rumkital Dr. Ramelan Surabaya di ruang IV Paru, pneumonia menduduki peringkat dua dari jenis penyakit tebanyak di ruang IV Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya antara lain TB Paru, Pneumonia, Diabetes Mellitus, HIV, Efusi Pleura, PPOK, Tumor Paru, CVA, CKD, Sepsis.

Penyakit pneumonia pada saat reaksi inflamasi dapat terjadi di alveoli, yang menghasilkan eksudat yang mengganggu difusi oksigen dam karbondioksia, bronkhopneumonia juga dapat terjadi apabila pasien menderita penyakit jalan nafas reaktif. Bronkhopneumonia, bentuk pneumonia umum, menyebar dalam model bercak yang meluas dari bronkhi ke parenkim paru. Pneumonia lobar adalah istilah yang digunakan jika pneumonia mengenai substansial pada satu lobus atau lebih. Pneumonia juga dapat disebabkan oleh berbagai agen mikroba diberbagai tatanan. Organisme yang biasa disebabkan pneumonia adalah Pneudomonas aeruginosa dan spesies Klebsiella; Staphylococcus auresu; Haemophilus influenza; Staphylococcus pneumonia; dan basilus Gram negatif, jamur, dan virus. Masalah yang muncul pada pneumonia yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif, kerusakan pertukaran gas, risiko tinggi penyebaran infeksi, intoleransi aktivitas, nyeri akut, risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, risiko tinggi kekurangan volume cairan.

Salah satu penatalaksanaan atau pencegahan pada penyakit pneumonia adalah dengan cara imunisasi. Dalam hal ini dapat dicegah dengan vaksinasi pneumokokus, memberikan antibiotik sesuai yang diresepkan, terapi suportif mencakup (hidrasi, antipiretik, medikasi antitusif, antihistamin, atau dekongestan nasal), tirah baring sampai menunjukkan bahwa infeksi sudah bersih, terapi oksigen sesuai kebutuhan pasien,

## Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajia lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pneumonia dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Pneumonia di ruang Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”

## Tujuan Penulisan

### Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Pneumonia di ruang Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

### Tujuan Khusu

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa Pneumonia di ruang Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa Pneumonia di ruang Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Pneumonia di ruang Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Pneumonia di ruang Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa Pneumonia di ruang Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Pneumonia di ruang Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

## 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 Pneumonia.

1. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat lagi:
2. Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien Pneumonia dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien Pneumonia.

1. Bagi profesi kesehatan

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

## Metode Penelitian

1. **Metode**

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

1. **Teknik Pengumpulan Data**
2. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lapin.

1. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan yang dilakukan terhadap pasien.

1. Pemeriksaan

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

1. **Sumber Data**
2. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

1. 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. **Studi Kepustakaan**

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

## Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi 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 dasar penyakit dari sudut pandang medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Pneumonia.

BAB 3: Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian,

diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

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

BAB 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

# 

**TINJAUAN PUSTAKA**

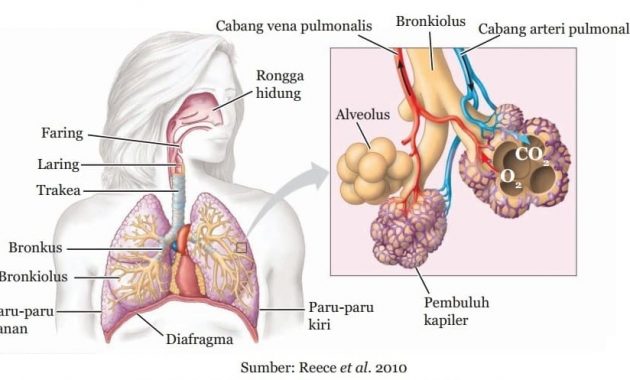
Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah pneumonia. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit pneumonia dengan melakukan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

## Konsep Dasar Pneumonia

### Pengertian Pneumonia

Pneumonia adalah inflamasi parenkim paru yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme, termasuk bakteria, mikrobakteria, jamur, dan virus. Pneumonia dapat diklasifikasikan sebagai pneumonia yang didapat di komunitas (CAP), pneumonia yang didapat di Rumah Sakit (nosokomial atau HAP), pneumonia pada pejamu yang luluh imun, dan pneumonia aspirasi. Pada pasien yang mengalami pneumonia sering kali menderita penyakit kronis utama, penyakit akut berat, sistem imun yang tertekan karena penyakit atau medikasi, imobilitas, dan faktor lain yang mengganggu mekanisme perlindungan paru normal. Pada lansia yang terkena pneumonia juga berisiko tinggi (Suddarth, 2013).

### Anatomi dan Fisiologi Pneumonia



Gambar 2.1.2 Anatomi Sistem Pernafasan, dari sumber: Reeece et al 2010

Menurut (Erfanto Linangkung, 2014), bagian tubuh yang berfungsi sebagai tempat pertukaran gas antara tubuh dengan lingkungan disebut alat pernafasan. Alat pernafasan manusia terdiri dari beberapa organ sebagai berikut:

1. Rongga hidung

Rongga hdung berupa dua saluran sempit yang ditopang oleh beberapa tulang yang di dalamnya terdapat selaput lendir dan bulu hidung yang berfungsi untuk:

1. Menyaring debu maupun kotoran yang akan masuk bersama udara,
2. Menyelaraskan antara suhu udara dengan suhu tubuh,
3. Mengontrol kelembapan udara yang akan masuk ke tubuh.
4. Faring

Faring merupakan tempat persimpangan antara jalan udara dengan makanan. Faring berada di belakang rongga hidung dan mulut, yang di dalamnya terdapat dua katup yaitu katup pangkal tenggorokan (epiglottis) dan katup penutup rongga hidung (anak trakea). Fungsi anak tekak adalah untuk menutup faring jika saat menelan makanan. Celah yang terdapat pada laring yang disebut glottis menuju ke batang tenggorokan.

1. Laring (pangkal tenggorokan)

Laring berada di antara faring dan trakea. Laring terdiri dari katup pangkal tenggorokan (epiglottis), perisai tulang rawan dan gelang-gelang tulang rawan yang membentuk jakun. Suara manusia dihasilkan pita suara yang terletak di laring. Lapisan tulang rawan yang menyusun laring antara lain yaitu:

1. Tulang rawan epiglottis

Berbentuk seperti daun, terletak di puncak laring dan berjumlah satu buah.

1. Tulang rawan tiroid

Berbentuk seperti tameng, jumlahnya satu buah dan berada di sebelah anterior dari laring. Tulang rawan tiroid laki-laki biasanya lebih besar dan lebih tampak daripada tulang tiroid perempuan.

1. Tulang rawan krikoid

Berbentuk cincin, membatasi bagian bawah laring dan berjumlah satu buah.

1. Tulang rawan aritenoid

Berada di atas krikoid, yang bersambungan dengan pita suara dan jumlahnya sepasang.

1. Tulang rawan kuneiformis

Merupakan sepasang tulang yang terletak di anatara epiglottis dan aritenoid.

1. Tulang rawan kornoculatum

Merupakan sepasang tulang yang terletak di atas aritenoid.

1. Trakea (batang tenggorokan)

Bentuk batang tenggorokan seperti pipa bergelang-gelang, tulang rawan yang panjangnya kurang lebih 10 cm, berada di bagian leher dan rongga dada. Selaput lendir melapisi dinding dalamnya dengan sel-selnya diselimuti rambut getar. Fungsi trakea sebagai tempat lewatnya udara. Saat berbicara, epiglottis akan turun menutup saluran pernafasan dan akan terangkat ketika menelan makanan. Fungsi rambut getar adalah untuk menahan dan mengeluarkan kotoran atau partikel-partikel asing yang ikut terhirup bersama udara.

1. Bronkus (cabang dari tenggorokan)

Bronkus merupakan cabang dari trakea yang bercabang menjadi dua, yaitu bronkus kanan dan bronkus kiri. Cabang kiri masuk ke paru-paru kiri dan cabang kanan akan menuju paru-paru kanan. Bronkus juga memiliki selaput yang berlendir dan rambut-rambut getar. Bronkus bercabang tiga menuju paru-paru kanan dan bercabang dua menuju paru-paru kiri. Setiap cabang dari dari bronkus akan bercabang lagi membentuk saluran yang lebih kecil dapat juga disebut bronkiolus.

1. Bronkiolus

Cabang dari bronkus yang membentuk saluran kecil yang disebut bronkiolus. Cabang-cabang dari bronkiolus akan semakin halus. Cabang-cabang paling halus dari bronkiolus akan masuk ke gelembung paru-paru atau alveolus. Fungsi dari alveolus adalah segabai tempat oksigen untuk masuk ke dalam darah dan melepaskan air dan karbondioksida dari darah.

1. Alveolus

Saluran yang paling ujung dari alat pernafasan adalah alveolus, yang berupa gelembung-gelembung udara. Alveolus mempunyai fungsi sebagai tempat pertukaran gas, yaitu tempat masuknya oksigen ke dalam darah dan mengeluarkan karbondioksida dan air dari darah.

1. Paru-paru

Paru-paru terletak di rongga dada di bagian atas difragma. Paru-paru tersusun oleh dua bagian, yaitu paru-paru kanan (pulmo dekster) yang terdiri dari tiga gelambir dan paru-paru kiri (pulmo sinister) yang terdiri dari dua gelambir. Paru-paru berfungsi menjadi tempat terjadinya difusi oksigen ke dalam darah dan pengeluaran karbondioksida dari darah. Selaput tipis yang berfungsi membungkus paru-paru disebut pleura. Selaput bagian dalam yang langsung menyelubungi paru-paru disebut pleura dalam (pleura viceralis). Sedangkan selaput yang langsung menyelubungi rongga dada yang bersebelahan dengan tulang rusuk disebut pleura luar (pleura parietalis). Ujung dari bronkiolus pada paru-paru terdapat tempat yang berfungsi tempat pertukaran gas, disebut alveolus.

### Mekanisme Pertukaran Udara

Menurut (Erfanto Linangkung, 2014), bernafas merupakan proses menghirup oksigen dari lingkungan dan melepaskan karbondioksida dan uap air sisa metabolisme. Proses menghirup oksigen dari udara bebas sering disebut inspirasi dan proses pelepasan karbondioksida dan uap air hasil metabolism disebut ekspirasi. Pengambilan oksigen dari udara bebas dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu pernafasan langsung dan pernafasan tidak langsung. Pernafasan secara langsung ditempuh dengan cara difusi langsung oleh permukaan tubuh. Pernafasan tidak langsung ditempuh dengan menggunakan oksigen ke dalam tubuh melalui alat pernafasan.

Dari lingkungan, oksigen masuk ke dalam tubuh secara difusi melalui alveolus. Oksigen berdifusi akan menembus dinding alveolus dan akan masuk ke pembuluh darah kapiler. Selanjutnya, oksigen akan diikat oleh hemoglobin sel darah merah untuk membentuk oksihemoglobin. Setelah terbentuk oksihemoglobin, darah yang kaya oksigen diedarkan ke seluruh tubuh. Tugas dari oksigen adalah untuk proses oksidasi biologi.

Sedangkan karbondioksida sebagai hasil oksidasi akan didifusikan oleh darah menembus dinding alveolus untuk selanjutnya dibuang keluar tubuh. Tugas dari oksigenasi yaitu untuk proses oksidasi biologi.

Berdasarkan proses terjadinya, pernafasan manusia dibagi menjadi dua

1. Pernafasan eksternal

Pernafasan eksternal ialah proses pengambilan oksigen dari udara ke darah dan pelepasan karbondioksida dari darah menuju udara yang terjadi di dalam paru-paru. Proses pertukaran ini terjadi secara difusi di dalam alveolus, karena adanya perbedaan tekanan parsial antara udara dan darah.

Karbondioksia yang diangkut oleh sel darah merah menuju kapiler paru-paru berupa ion bikarbonat. Ion bikarbonat diuraikan oleh enzim karbonat anhidrase menjadi karbondioksida dan air yang selanjutnya akan dibuang keluar tubuh.

Pada saat yang sama, hemoglobin akan terurai menghasilkan ion-ion hidrogen sehingga hemoglobinnya juga ikut terlepas. Selanjutnya, hemoglobin akan membentuk oksihemoglobin ketika bersenyawa dengan oksigen.

1. Pernafasan internal

Pernafasan internal ialah proses pertukaran oksigen dan karbondioksida yang terjadi di dalam jaringan tubuh. Di dalam darah terjadi pertukaran oksigen dan pertukaran karbondioksida berlangsung dalam respirasi seluler. Oksigen yang dilepas dari oksihemoglobin akan berdifusi ke dalam cairan jaringan tubuh yang digunakan untuk proses metabolism. Karbondioksida juga berdifusi dari sel-sel tubuh menuju ke dalam darah. Sebagian kecil karbondioksida yang bersenyawa dengan hemoglobin akan membentuk karboksi hemoglobin. 10% dari karbondioksida yang diangkut darah akan dibuang keluar tubuh, dan sisanya tetap berada dalam tubuh berbentuk ion-ion bikarbonat. Ion-ion berfungsi sebagai sebagai larutan penyangga untuk menjaga keseimbangan pH darah.

### Mekanisme Pernafasan

Menurut (Erfanto Linangkung, 2014), mekanisme kerja paru-paru diatur oleh rongga dada dan rongga perut, yang mengatur volume dan tekanan paru-paru. Atas dasar caranya, pernafasan dibagi menjadi dua macam:

1. Pernafasan dada

Mekanisme pernafasan dada menggunakan otot antar tulang rusuk dalam proses pengambilan dan pengeluaran udara. Otot ini terdiri dari dua bagian, yaitu otot antar tulang rusuk luar dan otot antar tulang rusuk dalam.

Ketika otot antar tulang rusuk luar berkontraksi, tulang rusuk akan terangkat. Pada kondisi ini dalam tubuh akan terjadi inspirasi, sehingga volume rongga dada menjadi besar. Karena volume rongga dada membesar, maka tekanan udara dalam rongga dada mengecil. Sementara tekanan udara luar tetap terjaga, udara dari lingkungan akan masuk menuju paru-paru melalui saluran pernafasan.

Ketika otot antar tulang rusuk dalam kontraksi atau menegang, maka tulang rusuk dan tulang dada akan kembali ke posisi semula. Pada kondisi ini dalam tubuh akan terjadi ekspirasi. Karena volume rongga dada mengecil, maka tekanan udara dalam rongga dada membesar. Sementara tekanan udara di lingkungan tetap, udara dari rongga paru-paru akan keluar ke lingkungan.

1. Pernafasan perut

Mekanisme pernafasan perut menggunakan prinsip kerja otot-otot diafragma dan otot dinding rongga perut. Ketika otot diafragma berkontraksi, diafragma akan menjadi datar. Ketika itu pula volume rongga dada membesar, sedangkan tekanan udara luar tidak berubah. Sehingga paru-paru mengembang, akibatnya udara akan mengalir dari lingkungan menuju paru-paru. Fase ini disebut fase inspirasi.

Sedangkan fase ekspirasi terjadi ketika otot diafragma berelaksasi. Ketika otot diafragma berelaksasi, otot dinding rongga perut berkontrkasi. Sehingga, rongga perut terdesak kea rah diafragma dan keadaan difragma mencekung. Akibatnya volume rongga dada mengecil dan tekanan udaranya meningkat. Pada kondisi ini udara akan mengalir dari rongga paru-paru menuju lingkungan.

### Proses Pernafasan Manusia

Menurut (Erfanto Linangkung, 2014), untuk mendapatkan asupan oksigen segar, udara dalam paru-paru perlu diganti secara teratur. Usaha yang dapat dilakukan adalah melalui proses pernafasan. Proses pernafasan meliputi dua tahap, yaitu :

1. Inspirasi

Proses pengambilan oksigen dari lingkungan ke dalam paru-paru. Inspirasi terjadi jika difragma berkontraksi, difragma akan mendatar. Ketika otot antar tulang rusuk berkontraksi mengakibatkan tulang rusuk terangkat, maka terjadi inspirasi maksimum. Sehingga rongga dada akan membesar, yang menyebabkan udara luar masuk melalui hidung.

1. Ekspirasi

Proses pembuangan karbondioksida dan uap air dari dalam tubuh ke lingkungan. Pada kondisi ini, rongga dada mengalami penyempitan karena otot-otot tulang difragma relaksasi atau mengendur ke bentuk semula dan otot-otot tulang rusuk juga relaksasi. Kondisi ini menyebabkan volume rongga dada mengecil, sehingga udara terdorong keluar paru-paru.

### Etiologi Pneumonia

Menurut (Ardiansyah, 2012), terjadinya penularan berkaitan dengan kuman, misalnya reaksi melalui droplet sering disebabkan oleh Strepcoccus Pneumoniae, melalui selang infus oleh Strecoccus aureus, sedangkan infeksi pada pemakaian ventilator oleh P. aeruginosa dan Enterobacter. Etiologi pneumonia berbeda-beda pada berbagai tipe dari pneumonia dan hal ini berdampak pada obat yang diberikan. Mikroorganisme penyebab pneumonia yang paling sering terjadi adalah bakteri, yang jenisnya berbeda antarnegara, antar satu daerah pada suatu Negara, di luar dan di dalam rumah sakit, maupun antara rumah sakit besar dengan rumah sakit kecil. Karena itu, perlu diketahui dengan baik pola kuman disuatu tempat.

Indonesia belum mempunyai data mengenai pola kuman penyebab secara umum. Karena itu, meskipun pola kuman di luar negeri tidak sepenuhnya cocok dengan pola kuman di dalam negeri, namun polan tersebut masih tetap dipakai acuan secara umum.

### Manifestasi Klinik

Pneumonia bacterial (pneumokokus) secara khusus diawali dengan menggigil, demam yang timbul dengan cepat (39,5ºC – 40,5ºC). dan nyeri dada yang tersasa ditusuk-tusuk yang dicetuskan oleh aktivitas bernafas dan batuk. Pasien merasa sangat sakit dengan pernafasan mendengkur, pernafasan cuping hidung, dan bernafas menggunakan otot bantu pernafasan.

Pneumonia tipikal memiliki gejala yang beragam, tergantung pada organisme penyebab. Banyak pasien yang mengalami infeksi saluran pernafasan atas (kongesti nasal dan sakit tenggorokan), dan gejala pneumonianya bertahap. Gejala yang menonjol adalah sakit kepala, demam, nyeri pleuritis, myalgia, ruam, dan faringitis. Setelah beberapa hari, sputum mukoid atau mukopurulen akan dikeluarkan.

Pada banyak kasus pneumonia, pipi berwarna kemerahan, warna mata menjadi lebih terang, dan bibir. Pasien lebih suka duduk tegak di tempat tidur dengan condong ke arah depan. Pasien banyak mengeluarkan keringat. Sputum purulent, sputum berbusa dan bersemu darah sering dihasilkan pada Pneumonia Pneumokokus. Stafilokokus, Klebsiella, dan Streptokokus. Pneumonia Klebsiella sering juga menghasilkan sputum yang kental, sementara sputum *H. influenza* biasanya berwarna hijau.

Pada pasien lansia gejala-gejala dapat berkembang secara tersembunyi. Sputum purulent mungkin menjadi satu-satunya tanda pneumonia. Sangat sulit untuk mendeteksi perubahan yang halus pada kondisi pasien, karena telah mengalami gangguan fungsi paru yang serius (Ardiansyah, 2012).

### Tanda dan Gejala Pneumonia

Menurut (Suddarth, 2013), keluhan yang dirasakan pasien pneumonia dapat bermacam-macam, yaitu:

1. Menggigil secara tiba-tiba dan dengan cepat dapat menjadi demam (> 37,5oC),
2. Nyeri dada pleuritik yang semakin berat ketika saat bernafas dan batuk,
3. Nadi cepat, dapat meningkat 10 kali/menit,
4. Nafsu makan menurun, pasien mudah lelah,
5. Pada pasien pneumonia yang sudah parah dapat mengalami takipnea (25 sampai 45 kali pernafasan/menit) dan dipsnea,
6. Bradikardi relatif untuk tingginya demam menunjukkan adanya infeksi virus, infeksi mikoplasma, atau infeksi organisme *Lengionella*,
7. Terdapat sputum (sputum purulent, berwarna seperti karat, bercampur darah, kental, kehijau-hijauan),
8. Pada pasien yang mengalami pneumonia berat dapat menimbulan (pipi kemerahan, bibir, dan kuku menunjukkan sianosis,
9. Tanda lain : infeksi saluran nafas atas, sakit kepala.

### Patofisiologi

Menurut (Suddarth, 2013), pada saat reaksi inflamasi dapat terjadi di alveoli, yang menghasilkan eksudat yang mengganggu difusi oksigen dan karbon dioksida, bronkopneumonia juga dapat terjadi apabila pasien menderita penyakit jalan nafas reaktif. Bronkopneumonia adalah bentuk pneumonia yang paling umum dapat menyebar dalam model bercak yang meluas dari bronki ke parenkim paru. Pneumonia lobar adalah istilah yang digunakan jika pneumonia mengenai bagian substansial pada satu lobus atau lebih.

Pneumonia dapat disebabkan oleh berbagai agen mikroba di berbagai tatanan. Organisme yang biasa menyebabkan pneumonia adalah *Pseudomonas aeruginosa* dan *spesies Klebsiella*; *Staphylococcus aureus*; *Haemophilus influenza*; *Staphylococcus pneumonia*; dan basilus Gram negatif, jamur, dan virus.

### Klasifikasi Pneumonia

Menurut (Suprapto I, 2013), penyakit pneumonia dapat diklasifikasikan berdasarkan agen penyebab yang terdiri dari (pneumonia tipikal, pneumonia atipikal, pneumonia aspirasi, pneumonia pada penderita immunocompromised) dan berdasarkan area paru yang terkena terdiri dari (pneumonia lobaris dan bronkhopneumonia).

1. Bersadarkan agen penyebab
2. Pneumonia tipikal (klasik), disebabkan oleh:
3. Sering : Strepcoccus pneumonia.
4. Jarang : Hemofilus influenza dan staphylococcus aureus.
5. Pneumonia atipikal (nosokomial), disebabkan oleh:
6. Sering : Micoplasma pneumonia dan virus.
7. Jarang : Lengonella pneumonia dan pneumocystis carini.
8. Pneumonia aspirasi, disebabkan oleh:
9. Aspirasi isi gaster (makanan atau cairan).
10. Flora campuran anaerob dan aerob dari saluran nafas atas.
11. Kuman enteric gram negative aerob (E. Coli, enterobacter, proteus).
12. Pneumonia pada penderita immunocompromised
13. Berdasarkan area paru yang terkena
14. Pneumonia Lobaris

Pneumonia yang terjadi pada satu lobus (percabangan besar dari bohon bronkus) baik kanan maupun kiri.

1. Bronkhopneumonia

Pneumonia yang ditandai bercak-bercak infeksi pada berbagai tempat di paru. Bisa kanan maupun kiri yang disebabkan virus atau bakteri dan sering terjadi pada bayi atau orang tua.

### Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Somantri, 2012), menyebutkan beberapa pemeriksaan yang dilakukan pada penyakit pneumonia antara lain :

1. Pemeriksaan foto ronsen dada, melalui foto sinar-x ini dapat teridentifikasi penyebaran gejala, misalnya pada lobus dan bronchial. Foto dapat juga menunjukkan multiple abses atau infiltrate, empyema (Staphylococcus), penyebaran atau lokasi infiltrasi (bakteri), atau penyebaran ekstensif nodul infiltrate (sering kali viral). Pada pneumonia Mycoplasma, gambaran foto rontgen dada mungkin bersih (Ardiansyah, 2012).
2. Kultur darah dan sputum (gram stain), didapatkan dengan needle biopsy, transtracheal aspiration, fiberoptic bronchoscopy atau biopsy paru yang terbuka untuk mengeluarkan penyebab organisme. Dapat ditemukan lebih dari satu jenis kuman seperti Staphylococcus aureus, A Hemolytic streptococcus, dan Haemophilus influenza.
3. Pemeriksaan Laboratorium, biasanya, didapatkan jumlah leukosit 15.000-40.000 per mm dalam keadaan leukopenia. Laju endap darah biasanya meningkat hingga 100 mm/jam. Sebaiknya, diusahakan agar biakan dibuat dari sputum saluran pernafasan bagian bawah (Ardiansyah, 2012).
4. Pemeriksaan darah lengkap atau complete blood count (CBC), dapat teridentifikasi leukosit memiliki nilai kurang dari normal, karena terjadinya infeksi.
5. ABGs atau Pulse Oximetri, abnormalitas mungkin timbul, brgantung pada luasnya kerusakan paru.

### Komplikasi

Beberapa Komplikasi yang mungkin terjadi, antara lain : (Suddarth, 2013)

1. Gejala berlanjut setelah dimulainya terapi,
2. Syok ialah keadaan dimana aliran darah yang tidak mencukupi kebutuhan tubuh. Hal ini membuat organ tubuh tidak mendapat cukuo O2 dan nutrisi dengan baik, sehingga dapat merusak organ tubuh.
3. Gagal nafas ialah keadaan ketidakmampuan tubuh untuk menjaga pertukaran gas yang seimbang dengan kebutuhan tubuh, sehingga dapat mengakibatkan hipoksemia.
4. Atelektasis ialah suatu kondisi ketika sebagian satu lobus (segmen) paru-paru pada seseorang sudah tidak berfungsi. Kantung-kantung (alveoli) pada paru-paru mengempis, sehingga dapat mengganggu pernafasan.
5. Efusi pleura ialah suatu keadaan ketika rongga pleura dipenuhi oleh cairan (terjadi penumpukan cairan dalam rongga pleura).
6. Konfusi ialah penurunan kesadaran, dalam hal ini dapat mempengaruhi daya mengingat seperti waktu, tempat, dan orang yang berada disekitarnya.

### Penatalaksanaan Pneumonia

Menurut (Suddarth, 2013), penatalaksaan pneumonia adalah sebagai berikut:

1. Antibiotik diresepkan berdasarkan hasil pewarnaan gram dan pedoman antibiotik (pola resistensi, faktor resiko, etiologi harus dipertimbangkan). Terapi kombinasi dapat juga digunakan,
2. Terapi suportif mencakup hidrasi, antipiretik, medikasi antitusif, antihistamin, atau dekongestan nasal,
3. Tirah baring direkomendasikan sampai menunjukkan infeksi sudah bersih,
4. Terapi oksigen, untuk mengurangi rasa sesak dan diberikan kepada kilien yang mengalami hipoksemia.
5. Untuk pneumonia yang berisiko tinggi mengalami CAP, dapat disarankan untuk melakukan vaksinasi pneumokokus.

## Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pneumonia

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Lima tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap pasien seperti yang sudah disebut di atas melalui lima tahapan keperawatan.

### Pengkajian

Pengkajian merupakan bagian dari proses keperawatan yang dinamis dan terorganisasi yang meliputi pengumpulan data (identitas, riwayat kesehatan sekarang dan pengkajian persistem) (Somantri, 2012).

1. Identitas

Pneumonia lobaris sering terjadi secara primer pada orang dewasa, sedangkan pneumonia lobularis (bronkopneumonia) primer lebih sering terjadi ada anak-anak. Ketika seorang dewasa mempunyau penyakit bronkopneumonia, kemungkinan besar ada penyakit yang mendahuluinya.

Pneumonia pada orang dewasa paling sering disebabkan oleh bakteri (yang tersering yaitu bakteri Strepsoccus pneumonia pneumococcus), sedangkan pada anak-anak penyebabnya adalah virus pernafasan. Penting diketahui bahwa usia 2-3 tahun, merupakan usia puncak pada anak-anak untuk terserang pneumonia. Pada usia sekolah, pneumonia paling sering disebabkan oleh bakteri Mycoplasma pneumonia. Bayi dan anak-anak lebih rentan terhadap penyakit itu karena respon imunitas mereka masih belum berkembang dengan baik. Pneumonia sering kali menjadi infeksi terakhir (sekunder) pada orang tua dan orang yang lemah akibat penyakit tertentu

1. Riwayat Kesehatan Sekarang
2. Keluhan Utama dan Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama yang sering timbul pada pasien pneumonia adalah adanya awitan yang ditandai dengan keluhan menggigil, deman ≥ 40ºC, nyeri pleuritik, batuk, sputum berwarna seperti karat, takipnea terutama setelah adanya konsolidasi paru.

1. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pneumonia sering kali timbul setelah infeksi saluran nafas atas (infeksi pada hidung dan tenggorokan). Resiko tinggi timbul pada pasien dengan riwayat alkoholik, post-operasi, infeksi pernapasan, dan pasien dengan imunosupresi (kelemahan dalam sistem imun). Hampir 60% dari pasien kritis di ICU dapat menderita pneumonia dan 50% (separuhnya) akan meninggal.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Pada penderita Pneumonia biasanya ada anggota keluarga yang menderita Pneumonia atau batuk lama.

1. Riwayat Alergi

Pada pasien Pneumonia biasanya tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, obat atau benda tertentu.Begitu juga pada pasien DM tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan atau obat tertentu.

1. Pengkajian Persistem

Menurut (Ardiansyah, 2012), beberapa pemeriksaan yang dilakukan pada pasien pneumonia antara lain:

1. B1 Sistem Pernapasan *(Breathing)*

Pemeriksaan fisik pada pasien dengan pneumonia merupakan pemeriksaan fokus. Secara berurutan pemeriksaan ini terdiri atas inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

1. Inspeksi

Amati bentuk dada dan gerakan pernafasan, serta apakah gerakan pernafasan sudah simetris. Pada pasien dengan pneumonia sering ditemukan peningkatan frekuensi nafas cepat dan dangkal, serta adanya retraksi sternum dan intercostal space (ruang di antara dua tulang rusuk). Nafas cuping hidung pada sesak berat dialami oleh anak-anak. Batuk dan sputum, saat dilakukan pengkajian batuk pada pasien pneumonia didapatkan batuk produkti disertai dengan adanya peningkatan produksi secret dan sekresi sputum yang purulen.

1. Palpasi

Palpasi ditandai dengan adanya gerakan dinding toraks anterior atau eksekresi pernfasan. Pada palpasi pasien dengan pneumonia, gerakan pada saat bernafas biasanya normal dan seimbang.

1. Perkusi

Pasien dengan pneumonia tanpa komplikasi, biasanya dijumpai bunyi resonasi atau sonor pada lapang paru. Bunyi redup perkusi pada pasien dengan pneumonia didapatkan apabila bronchopneumonia menjadi satu.

1. Auskultasi

Pada pasien pneumonia, didapatkan bunyi nafas melemah dan bunyi nafas tambahan atau ronkhi, wheezing.

1. B2 Sistem Kardiovaskuler *(Blood)*

Pada pasien dengan pneumonia, pengkajjian yang didapatkan meliputi:

1. Inspeksi : didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum,
2. Palapsi : denyut nadi perifer melemah,
3. Perkusi : batas jantung tidak mengalami pergeseran,
4. Auskultasi : tekanan darah biasanya normal.
5. B3 Sistem Persyarafan *(Brain)*

Pasien dengan pneumonia yang berat sering mengalami penurunan kesadaran. dan setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan sianosis perifer pada kasus gangguan perfusi jaringan yang berat.

1. B4 Sistem Perkemihan dan Genetalia *(Bladder)*

Pengukuran volume output urine dengan asupan cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguria, karena hal paling sulit ditangani dan merupakan tanda awal dari *shock*.

1. B5 Sistem Pencernaan *(Bowel)*

Pasien biasanya mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan juga penurunan berat badan.

1. B6 Sistem Muskuluskeletal dan Integuman *(Bone)*

Secara umum, kelemahan dan kelelahan fisik sering menyebabkan ketergantungan pasien terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

1. Pemeriksaan Tambahan
2. Foto rontgen dada (*chest x-ray)*: teridentifikasi penyebaran, misalnya gejala lobus, bronkhial, dapat juga menujukkan multiple abses atau infiltrat, empiema (*staphylococcus)*, penyebaran atau lokasi infiltrasi (bakterial), atau penyebaran ekstensif nodul infiltrat (sering kali viral), pada *pneumonia mycoplasma*, gambaran chest x-ray mungkin bersih.
3. ABGs/Pulse Oximetry: abnormalitas mungkin timbul tergantung pada luasnya kerusakan paru.
4. Kultur sputum dan darah (gram stain), didapatkan dengan needle biopsy, transtracheal aspiration, fiberoptic bronchoscopy atau biopsy paru yang terbuka untuk mengeluarkan penyebab organisme. Dapat ditemukan lebih dari satu jenis kuman seperti Staphylococcus aureus, A Hemolytic streptococcus, dan Haemophilus influenza.
5. Pemeriksaan laboratorium: biasanya, didapatkan jumlah leukosit 15.000-40.000 per mm dalam keadaan leukopenia. Laju endap darah biasanya meningkat hingga 100 mm/jam. Sebaiknya, diusahakan agar biakan dibuat dari sputum saluran pernafasan bagian bawah.
6. Pemeriksaan darah lengkap atau complete blood count (CBC), dapat teridentifikasi leukosit memiliki nilai kurang dari normal, karena terjadinya infeksi.

### Diagnosis Keperawatan

Menurut (Ardiansyah, 2012), beberapa diagnosa yang muncul pada pasien pneumonia, antara lain:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi trakheobronkial.
2. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan alveolar kapiler (efek inflamasi).
3. Risiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan tidak memadainya mekanisme petahanan tubuh primer (penurunan aktivitas silia, sekresi, statis di saluran pernafasan).
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tidak seimbangnya persediaan dan kebutuhan oksigen.
5. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi pada parenkim paru.
6. Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurangnya asupan makanan bergizi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi.
7. Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang banyak.

### Intervensi Keperawatan

1. **Diagnosis 1:** Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial.
2. Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan kebersihan jalan nafas kembali efektif dan bersih.
3. Kriteria Hasil
4. Secara verbal tidak ada keluhan sesak
5. Suara nafas normal (vesikular)
6. Sianosis berkurang
7. Batuk berkurang
8. Jumlah pernafasan dalam batas normal sesuai usia.
9. Intervensi
10. Kaji jumlah atau kedalaman pernafasan dan pergerakan dada.

Rasional: evaluasi awal untuk melihat kemajuan dari hasil intervensi yang telah dilakukan.

1. Auskultasi daerah paru, catat area yang menurun atau tidak adanya aliran udara, dan adanya suaran nafas tambahan.
2. Rasional: penurunan aliran udara timbul pada area yang terkonsolidasi dengan cairan.
3. Elevasi kepala, sering mengubah posisi

Rasional: diafragma yang lebih rendah akan membantu dalam meningkatkan ekspansi dada, pengisian udara, mobilitas, dan ekspektorasi dari sekresi.

1. Bantu pasien dalam melakukan latihan nafas dalam. Demonstrasikan atau bantu pasien belajar untuk batul efektif.

Rasional: nafas dalam akan memfasilitasi ekspansi maksimum paru-paru atau saluraan udara kecil. Batuk merupakan mekanisme pembersihan diri normal, dibantu silia untuk memelihara kebersihan saluran udara.

1. Lakukan suction sesuai indikasi

Rasional: stimulasi batuk untuk pembersihan saluran nafas secara mekanis pada pasien yang tidak dapat melakukannya dikarenakan ketidakefektifan batuk atau penurunan kedaran.

1. Berikan cairan ± 2.500 ml/hari (jika tidak ada kontraindikasi), terutama berikan air hangat.

Rasional: cairan (terutama air hangat) akan membantu memobilisasi dan mengekspektorasi lendir.

1. Kaji efek dari pemberian nebulizer dan fisioterapi pernafasan lainnya

Rasional: untuk memfasilitasi pencairan dan pengeluaran secret.

1. **Diagnosis 2:** Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar kapiler (efek inflamasi).
2. Tujuan : gangguan pertukaran gas teratasi.
3. Kriteria hasil :
4. Keluhan dipsnea berkurang .
5. Denyut nadi dalam rentang normal dam irama regular.
6. Kesadaran penuh.
7. Hasil nilai AGD dalam batas normal.
8. Intervensi :
9. Observasi warna kulit, membran mukosa, kuku, dan catat adanya sianosis perifer (kuku) atau sianosis pusat (sirkumunoal).

Rasional: sianosis pada kuku menggambarkan vasokontriksi atau respon tubuhbterhadap demam.

1. Kaji status mental.

Rasional: kelemahan, mudah tersinggung, bingung dan *somnolone* (keinginan kuat untuk terus tidur.

1. Monitor denyut atau irama jantung.

Rasional: takikardi biasanya timbul sebagai hasil dari demam atau dehidrasi tetapi dapat juga sebagai respon terhadap hipoksemia.

1. Monitor suhu tubuh

Rassional: demam tinggi (biasanya pada pneumonia bakteri dan influenza) akan meningkatkan kebutuhan metabolik dan konsumsi oksigen serta mengubah oksigenasi selular.

1. Pertahankan tirah baring (bed rest).

Rasional: pilihan ini dapat mencegah kelelahan dan mengurangi konsumsi oksigen untuk memfasilitasi resolusi infeksi.

1. Elevasi kepala dan anjurkan perubahan posisi, nafas dalam, dam batuk efektif.

Rasional: tindakan ini meningkatkan inspirasi maksimal, mempermudah ekspektorasi lendir untuk meningkatkan ventilasi.

1. Kaji tingkat kesemasan pasien.

Rasional: kecemasan merupakan manifestasi dari psikologis sebagai respon fisiologis terhadap hipoksia.

1. Berikan terapi oksigen sesuai kebutuhan.

Rasional: pemberian terapi oksigen untuk memelihara Pa O2 di atas 60 mmHg, oksigen yang diberikan sesuai dengan toleransi dari pasien.

1. **Diagnosa 3:** Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan tidak memadainya mekanisme pertahanan tubuh primer (penurunan aktivitas silia, lendir, statis di saluran nafas).
2. Tujuan : risiko infeksi tidak terjadi selama perawatan.
3. Kriteria hasil :
4. Tidak muncul tanda-tanda infeksi sekunder.
5. Pasien dapat mendemonstrasikan kegiatan untuk menghindarkan infeksi.
6. Intervensi :
7. Monitor tanda-tanda vital, terutama selama prose terapi.

Rasional: selama periode ini, penyakit berpotensi berkembang menjadi komplikasi yang lebih fatal (hipotensi, shock), sehingga harus dimonitor dengan benar-benar.

1. Demonstrasikan teknik mencuci tangan yang benar.

Rasional: tindakan ini sangan efektif untuk mengurangi penyebaran infeksi.

1. Ubah posisi dan berikan pulmonari toilet yang baik.

Rasional: meningkatkan ekspektorasi (pengeluaran lendir dan dahak) untuk membersihkan dari infeksi.

1. Batasi pengunjung atas indikasi.

Rasional: mengurangi paparan dengan kuman patogen yang lain.

1. Lakukan isolasi seuai kebutuhan individual.

Rasional: isolasi mungkin dapat mencegah penyebaran atau memproteksi pasien dari proses infeksi lainnya.

1. Anjurkan pasien untuk istirahat secara memadai sebanding dengan aktivitasnya.

Rasional: memfasilitasi proses penyembuhan dan peningkatan pertahanan tubuh alami.

1. Monitor keefektifan terapi antimikrobial.

Rasional: tanda-tanda perbaikan kondisi seharusnya muncul antara 24-48 jam.

1. Berikan obat antimikroba atas indikasi sebagai hasil dari pemeriksaan kultur sputum atau darah. Misalnya, penisilin, erithromycin, tetrasikline, amikasine, dan cephalosporine.

Rasional: obat-obatan ini digunakan untuk membunuh mikroba penyebab pneumonia.

1. **Diagnosa 4:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tidak seimbangnya kebutuhan dan persediaan oksigen.
2. Tujuan : aktivitas dapat terpenuhi selama perawatan.
3. Kriteria Hasil :
4. Mampu melaporkan kondisinya secara verbal, kekuatan otot meningkat, dan tidak ada perasaan kelelahan.
5. Tidak ada sesak nafas
6. Denyut nadi dalam batas normal
7. Tidak ada sianosis
8. Intervensi :
9. Evaluasi respon pasien terhadap aktivitas.

Rasional: memberikan kebutuhan pasien dan memfasilitasi dalam pemilihan intervensi.

1. Berikan lingkungan yang nyaman dan batasi pengunjung.

Rasional: mengurangi stress dan stumulasi yang berlebihan, serta meningkatkan istirahat.

1. Jelaskan pentingnya beristirahat dan keseimbangannya antara aktivitas dengan istirahat.

Rasional: dapat menjaga kondisi pasien selama proses keperawatan, dan untuk menurunkan kebutuhan metabolik dan memelihara energi untuk proses penyembuhan.

1. Bantu pasien dalam pengambilan posisi yang nyaman untuk beristirahat atau tidur.

Rasional: pasien mungki merasa lebih nyaman di kepala jika berada dalm keadaan evalasi.

1. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri *(self care)* .

Rasional: meminimalkan kelelahan dan dapat menyeimbangkan suplai oksigen sesuai kebutuhan

1. **Diagnosa 5:** Nyeri akut berhungan dengan peradangan (inflamasi) pada jaringan parenkim paru.
2. Tujuan : nyeri pasien teratasi.
3. Kriteria Hasil :
4. Secara verbal, pasien melaporkan berkurangnya nyeri di dada.
5. Skala nyeri mnurun.
6. Wajah pasien lebih rileks.
7. Pasien dapat beristirahat tanpa terganggu rasa nyeri.
8. Intervensi:
9. Tentukan karakteristik nyeri.

Rasional: nyeru dada biasanya timbul dalam beberapa tingkatan.

1. Berikan tindakan untuk menimbulkan rasa kenyamanan.

Rasional: tindakan dengan sentuhan akan meringankan ketidaknyamanan dan memberikan efek terapi analgesic.

1. Tawarkan untuk *oral hygiene*.

Rasional: bernafas dengan mulut, sebab terapi oksigen dapat mengiritasi dan membuat kering membran mukosa yang potensial menyebabkan ketidaknyamanan khusus di saluran nafas.

1. Instruksikan dan bantu pasien untuk melakukan teknik menahan dada selama batuk.

Rasional: membantu mengontrol ketidaknyamanan pada dada dengan meningkatkan pelaksanaan batuk yang efektif.

1. Berikan analgetik dan antitusif sesuai indikasi.

Rasional: obat-obatan ini digunakan untuk menekan batuk nonproduktif atau paroksimal atau mereduksi mucus yang berlebihan serta meningkatkan ketidaknyamanan secara umum.

1. **Diagnosa 6:** Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurangnya asupan makanan bergizi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi.
2. Tujuan : nutrisi dapat seimbang selama perawatan.
3. Kriteria Hasil :
4. Pasien menunjukkan nafsu makan yang meningkat.
5. Tidak adanya anoreksia.
6. Berat badan dalam keadaan normal.
7. Intervensi:
8. Identifikasi faktor menyebabkan nausea atau vomiting (mual dan muntah).

Rasional: agar dapat memilih intervensi sesuai penyebab.

1. Berikan tempat untuk membuang sputum, dan bantu untuk *oral hygiene.*

Rasional: untuk menjaga pandangan, rasa, dan kecap dari lingkungan pasien serra dapat mengurangu nausea.

1. Jadwalkan pemberian terapi respirasi

Rasional: mengurangi efek nausea yang berhubungan dengan tindakan tersebut.

1. Auskultasi bising usus. Observasi atau palpasi distensi abdomen.

Rasioanl: bising usus mungkin berkurang atau tidak ada jika proses infeksi menjadi berat atau lama. Distensi abdomen dapat timbul sebagai hasil dari tertelannya udara atau refleks dari toksin bakteri pada saluran gastrointestinal.

1. Berikan makan dalam porsi sedikit namun sering.

Rasional: hal ini dapat meningkatkan asupan makanan meskipun nafsu makan mungkin lambat.

1. Evaluasi status nutrisi secara umum, bandingkan dengan berat badan normal.

Rasional: untuk pemenuhsn asupan nutrisi bagi tubuh.

1. **Diagnosa 7:** Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan kehilangan cairan yang banyak.
2. Tujuan : volume cairan sesuai kebutuhan tubuh.
3. Krteria Hasi :
4. Menunjukkan keseimbangan cairan dengan tanda-tanda normal.
5. Membran mukosa lembab.
6. Turgor kulit baik.
7. Tanda-tanda vital stabil.
8. Intervensi:
9. Kaji perubahan tanda-tanda vital. Seperti temperature.

Rasional: peningkata temperature demam yang lama dapat meningkatkan laju metabolik.

1. Kaji turgor kulit dan kelembapan dari membran mukosa (bibir dan lidah).

Rasional: indikator langsung terhadap memadainya volume cairan, meskipun membran mukosa mulut kering bisa dikarenakan pernafasan lewat mulut.

1. Catat dan laporkan adanya nausea atau vomiting

Rasional: adanya tanda tersebut dapat menyebabkan berkurangnya asupan oral.

1. Monitor asupan dan keluarnya, serta catat warna dan karateristik urine.

Rasioanl: memberikan informasi tentang cukup tidaknya volume cairan dan kebutuhan tubuh.

1. Berikan cairan sekitar 2.500 ml/hari atau sesuai kebutuhan masing-masing individu.

Rasional: untuk mengembalikan kebutuhan cairan yang normal pada tubuh pasien dan untuk mengurangi risiko dehidrasi.

1. Berikan pengobatan atas indikasi, missal antipiretik dan antimetik.

Rasional: berguna dalam mengurangi kehilangan cairan.

1. Berikan cairan tambahan melalui IV sesuai kebutuhan.

Rasional: sering terjadi kekurangan atau kehilangan asupan secara berlebihan, gunakanlah cara parenteral untuk mengoreksi dan mencegah defisiensi.

### Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sesuai dengan situasi dan kondisi pasien pada saat itu. Tindakan keperawatan mencakup tindakan secara mandiri dan kolaborasi dengan tim medis lainnya. Pada tindakan secara mandiri aktivitas perawat didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan berdasarkan keputusan dari pihak lain.

### Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum,dapat timbul juga masalah baru. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selaselama 3x24 jam kebersihan jalan nafas kembali efektif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tidak terjadi perdarahan. Pasien juga dapat melaksanakan aktifitas seperti biasa. Evaluasi dibagi menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif:

1. Evaluasi formatif ialah dimana evaluasi langsung kepada pasien sesuai masalah yang dialami oleh pasien dalam bentuk format catatan perkembangan
2. Evaluasi sumatif ialah membandingkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yang nyata.

## *Web Of Caution* (WOC)

Inhalasi dengan jalan

1. Melalui udara

2. Aspirasi organisme dari naso faring

3. Hematogen

Reaksi inflamasi berat

Nyeri pleuritis

1. Nyeri dada

2. Panas dan demam

3. Anoreksia pausea vomit

Membran paru-paru meradang

dan berlubang

Pleuritic pain

Bersihan jalan nafas tidak efektif

SDM Red Blood Count (RBC), SDP White Blood Count (WBC), dan cairan keluar masuk di alveoli

Sekresi, edema, dan prochospasme

1. Dispnea

2. Sianosis

3. Batuk

Risiko penyebaran infeksi

Partical oclusi

Daerah paru menjadi padat (konsolidasi)

Penurunan ratio ventilasi-perfusi

Kapasitas difusi menurun

Kerusakan pertukaran gas

Hipoksemia

Suplai O2 kejaringan menurun

Kelemahan

Intoleransi aktivitas

Metabolism

meningkat

Kompensasi cadangan lemak dipergunakan oleh tubuh

Risiko ketidakseimbangan nutisi

Nyeri akut

Hipertermi

Cairan tubuh berkurang

Risiko kekurangan cairan kurang dari tubuh

Evaporasi meningkat

Luas permukaan membran respirasi

**Gambar 2.3 *Web Of Caution* (WOC) pneumonia**

# 

# TINJAUAN KASUS

Untuk mendapat gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah dengan kasus Pneumonia, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Januari 2020 sampai tanggal 30 Januari 2020 dengan data pengkajian tanggal 28 Januari 2020 pukul 09.30 WIB. Anannesa diperoleh dari Pasien dan file no Register 13.1X.XX sebagai berikut:

## Pengkajian

### Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama “Ny.S” berusia 72 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, pasien adalah seorang Ibu dan mempunyai 4 orang anak, pasien seorang ibu rumah tanga. Pasien MRS tanggal 28 Januari 2020 jam 01.19 WIB.

### Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan batuk sejak 3 hari yang lalu namun belum berhenti, pasien juga mengatan sesak nafas dan muntah-muntah sejak 3 hari.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Sejak 1 minggu yang lalu pasien mengeluh batuk namun disertai sesak nafas. Akhirnya pasien dibawa ke RSI untuk memeriksakan, dan pasien mendapat obat Glicazide, Motformin, Natrium Diklofenak, Glucosamine. Batuk sempat sembuh namun sering kambuh, akhirnya pada hari senin tanggal 27 Januari 2020 pasien mengeluh sesak, muntah-muntah, batuk mengeluarkan dahak berwarna kuning, dan demam. Karena sudah tidak tahan pasien minta antarkan suaminya ke IGD RSAL Dr. Ramelan Surabaya menggunakan mobil. Di IGD pasien di pasang infus NS 500 cc/24 jam dan pemasangan cateter, observasi TTV TD: 150/57 mmHg, S: 39,7⁰C , N: 110 x/menit , RR: 26 x/menit. Kemudian pasien mendapatkan injeksi Paracetamol 500 mg dan terapi oksigen 4 lpm. Kemudian pasien dilaksanakan pemeriksaan darah lengkap dan photo thorax dengan hasil pasien positif menderita pneumonia. Tim medis menyarankan untuk pasien mendapatkan terapi lebih lanjut di RS dan harus opname di ruang IV Paru RSAL Dr. Ramelan Surabaya. Pada saat pengkajian tanggal 28 Januari 2020. Keadaan pasien terlihat cukup.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan mempunyai hipertensi dan diabetes kurang lebih sudah 15 tahun terkena penyakit hipertensi dan diabetes.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan Ibu mempunyai penyakit diabetes dan keluarga tidak mempunyai riwayat pneumonia.

**Genogram**

Keterangan

: Meninggal : Perempuan :Tinggal serumah

: Pria : Hubungan darah :Pasien

### Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien cukup dengan kesadaran compos mentis, tekanan darah: 132/78mmHg, nadi: 87x/menit, suhu: 36,5⁰C, RR: 21x/menit, nilai antromometri TB:155 cm, BB sebelum sakit 50kg BB setelah sakit 50kg.

### Pengkajian Persistem

1. Sistem Pernafasan B1 (*Breathing*)

Bentuk dada normochest simetris kiri dan kanan, pergerakan normal, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas reguler, pola nafas eupnea, suara nafas vesikuler, ada suara nafas tambahan, pasien sesak nafas, batuk masih ada sputum warna kekuning-kuningan, kemampuan aktifitas terbatas.

**Masalah Keperawatan :Bersihan jalan nafas tidak efektif**

1. Sistem Kardiovaskaskuler dan limfatik B2 (*Blood*)

Ictus cordis tidak terlihat, teraba di ICS ke-5 irama jantung regular, nyeri dada tidak ada, bunyi jantung S1S2 tunggal, CRT < 2 detik, sianosis tidak ada, akral hangat, merah, kering, dan odema tidak ada.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

1. Sistem Persyarafan B3 (*Brain*)

Nilai GCS dengan rincian Eye 4 Verbal 5 Motorik 6

Reflek fisiologis : tidak ada masalah

reflex patologis : tidak ada masalah

N. Kranial I pasien dapat membau dengan normal, N. Kranial II ketajaman visual dan lapang pandang dalam batas normal, N. Kranial III pergerakan mata normal, N. Kranial IV pergerakan mata ke bawah dan ke dalam normal, N. Kranial V pergerakan rahang normal, N. Kranial VI pergerakan mata lateral normal, N. Kranial VII pergerakan bibir dan penutupan mata normal, N. Kranial VIII pendengaran dan keseimbangan normal, N. Kranial IX reflex meneran normal, N. Kranial X refelek muntah dan menelan secara normal, N. Kranial XI dapat menggerakkan bahu secara normal, N. Kranial XII pergerakan lidah saat berbicara normal. Kepala tidak ada lesi, tidak ada oedema, tidak ada nyeri kepala. Tidak ada paralisis. Bentuk hidung simetris, septum simetris, tidak ada polip, mata normal, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterus, lapang pandang baik, reflex cahaya +/+. Telinga normal, kebersihan baik. Kebersihan lidah bersih, kesulitan menelan tidak ada, uvula ditengah, bicara normal.

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

1. Sistem Perkemihan B4 (*Bladder*)

Kebersihan perkemihan baik, kandung kemih tidak ada retensi urine, eliminasi SMRS ± 7-10 x/hari jumlah 1500-2000cc, eliminasi MRS frekuensi jumlah ± 500cc pada jam 09.30 pasien terpasang cateter, warna kuning jernih. Gangguan tidak ada.

**Masalah Keperawatan : Resiko Infeksi**

1. Sistem Pencernaan B5 (*Bowel*)

Mulut bersih tidak ada bau,membran mukosa lembab, tidak memakai gigi palsu, refleks menelan normal, diit makanan SMRS kurangi gula, pasien makan 3x sehari. Diit di rumah sakit nasi lembek, tinggi protein, rendah gula. Selama masuk rumah sakit, nafsu makan pasien menurun, hanya ½ porsi makan yang dihabiskan, mual muntah ada. Frekuensi sehari 5-7 x sejumlah 1000-1500cc, jenis air putih. Bentuk perut datar simetris, peristaltik 8x/menit. Tidak ada kelainan abdomen. Tidak ada pembesaran Lien dan Hepar. Tidak ada hemoroid pada rectum. Eliminasi alvi SMRS 1x sehari warna kuning kecoklatan,sedangkan eliminasi alvi MRS belum.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Sistem Muskuloskeletal&Integumen B6 (*Bone*)

Rambut tidak rontok, tidak ada oedema, tidak ada lesi, warna kulit putih, turgor kulit elastis, rom aktif, kekuatan otot ektermitas atas 5555/5555, dan ektremitas bawah 5555/5555, tidak ada kelainan pada tulang begitu juga tidak ada kelainan pada jaringan .

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, terjadi hiperglikemi dan tidak terjadi hipoglikemi

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Sosial Reproduksi

Menstruasi Terakhir umur 50 tahun. Tidak ada masalah menstruasi. Tidak pernah Pap Smear.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Kemampuan Perawatan Diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktifitas sehari hari secara mandiri sedangkan selama di rumah sakit aktifitas dibantu. Pasien mandi, berpakaian, mobilitas dibantu, dan toileting pasien terpasang kateter

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawat Diri**

1. Personal Hygiene

SMRS pasien mandi 2 x sehari dan keramas 2x seminggu, sedangakan ketika di rumah sakit, pasien diseka, pasien belum keramas. Berganti pakaian SMRS 2x sehari dan MRS 2x sehari, menyikat gigi SMRS 2x sehari. MRS pasien mandinya diseka, hanya berkumur, ganti pakaian 1x sehari.

**Masalah Keperawatan :Tidak ada masalah keperawatan**

1. Istirahat Tidur

Sebelum MRS pasien tidur 7-8 jam/hari dan hal ini tidak terdapat masalah dalam pola istirahat tidur pasien karena setelah MRS pasien tidur selama 7 jam/hari. Sebelum MRS tidur malam pasien pada pukul 22.00-04.00 WIB dan pada siang hari pada pukul 12.00- 15.00 WIB, sedangkan saat di rumah sakit pasien tidur malam pada pukul 24.00-05.00 WIB dan pada siang hari pasien tidur pukul 13.00-15.00 WIB.

**Masalah Keperawatan :Tidak ada masalah keperawatan**

1. Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual

Menurut keluarga sehat adalah keadaan dimana fisik normal dapat melakukan aktivitas secara normal, jika ada keluarga yang sakit selalu dibawa ke rumah sakit atau dokter praktek. Selama di rumah sakit pasien hanya diam, dan kadang terlihat bingung, pasien mengeluh ingin cepat sembuh dan kembali berkativitas secara normal. Pasien adalah seorang ibu rumah tangga. kemampuan berbicara normal namun harus keras, pasien dalam berkomunikasi mengunakan bahasa Indonesia. Sistem pendukung suami, hubungan dengan orang lain baik.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

### Pemeriksaan Penunjang

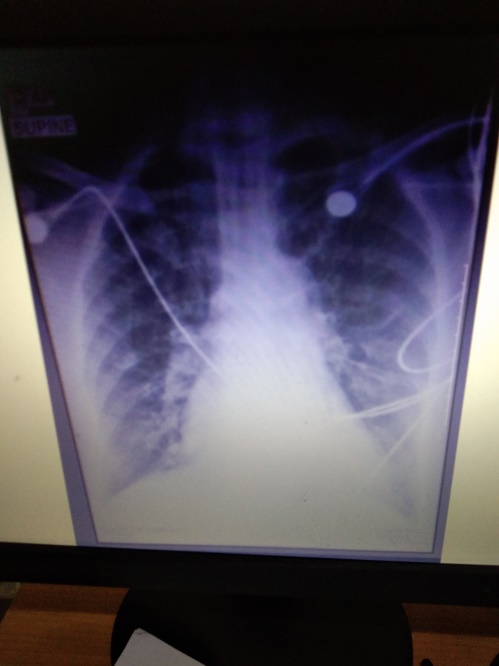
1. Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 27 Januari 2020

Tabel 3.1 Tabel Hasil Laboratorium

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Nilai normal |
| 1 | Gula darah acak | 235 | Mg/dl | < 120,0 |
| 2 | WBC | 12,92 | 10^3/ul | 4,0-10,0 |
| 3 | Lymph# | 0,59 | 10^3/ul | 0,8-4,0 |
| 4 | Lymph% | 4,6 | % | 20,0-40,0 |
| 5 | Neu# | 11,29 | 10^3/ul | 2,0-7,0 |
| 6 | Neu% | 87,4 | % | 50,0-70,0 |
| 7 | Mon# | 1,02 | 10^3/ul | 0,12-1,2 |
| 8 | Mon% | 7,9 | % | 3,0-12,0 |
| 9 | Eos# | 0,01 | 10^3/ul | 0,02-0,5 |
| 10 | Eos% | 0,0 | % | 0,5-5.0 |
| 11 | Bas# | 0,01 | 10^3/ul | 0,0-0,1 |
| 12 | Bas% | 0,1 | % | 0,0-1,0 |
| 13 | RBC | 2,95 | 10^6/ul | 3,5-5,5 |
| 14 | HGB | 8,9 | g/dl | 11,5-17 |
| 15 | PLT | 190 | 10^3/ul | 150-400 |
| 16 | PCT | 0,184 | % | 0,108-0,282 |
| 17 | Natrium | 137,2 | Mmol | 135,0-145,0 |
| 18 | Kalium | 4,44 | Mmol | 3,5-5,0 |

1. Pemeriksaan Thorax

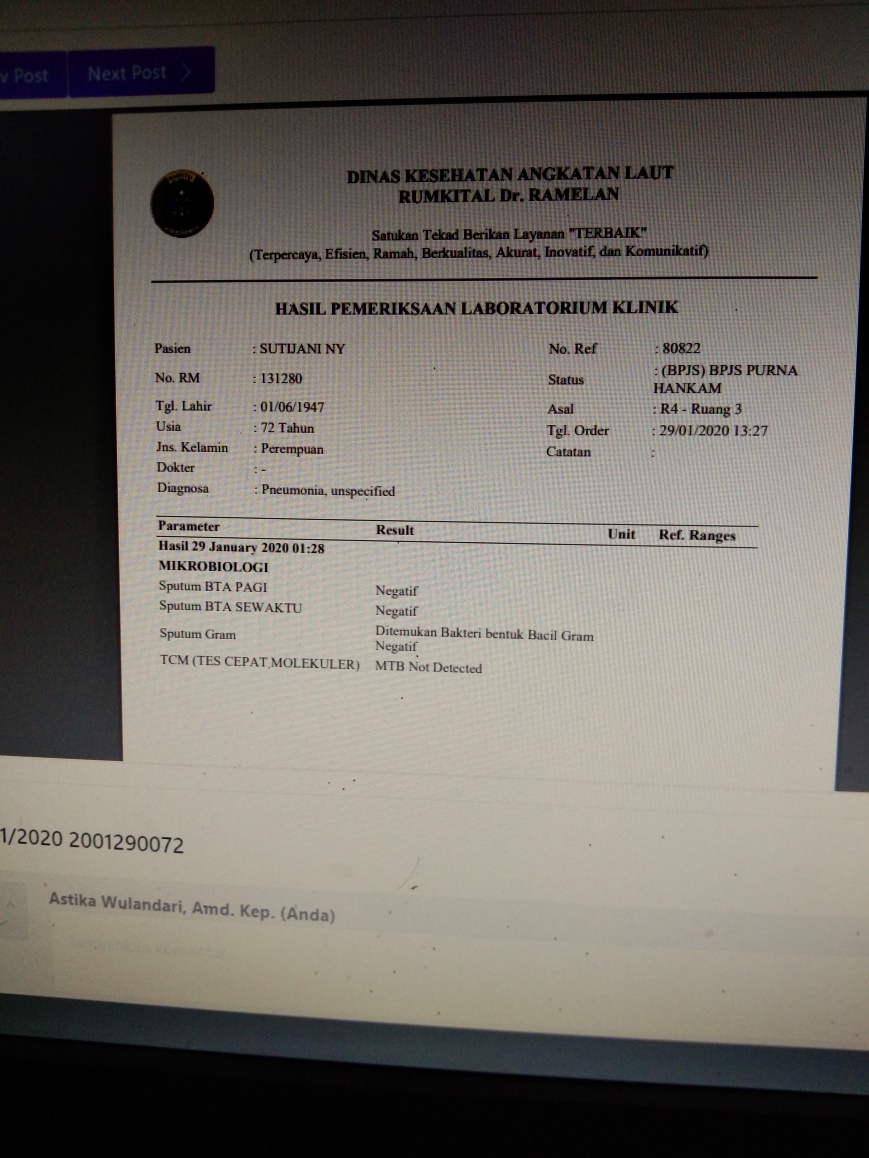
Bacaan : Suspect pneumonia proseps paru kanan



Gambar 2.2 Gambar Hasil Pemeriksaan Thorax

1. Pemeriksaan Sputum

Bacaan : Ditemukan Bakteri bentuk Bacil Gram Negatif



Gambar 2.3 Gambar Hasil Pemeriksaan Sputum

### Terapi atau Tindakan Lain

1. Infuse Futrolit 7 tpm (IV)

Indikasi: cairan isotonik

1. Nebul combivent 3x1 2,5ml (nebul)

Indikasi: melancarkan pernafasan melalui rileksasi otot nafas

1. Methyl prednisolone 2x1 62,5ml ((V)

Indikasi: untuk mengatasi gangguan sistem imun dan paru-paru

1. Inj OMZ 1x1 40mg (IV)

Indikasi: mual muntah

1. Inj Ampicilin Sulbactam 4x1 1,5g (IV)

Indikasi: antibiotic infeksi saluran pernafasan

Surabaya, 27 Februari 2020

Perawat

## Diagnosa Keperawatan

### Analisa Data

Table 3.2. Tabel Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Etiologi | Masalah |
| 1 | Ds : Pasien mengatakan batuk belum berhenti dan masih terasa sesak  Do : -Ada batuk,sputum warna kekuning kuningan  -Menggunakan O2 nasal 3 lpm  -Sputum berlebih  -Ronchi (+)  -Dipsnea | Hipersekresi jalan nafas | Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif |
| 2 | Ds : -  Do : -pasien terpasang selang cateteter  -Berwarna kuning jernih  -CRT≤2 detik  -WBC 12,92 10^3/ul | Pemasangan Kateter | Resiko Infeksi |
| 3 | Ds :-Pasien mengatakan masih mual, terkadang mual disertai muntah.  Do : -Mengeluh mual  -Merasa ingin muntah  -Nafsu makan menurun  -Merasa asam di mulut  -HGB 8,9 g/dl | Rasa makanan/minuman yang tidak enak | Nausea |
| 4 | Ds : pasien mengatakan aktivitas dibantu sepenuhnya  Do :-Tidak mampu melakukan mandi, mengenakan pakain secara mandiri | Kelemahan | Defisit Perawatan Diri |

### Prioritas Masalah

Table 3.3 Tabel Prioritas Masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Masalah Keperawatan | Tanggal | | Paraf |
| Ditemukan | Teratasi |
| 1  2  3  4 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas .  Nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak.  Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.  Resiko infeksi berhubungan dengan pemasangan kataer. | 28-01-2020  28-01-2020  28-01-2020  28-01-2020 | 30-01-2020  29-01-2020  30-01-2020  30-01-2020 | Herlina  Herlina  Herlina  Herlina |

## Rencana Keperawatan

Tabel 3.4 Tabel Rencana Keperawatan

51

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No  Dx | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan  Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 1 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jalan nafas kembali efektif  Kriteria Hasil :  1.RR dalam batas normal 16-20x/menit  2.Produksi sputum menurun  3.Frekuensi nafas membaik  4.Bunyi nafas tambahan menurun | 1.Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman nafas)  2.Monitor bunyi nafas tambahan (ronkhi, wheezibg, gurgling)  3.Posisikan semi-fowler  4.Ajarkan batuk efektif  5.Berikan oksigen (3 lpm)  6.Hasil dari kolaborasi dokter berikan terapi obat nebul combivent 3x1 2,5 ml, nebul prednisolone 2x1 62,5, dan obat antibiotik ampicillin sulbactam 4x1 1,5 g. | 1.Untuk mengetahui pola pernafasan  2.Untuk mengetahui adanya bunyi nafas tambahan.  3.Untuk memaksimalkan ekspansi paru  4.Untuk mempermudah pengeluaran secret  5.Untuk mengurangi sesak nafas  6.Untuk mempercepat penyembuhan |
| 2 | Resiko infeksi berhubungan dengan pemasangan kateter | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi menurun.  Kriteria Hasil :  1.Demam menurun  2.Nafsu makan meningkat  3.TTV dalam batas normal | 1.Monitor tanda dan gejala infeksi  2.Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien  3.Pertahankan cuci tangan pada pasien  4.Ajarkan cara cuci tangan yang benar kepada pasien dan keluarga  5. Ajarkan etika batuk  6.Anjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi  7.Pastikan kantong urine lebih rendah dari kandung kemih  8.Anjurkan untuk mengosongkan setiap 8 jam sekali jika urin sudah penuh  9.Anjurkan kepada keluarga saat menyeka pasien, perineum juga harus dibersihkan dengan benar | 1.Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi pada pasien  2.Untuk menghindari kuman yang terjadi pada pasien ke orang lain  3.Untuk mengurangi terjadinya infeksi dari saru orang ke orang lain  4.Mencegah terjadinya infeksi yang berlebih  5.Supaya orang lain tidak tertular  6.Untuk pemenuhan kebutuhan tubuh  7.Supaya urine yang sudah keluar tidak kembli lagi  8.Untuk membersihkan urin residu dan melancarkan suplai darah ke kandung kemih sehingga tingkat resiko menurun  9.Mencegah terjadinya infeksi |
| 3 | Nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam nausea teratasi.  Kriteria Hasil :  1.Nafsu makan meningkat  2.Keluhan mual menurun  3.Perasaan ingin muntah menurun  4.Perasaan asam dimulut menurun | 1.Observssi dampak mual terhadap kualitas hidup  2.Observasi muntah (warna, konsistensi, adanya darah atau tidak)  3.Monitor asupan nutrisi  4.Anjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering  5.Anjurkan istirahat yang cukup  6.Hasil dari kolaborasi dengan dr dilakukan pemberian obat OMZ 1x1 40 mg. | 1.Untuk mengetahui dampak mual pasien  2.Untuk mengetahui karakteristik muntah pasien  3.Untuk pemenuhan tubuh  4.Supaya nafsu makan pasien dapat meningkat  5.Untuk mengurangi rasa mual  6.Untuk mengurangi rasa mual  52 |
| 4 | Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (mandi, ganti pakaian, dan makan) | Setekah dilakukan tindakam keperawatan selama 3x24 jam deficit perawatan diri teratasi.  Kriteria Hasil :  1.Kemampuan mandi secara mandiri meningkat  2.Kemampuan mengenakan pakaian secara mandiri meningkat  3.Kemampuan ke toilet secara mandiri meningkat  4.Mempertahankan kebersihan mulut secara mandiri meningkat | 1.Observasi kebiasaan mandi, makan berpakaian saat di rumah dan dirumah sakit  2.Ajarkan pasien membersihkan mulut dengan berkumur menggunakan obat kumur  3.Ajarkan kepada keluarga pasien cara memandikan (menyeka) dengan benar  4.Motivasi pasien untuk makan secara mandiri | 1.Untuk mengetahui keadaan pasien dibantu atau mandiri  2.Supaya mulut pasien tetap bersih, terhindar dari bau mulut  3.Agar pasien terasa nyaman  4.Supaya pasien dapat melakukan secara mandiri |

53

## Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dan evaluasi pada tanggal 28-30 Januari 2020

Tabel 3.5 Tabel Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

54

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  Dx | WAKTU (tgl&jam) | TINDAKAN | TT WAT | WAKTU  (tgl&jam) | CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP) | TT  WAT |
|  | DIAGNOSA | 1.Bersihan jalan nafas tidak efektif |  |  |  |  |
|  | Selasa  28-01-2020  09.00  09.30  09.35  09.40  09.50  11.20  12.00  12.10  14.00 | Membina hubungan saling percaya,memperkenalkan diri, menyapa px dengan sebutan yang disukai  Mengkaji status pernapasan pasien  Mengobservasi TTV  TD : 132/78 mmHg  N : 87 x/mrnit  S : 36,5ºC  RR : 21 x/menit  Memberikan posisi semi fowler  Mengajarkan teknik batuk efektif kepada pasien (pasien dapat memperagakannya, dapat mengeluarkan sputum dan sputumnya dibuang di kantong yang tertutup, setelah itu tempat kantong sputum di buang di sampah medis (plastic kuning)).  Mengambil darah vena (untuk mengecek SGOT, SGPT, Almbumin  Memberikan terapi obat cinam 1 g  Mengobserbasi TTV  TD : 116/57 mmHg  N : 59 x/mrnit  S : 36,4ºC  RR : 21 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer (combivent 2,5 ml) | Herlina | Selasa  28 Januari  2020  14.20 | Dx 1  S : Pasien mengatakan batuk sering  O : a. RR : 21 x/menit  b.Ada suara nafas tambahan wheezing  c.Sputum ada, berwarna kuning  d.SPO2 : 98%  e.Terpasang O2 nasal 3 lpm  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | Herlina |
|  | Shift Sore  15.00  15.05  16.00  18.00  19.00  19.30 | Mengobservasi pola nafas pasien  Mengobservasi sputum pasien keluar tidaknya setelah dilakukan terapi obat nebulizer  Mengobservasi TTV  TD : 114/76 mmHg  N : 68 x/mrnit  S : 36,5ºC  RR : 21 x/menit  Memberikan terapi obat MP (methyl prednisolon) 62,5 mg  Mengobservasi TTV  TD : 118/50 mmHg  N : 61 x/mrnit  S : 36,1ºC  RR : 21 x/menit  Mempertahankan posisi semi fowler pasien | Perawatt | Shift Sore  20.00 | 55  Dx 1  S : Pasien mengatakan batuk sering  O : a. RR : 21 x/menit  b.Ada suara nafas tambahan wheezing  c.Sputum ada, berwarna kuning, frekuensi sedikit  d.SPO2 : 98%  e.Terpasang O2 nasal 3 lpm  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | 55  Perawat |
|  | Shift Malam  21.30  22.00  23.50  24.00  05.00  06.00  07.05 | Mengobservasi pernafasan pasien  Memberikan terapi obat nebulizer (combivent 2,5 ml)  Mengobservasi TTV  Memberikan terapi obat ampicillin Sulbactam 1 g  Mengobservasi TTV  TD : 159/71 mmHg  N : 59 x/menit  S : 36,1ºC  RR : 20 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer combivent + pulmicort  Melakukan terapi obat ampicillin sulbactam 1 g  Memberikan terapi obat methyl prednisolone 62,5 mg  Mengikuti dr visite  Terapi yang didapat (amlodipine stop, diovan 80 mg : 1-0-0, furosemide : ½-0-0, spironolakton 25 mg : 0-1-0 | Parawat | Shift Malam  07.20 | Dx 1  S : Pasien mengatakan batuk sering  O : a. RR : 20 x/menit  b.Ada suara nafas tambahan wheezing  c.SPO2 : 98%  d.Terpasang O2 nasal 3 lpm  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | Paerawat  56 |
|  | DIAGNOSA | 2 : Nausea |  |  |  |  |
|  | Selasa  28-01-2020  Shift pagi  09.35  10.10  10.15  10.20  10.25  11.20  12.10 | Mengobservasi TTV pasien  Mengobservasi TTV  TD : 132/78 mmHg  N : 87 x/mrnit  S : 36,5ºC  RR : 21 x/menit  Mengobservasi karakteristik muntah pasien  Menganjurkan makan dalam porsi kecil namun sering  Menganjurkan mengurangi makanan yang menimbulkan rasa mual  Menganjurkan istirahat yang cukup  Mengambil darah vena (untuk mengecek SGOT, SGPT, dan Almbumin  Mengobserbasi TTV  TD : 116/57 mmHg  N : 59 x/mrnit  S : 36,4ºC  RR : 21 x/menit | Herlina | Selasa  Shift Pagi  14.20 | Dx 2  S : Pasien mengatakn mual  O : a.Ada muntah  b.Muntah berwarna putih, kental  c.Frekuensi muntah 2x  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | 57  Herlina |
|  | Shift sore  15.10  15.15  15.20  16.00  18.00  19.00 | Mengobservasi karakteristik muntah pasien  Menganjurkan makan dalam porsi kecil namun sering  Menganjurkan istirahat yang cukup  Mengobservasi TTV  TD : 114/76 mmHg  N : 68 x/mrnit  S : 36,5ºC  RR : 21 x/menit  Memberikan terapi obat MP (methyl prednisolon) 62,5 mg  Mengobservasi TTV  TD : 118/50 mmHg  N : 61 x/mrnit  S : 36,1ºC  RR : 21 x/menit | Perawat | Shift sore  21.00 | Dx 2  S : Pasien mengatakn mual  O : a.Ada muntah  b.Muntah berwarna putih, kental  c.Frekuensi muntah 1x  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | 58  Perawat |
|  | Shift malam  22.00  22.15  23.50  24.00  05.00  06.00 | Memberikan terapi obat nebulizer (combivent 2,5 ml)  Menganjurkan istirahat yang cukup  Mengobservasi TTV  Memberikan terapi obat ampicillin Sulbactam 1 g  Mengobservasi TTV  TD : 159/71 mmHg  N : 59 x/menit  S : 36,1ºC  RR : 20 x/menit  Memberikan terapi obat OMZ | Pearawat | Shift malam  07.20 | Dx 2  S : Pasien mengatakn mual  O : a.Ada muntah  b.Muntah berwarna putih, kental  c.Frekuensi muntah 1x  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | 58  Perawat |
|  | DIAGNOSA | 3 :Defisit perawatan diri |  |  |  |  |
|  | Selasa  28-01-2020  Shift Pagi  10.25  10.30  10.40    10.50  11.20  12.20 | Mengobservasi kebiasaan mandi, makan berpakaian saat di rumah dan dirumah sakit  Mengajarkan pasien membersihkan mulut dengan berkumur menggunakan obat kumur  Mengajarkan kepada keluarga pasien cara memandikan (menyeka) dengan benar  Memotivasi pasien untuk makan secara mandiri  Mengambil darah vena (untuk mengecek SGOT, SGPT, dan Almbumin  Mengobserbasi TTV  TD : 116/57 mmHg  N : 59 x/mrnit  S : 36,4ºC  RR : 21 x/menit | Herlina | Selasa  Shift Pagi  14.20 | Dx 3:  S :Pasien mengatakan mandi, berpakain, makan dibantu oleh bapak (suami)  O : a.saat makan disuapin  b.saat mengganti pakaian dibantu  c.pada saat mandi kliem diseka  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | 59  Herlina |
|  | Shift Sore  15.30  15.35  16.00  18.00  19.00 | Mengobservasi pasien cara berpakaian, sudah diseka apa belum  Mengajarkan pasien membersihkan mulut dengan berkumur menggunakan obat kumur  Mengobservasi TTV  TD : 114/76 mmHg  N : 68 x/mrnit  S : 36,5ºC  RR : 21 x/menit  Memberikan terapi obat MP (methyl prednisolon) 62,5 mg  Mengobservasi TTV  TD : 118/50 mmHg  N : 61 x/mrnit  S : 36,1ºC  RR : 21 x/menit | Perawat | Shift sore  21.00 | Dx 3:  S :Pasien mengatakan mandi, berpakain, makan dibantu oleh bapak (suami)  O : a.saat makan disuapin  b.saat mengganti pakaian dibantu  c.pada saat mandi kliem diseka  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | 60  Perawat |
|  | Shift malam  06.15  06.25 | Mengajarkan kepada keluarga pasien cara menyeka dengan benar  Mengajarkan pasien membersihkan mulut | Perawat | Shift Malam  07.20 | Dx 3:  S :Pasien mengatakan mandi, berpakain, makan dibantu oleh bapak (suami)  O : a.saat makan disuapin  b.saat mengganti pakaian dibantu  c.mandi kliem diseka  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | Perawat |
|  | DIAGNOSA | 4. Resiko Infeksi |  |  |  |  |
|  | Selasa  28-01-2020  09.40  10.00  10.05  10.35  11.20  12.20 | Mengajarkan cara etika batuk dengan benar kepada pasien  Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar kepada pasien dan keluarga  Menganjurkan cuci tangan sebelum makan dan sesudah makan  Menganjurkan kepada keluarga pasien saat melakukan seka bagian perineum harus dibersihkan dengan benar  Mengambil darah vena (untuk mengecek SGOT, SGPT, dan Almbumin  Mengobserbasi TTV  TD : 116/57 mmHg  N : 59 x/mrnit  S : 36,4ºC  RR : 21 x/menit | Herlina | Selasa  Shift Pagi  14.20 | Dx 4:  S : -  O : a.Pasien terpasang kateter  b.Frekuensi urine jam 09.30 300cc  c.Urine berwarna kuning jernih  d.WBC : 12,92 10^3/ul (normal : 4,0-10,0 10^3/ul)  e.Pasien tampak tidak paham bagaimana cara mencuci tangan dengan benar.  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | Herlina  61 |
|  | Shift Sore  18.15  18.20  18.25 | Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar kepada pasien  Menganjurkan mencuci tangan sebelum makan dan sesudah makan  Memastikan kantong urine lebih rendah dari kandung kemih pasien | Perawat | Shift sore  20.00 | Dx 4:  S: -  O: a. Pasien terpasang kateter  b. Frekuensi urine 500 cc  c. Urine berwarna kuning jernih  d. WBC : 12,92 10^3/ul (norma: 4,0-10,0 10^3/ul  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan | 62  Perawat |
|  | Shift malam  06.30  06.35 | Menganjurkan mencuci tangan sebelum makan dan sesudah makan  Menganjurkan untuk tetap mempertahankan tindak aseptiknya dengan baik | Perawat | Shift Malam  07.20 | Dx 4  S: -  O: a.Pasien terpasang kateter  b. Frekuensi urine 400 cc  c.Urine berwarna kuning jernih  d. WBC : 12,92 10^3/ul (norma: 4,0-10,0 10^3/ul  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan | Perawat |
|  | DIAGNOSA | 1. Bersihan jalan tidak efektif |  |  |  |  |
|  | Rabu,  29-01-2020  Shift Pagi  08.20  08.25  08.50  12.00  12.10  14.00 | Mengobservasi pernafasan pasien  Memberikan posisi semi fowler  Mengobservasi sputum pasien keluar tidaknya setelah dilakukan terapi obat nebulizer  Memberikan terapi obat ampicillin sulbactam 1g  Mengobservasi TTV  TD : 173/68 mmHg  N : 64 x/menit  S : 36,4ºC  RR : 21 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer (combivent 2,5 ml) | Herlina | Shift Pagi  14.20 | Dx 1  S : Pasien mengatakan masih batuk dan sesak  O : a. RR: 21 x/menit  b. Sputum ada, berwarna kuning  c. SPO2 : 98%  d. Masih terpasag O2 nasal : 3 lpm  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | Herlina  62 |
|  | Shift Sore  15.00  15.05  16.00  18.00  19.00  19.30 | Mengobservasi pola nafas pasien  Mengobservasi sputum pasien keluar tidaknya setelah diberikan terapi obat nebulizer  Mengobservasi TTV  TD : 173/87 mmHg  N : 64 x/menit  S : 36,4ºC  RR : 20 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer (pulmicort 2 ml)  Memberikan terapi obat MP (methyl prednisolone) 62,5 mg  Melakukan cek 2jpp pada pasien (pasien mendapatkan terapi novorapid 3x4 ui sc)  Mempertahankan posisi semi fowler | Perawat | Shift Sore  20.00 | Dx 1  S : Pasien mengatakan masih batuk, sesak berkurang  O : a. RR: 20 x/menit  b. Sputum ada, berwarna kuning  c. SPO2 : 98%  d. Masih terpasag O2 nasal : 3 lpm  e. Ada suara nafas tambahan wheezing  d. Hasil 2jpp : 231  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | 63  Perawat |
|  | Shift Malam  21.30  22.00  23.50  24.00  05.00  06.00 | Mengobservasi pernafasan pasien  Memberikan terapi obat nebulizer (combivent 2,5 ml)  Mengobservasi TTV  Memberikan terapi obat ampicillin sulbactam 1 g  Mengobservasi TTV  TD : 148/63 mmHg  N : 62 x/menit  S : 36,8ºC  RR : 20 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer combivent + pulmicort  Melakukan terapi obat ampicillin sulbactam 1 g  Memberikan terapi obat methyl prednisolone 62,5 mg | Perawat | Shft Malam  07.20 | Dx 1  S : Pasien mengatakan masih batuk, sesa berkurang  O : a. RR: 20 x/menit  b. Sputum ada, berwarna kuning  c. SPO2 : 98%  d. Masih terpasag O2 nasal : 3 lpm  e. Ada suara nafas tambahan wheezing  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Perawat |
|  | DIAGNOSA | 2. Nausea |  |  |  |  |
|  | Rabu,  29-01-2020  Shift Pagi  08.45  08.55  12.10  12.20 | Mengobservasi karakteristik muntah pasien  Menganjurkan makan dalam porsi kecil namun sering  Mengobservasi TTV  TD : 173/87 mmHg  N : 64 x/menit  S :36,4ºC  RR : 20 x/menit  Menganjurkan untuk istirahat yang cukup | Herlina | Shift Pagi  14.20 | Dx 2  S : Pasien mengatakan masih mual  O : a. Tidak muntah  b. Frekuensi mual 1x  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | 64  Herlina |
|  | Shift Sore  15.10  15.15  15.20  16.00  18.00  19.05 | Mengobservasi apakah pasien masih mual muntah  Menganjurkan makan dalam porsi kecil namun sering  Menganjurkan istirahat yang cukup  Mengobservasi TTV  TD : 173/87 mmHg  N : 64 x/menit  S : 36,4ºC  RR : 20 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer (pulmicort 2 ml)  Memberikan terapi obat MP (methyl prednisolone) 62,5 mg  Mengobservasi TTV  TD : 136/56 mmHg  N : 75 x/menit  S : 36,6ºC  RR : 20 x/menit | Perawta | Shift Sore  20.00 | Dx 2  S : Pasiepn mengatakan sudah tidak mual  O : tidak muntah, tidak mual  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan | 65  Perawat |
|  | DIAGNOSA | 3. Defisit perawatan diri |  |  |  |  |
|  | Rabu,  29-01-2020  Shift Pagi  08.30  08.35  08.40  12.10 | Mengobservasi pasien sudah mandi atau diseka  Mengajarkan pasien cara membersihkan mulut dengan berkumur menggunakan obat kumur  Memotivasi pasien untuk makan secara mandiri  Mengobservasi TTV  TD : 173/87 mmHg  N : 64 x/menit  S : 36,4ºC  RR : 20 x/menit | Herlina | Shift pagi  14.20 | Dx 3  S :Pasien mengatakan mandi, berpakaian, makan masih dibantunoleh bapak (suami)  O : a. Saat makan disuapain  b. Saat mengganti pakaian masih dibantu oleh suaminya  c. pasien masih diseka saat mandi  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan | Herlina |
|  | Shift Sore  15.30  15.35  16.00  18.00  19.00 | Mengobservasi pasien sudah mandi atau diseka  Mengajarkan pasien cara membersihkan mulut dengan berkumur menggunakan obat kumur  Mengobservasi TTV  TD : 173/87 mmHg  N : 64 x/menit  S : 36,4ºC  RR : 20 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer (pulmicort 2 ml)  Memberikan terapi obat MP (methyl prednisolone) 62,5 mg  Mengobservasi TTV  TD : 136/56 mmHg  N : 75 x/menit  S : 36,6ºC  RR : 20 x/menit | Perawat | Shuft Sore  20.00 | Dx 3  S :Pasien mengatakan mandi, berpakaian dibantu oleh bapak (suami)  O : a. Makan sudah mandiri  b. Saat mengganti pakaian masih dibantu oleh suaminya  c. pasien masih diseka saat mandi  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | 66  Perawat |
|  | Shift Malam  06.10  06.15  06.25 | Mengobservasi apakah pasien sudah mandi atau diseka  Mengajarkan kepada keluarga pasien cara menyeka dengan benar  Mengajarkan pasien membersihkan mulut dengan cara berkumur dengan obat kumur | Perawat | Shift Malam  07.20 | Dx 3  S :Pasien mengatakan mandi, berpakaian dibantu oleh bapak (suami)  O : a. Makan sudah mandiri  b. Saat mengganti pakaian masih dibantu oleh suaminya  c. pasien masih diseka saat mandi  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Perawat |
|  | DIAGNOSA | 4. Resiko infeksi |  |  |  | 67 |
|  | Rabu,  29-01-2020  Shift Pagi  09.00  09.05  09.15 | Mengajarkan pasien cara etika batuk yang benar  Mengajarkan pasien dan keluarga pasien cara cuci tangan dengan benar  Menganjurkan kepada keluarga pasien saat melakukan seka bagian perineum harus dibersihkan dengan benar | Herlina | Shift Pagi  14.20 | Dx 4  S : -  O : a. Pasien terpasang kateter  b. Frekuensi urine 400 cc  c. Urine berwarna kuning jernih  d. Pasien tampak sedikit paham bagaimana cara mencuci tangan dengan benar  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Herlina |
|  | Shift Sore  18.15  18.20  18.25 | Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar kepada pasien maupun ke keluarga pasien  Menganjurkan mencuci tangan sebelum makan maupun sesudah makan  Menganjurkan untuk tetap mempertahankan tindak aseptiknya dengan baik | Perawat | Shift Sore  20.00 | Dx 4  S : -  O : a. Pasien terpasang kateter  b. Frekuensi urine 350 cc  c. Urine berwarna kuning jernih  d. Pasien tampak sedikit paham bagaimana cara mencuci tangan dengan benar  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Perawat |
|  | Shift Malam  06.30  06.35 | Menganjurkan mencuci tangan sebelum makan maupun sesudah makan  Menganjurkan untuk tetap mempertahankan tindak aseptiknya dengan baik | Perawat | Shift Malam  07.20 | Dx 4  S : -  O : a. Pasien terpasang kateter  b. Frekuensi urine 400 cc  c. Urine berwarna kuning jernih  d. Pasien tampak sedikit paham bagaimana cara mencuci tangan dengan benar  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | 68  Perawat |
|  | DIAGNOSA | 1.Bersihan jalan nafas tidak efektif |  |  |  |  |
|  | Kamis,  30-01-2020  Shift Pagi  08.20  08.25  08.50  12.00  12.05  12.10  14.00 | Mengobservasi pernafasan pasien  Memberikan posisi semi fowler  Mengobservasi sputum pasien keluar tidaknya setelah dilakukan terapi obat nebulizer  Memberikan terapi obat ampicillin sulbactam 1g  Memberikan terapi obat sc novorapid 4 ui sebelum makan  Mengobservasi TTV  TD : 135/68 mmHg  N : 72 x/menit  S : 36,7ºC  RR : 20 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer (combivent 2,5 ml) | Herlina | Shift Pagi  14.20 | Dx 1  S : Pasien mengatakan masih batuk namum berkurang  O : a. RR : 20 x/menit  b. Tidak sesak  c. Sputum masih ada, berwarma kuning  d. O2 nasal sudah terlepas  e. SPO2 : 98%  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Herlina  69 |
|  | Shift Sore  15.00  15.05  16.00  18.00  19.30 | Mengobservasi pola nafas pasien  Mengobservasi sputum pasien keluar tidaknya setelah diberikan terapi obat nebulizer  Mengobservasi TTV  TD : 145/82 mmHg  N : 64 x/menit  S : 36,4ºC  RR : 20 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer (pulmicort 2 ml)  Memberikan terapi obat MP (methyl prednisolone) 62,5 mg  Mempertahankan posisi semi fowler | Perawat | Shift Sore  20.00 | Dx 1  S : Pasien mengatakan masih batuk namum berkurang  O : a. RR : 20 x/menit  b. Tidak sesak  c. Sputum masih ada, berwarma kuning  d. O2 nasal sudah terlepas  e. SPO2 : 99%  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Perawat |
|  | Shift Malam  21.30  22.00  23.50  24.00  05.00  06.00 | Mengobservasi pernafasan pasien  Memberikan terapi obat nebulizer (combivent 2,5 ml)  Mengobservasi TTV  Memberikan terapi obat ampicillin sulbactam 1 g  Mengobservasi TTV  TD : 148/63 mmHg  N : 62 x/menit  S : 36,8ºC  RR : 20 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer combivent + pulmicort  Melakukan terapi obat ampicillin sulbactam 1 g  Memberikan terapi obat methyl prednisolone 62,5 mg | Perawat | Shift Malam  07.20 | Dx 1  S : Pasien mengatakan masih batuk namun berkurang  O : a. RR : 20 x/menit  b. Tidak sesak  c. O2 nasal sudah terlepas  d. Sputum masih ada, frekuensi sedikit  e. SPO2 : 98%  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | 70  Pearwat |
|  | DIAGNOSA | 3.Defisit perawatan diri |  |  |  |  |
|  | Kamis,  30-01-2020  Shift Pagi  08.30  08.35  08.40  12.10 | Mengobservasi pasien sudah mandi atau diseka  Mengajarkan pasien cara membersihkan mulut dengan berkumur menggunakan obat kumur  Memotivasi pasien untuk makan secara mandiri  Mengobservasi TTV  TD : 135/68 mmHg  N : 72 x/menit  S : 36,7ºC  RR : 20 x/menit | Herlina | Shift Pagi  14.20 | Dx 3  71  S :Pasien mengatakan mandi, berpakaian dibantu oleh bapak (suami)  O : a. Makan sudah mandiri  b. Saat mengganti pakaian masih dibantu oleh suaminya  c. pasien masih diseka saat mandi  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Herlina |
|  | Shift Sore  15.30  15.35  16.00  18.00  19.00 | Mengobservasi pasien sudah mandi atau diseka  Mengajarkan pasien cara membersihkan mulut dengan berkumur menggunakan obat kumur  Mengobservasi TTV  TD : 145/82 mmHg  N : 64 x/menit  S : 36,4ºC  RR : 20 x/menit  Memberikan terapi obat nebulizer (pulmicort 2 ml)  Memberikan terapi obat MP (methyl prednisolone) 62,5 mg  Mengobservasi TTV  TD : 136/56 mmHg  N : 75 x/menit  S : 36,6ºC  RR : 20 x/menit | Perawat | Shift Sore  20.00 | Dx 3  S :Pasien mengatakan mandi, berpakaian dibantu oleh bapak (suami)  O : a. Makan sudah mandiri  b. Saat mengganti pakaian masih dibantu oleh suaminya  c. pasien masih diseka saat mandi  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Perawat |
|  | Shift Malam  06.10  06.15  06.25 | Mengobservasi apakah pasien sudah mandi atau diseka  Mengajarkan kepada keluarga pasien cara menyeka dengan benar  Mengajarkan pasien membersihkan mulut dengan cara berkumur dengan obat kumur | Perawat | Shift Malam  07.20 | Dx 3  S :Pasien mengatakan mandi, berpakaian dibantu oleh bapak (suami)  O : a. Makan sudah mandiri  b. Saat mengganti pakaian masih dibantu oleh suaminya  c. pasien masih diseka saat mandi  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | 72  Perawat |
|  | DIAGNOSA | 4.Resiko infeksi |  |  |  |  |
|  | Kamis,  30-01-2020  Shift Pagi  09.00  09.05  09.15  10.00 | Mengajarkan pasien cara etika batuk yang benar  Mengajarkan pasien dan keluarga pasien cara cuci tangan dengan benar  Menganjurkan kepada keluarga pasien saat melakukan seka bagian perineum harus dibersihkan dengan benar  Menganjurkan kepada keluarga pasien saat melakukan seka bagian perineum harus dibersihkan dengan benar | Herlina | Shift Pagi  14.20 | Dx 4  73  S : -  O : a. Pasien terpasang kateter  b. Frekuensi urine 500 cc  c. Urine berwarna kuning jernih  d. Pasien tampak paham bagaimana cara mencuci tangan dengan benar  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Herlina |
|  | Shift Sore  18.15  18.20  18.25 | Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar kepada pasien maupun ke keluarga pasien  Menganjurkan mencuci tangan sebelum makan maupun sesudah makan  Menganjurkan untuk tetap mempertahankan tindak aseptiknya dengan baik | Perawat | Shift Sore  20.00 | Dx 4  S : -  O : a. Pasien terpasang kateter  b. Frekuensi urine 300 cc  c. Urine berwarna kuning jernih  d. Pasien tampak paham bagaimana cara mencuci tangan dengan benar  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Perawat |
|  | Shift Malam  06.30  06.35 | Menganjurkan mencuci tangan sebelum makan maupun sesudah makan  Menganjurkan kepada keluarga pasien saat melakukan seka bagian perineum harus dibersihkan dengan benar | Perawat | Shift Malam  07.20 | Dx 4  S : -  O : a. Pasien terpasang kateter  b. Frekuensi urine 450 cc  c. Urine berwarna kuning jernih  d. Pasien tampak paham bagaimana cara mencuci tangan dengan benar  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan | Perawat |

74

# 

**PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny.S dengan Pneumonia di runag Paviliun IV Rumkital Dr. Ramelan Suarabaya yang dilaksanakan muali tanggal 27 Januari 2020 sampai dengan 01 Februari 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.S dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

1. Identitas

Data yang didapatkan Ny.S berjenis kelamin perempuan, berusia 72 tahun, pekerjaannya adalah seorang ibu rumah tangga. Pada faktor resiko dari Pneumonia disebutkan bahwa insiden tertinggi Pneumonia biasanya mengenai usia anak-anak (2-3 tahun) merupakan usia puncak pada anak-anak untuk terserang pneumonia yang disebut pneumonia lobularis disebabkan oleh virus pernafasan. Pada usia sekolah, pneumonia paling sering disebabkan oleh bakteri Mycoplasma pneumonia. Pada orang dewasa juga bisa terkena yang disebut pneumonia lobaris disebabkan oleh bakteri (Streptococcus pneumonia pneumococcus) karena infeski saluran pernafasan bagian bawah dan menghirup udara yang berisiko sudah tercemar polusi. Pada lansia juga berisiko tinggi untuk terkena penyakit pneumonia (Somantri, 2012). Namun, tidak semua kasus yang ditemukan dilapangan akan sesuai dengan teori yang dikemukakan, karena pada kasus Ny.S pasien adalah seorang ibu rumah tangga, sudah lansia.

1. Riwayat Sakit dan Kesehatan
2. Keluhan Utama

Keluhan utama yang ditemukan pada Ny.S adalah batuk dan sesak yang belum berhenti, nafsu makan menurun. Pernyataan ini didukung oleh (Somantri, 2012), yang menyatakn bahwa keluhan utama yang dirasakan oleh orang yang terkena penyakit pneumonia adalah batuk, sesak, demam ≥ 40ºC, menggigil, nyeri pleuritik, sputum berwarna seperti karat. Batuk dan sesak terjadi akibat adanya infeksi saluran pernafasan atas (ISPA).

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang dapat meliputi keluhan atau gangguan yang berhubungan dengan penyakit yang saat ini dirasakan. Pada kasus ini pasien mengalami batuk sejak 1 minggu yang lalu namun disertai sesak nafas. Akhirnya pasien dibawa ke RSI untuk memeriksakannya, dank lien mendapat obat Glicazide, Motformin, Natrium Diklofenak, Glucosamine. Batuk sempat sembuh namun sering kambuh, akhirnya pada hari senin tanggal 27 Januari 2020 pasien mengeluh sesak, muntah, batuk mengeluarkan dahak berwarna kuning, dan demam. Karena sudah tidak tahan pasien minta antarkan suaminya ke IGD RSAL Dr. Ramelan Surabaya menggunakan mobil. Di IGD pasien di pasang infus NS 500 cc/24 jam dan pemasangan cateter, obsevasi TTV TD: 150/57 mmHg, S: 39,7ºC, N: 110 x/menit, RR: 26 x/menit. Kemudian pasien mendapatkan injeksi parasetamol 500 mg dan terapi oksigen 4 lpm. Kemudian pasien dilaksanakan pemeriksaan darah lengkap dan photo thorax dengan hasil positif menderita pneumonia. Tim medis menyarankan untuk pasien mendapatkan terapi lebih lanjut di RS dan harus opname di ruang IV Paru RSAL Dr. Ramelan Surabaya. Pada saat pengkajian tanggal 28 Januari 2020. Keadaan pasien terlihat cukup.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan suatu penyakit yang pernah diderita oleh pasien seperti diabetes mellitus, hipertensi, akan berkembang menjadi aktif setelah infeksi awal diakibatkan karena sistem imun yang tidak adekuat . hal ini terjadi karena pola hidup pasien yang kurang sehatt dan tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit pneumonia. Riwayat penyakit dahulu adalah keadaan atau penyakit yang pernah di derita oleh pasien yang berhubungan dengan penyakit yang dialami sekarang. Pneumonia sering kali timbul setelah terjadi ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas). Resiko tinggi timbul pada pasien dengan riwayat alkoholik, post-operasi, infeksi pernafasan, dan pasien yang imunoaupresi (kelemahan dalam sistem imun) (Somantri, 2012).

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga pada pasien yang terkena penyakit pneumonia kemungkinan besar keluarga ada yang menderita penyakit yang serupa, namun pada kasus ini keluarga Ny.S tidak ada yang pernah menderita atau terkena penyakit pneumonia, yang ada riwayat keluarga pasien pernah menderita diabetes mellitus.

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan persistem, (1) Sistem Pernafasan (*Breathing*), didapatkan ketika pengkajian pasien mengatakan batuk dan dapat mengeluarkan secret, bentuk dada normochest, simetris kanan dan kiri, pergerakan normal, tidak ada otot bantu nafas tambahan, respirasi 21 x/menit, irama nafas regular, pola nafas eupnea, suara nafas vesikuler, ada suara nafas tambahan, pasien sesak nafas, batuk masih ada sputum berwarna kekuning-kuningan, kemampuan beraktifitas terbatas; (2) Sistem Kardiovaskuler (*Blood*), pada sistem kardiovaskuler tidak didapatkan adanya kelainan pembesaran kelenjar getah bening, akral hangat, capillary revil time < 2 detik, tidak ada oedema pada ekstremitas, tidak ada murmur, bunyi jantung S1S2 tunggal, nadi 87 x/menit, tidak ada takikardi ataupun bradikardi, tidak terdapat sianosis, tekanan darah132/78 mmHg; (3) Sistem Persyarafan (*Brain*), didapatkan data kesadaran compos mentis, keadaan umum cukup, GCS = 15 dengan rincian Eye 4 Verbal 5 Motorik 6, orientasi dengan lingkungan baik, orientasi waktu, orang dan tempat baik, pupil isokor, tidak ada masalah pada refelek patologis dan fisiologis, konjungtiva tidak anemins, lapang pandang baik, reflek cahata (+/+), septum hidung ditengan, tidak ada polip , pendengaran baik tidak ada kelaianan, lidah bersih tidak ada kesulitan menelan dan berbiacara, uvula ditengan, pemeriksaan nervus kranial tidak ada kelainan, tidak ada keluhan pusing, pada pemeriksaan nervus N I hingga N XII tidak ditemukan masalah keperawatan. Pada sistem persyarafan tidak ditemukan masalah keperawatan; (4) Sistem Perkemihan (*Bladder*), didapatkan data dari pasien kebersihan perkemihan baik, pasien menggunakan alat eliminasi, kandung kemih tidak ada retensi urin, eliminasi BAK atau urin SMRS ± 7-10 x/hari jumlah 1500-2000cc, eliminasi MRS frekuensi jumlah ± 500cc . Dari data pengkajian juga tidak ditemukan masalah pada BAK (Buang Air Kecil) dan tidak ditemukan distensi pada area kandung kemih; (5) Sistem Pencernaan (*Bowel*), didapatkan dari hasil pengkajian mulut bersih tidak ada bau, membran mukosa lembab, tidak memakai gigi palsu, refleks menelan normal, diit makanan SMRS kurangi gula, pasien makan 3x sehari, diit di rumah sakit nasi lembek, tinggi protein, rendah gula, selama masuk rumah sakit, nafsu makan pasien menurun, hanya ½ porsi makan yang dihabiskan, mual muntah ada, frekuensi sehari 5-7 x sejumlah 1000-1500cc, jenis air putih, bentuk perut datar simetris, peristaltik 8x/menit, tidak ada kelainan abdomen, tidak ada pembesaran Lien dan Hepar, tidak ada hemoroid pada rectum, eiminasi alvi SMRS 1x sehari warna kuning kecoklatan,sedangkan eliminasi alvi MRS belum. Menurut (Somantri, 2012), pasien yang terkena penyakit pneumonia akan mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan; (6) Sistem muskuloskeletal (*Bone*), pada pengkajian kasus Ny.S ditemukan rambut tidak rontok, tidak ada lesi, tidak ada oedema, warna kulit putih, turgor kulit elastis, rom aktif, kekuatan otot ektremitas atas 5555/5555, dan kekuatan otot ekstremitas bawah 5555/5555, tidak ada kelaian pada tulang begitu juga tidak ada kelainan pada jaringan.

1. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Ardiansyah, 2012), pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien yang menderita penyakit pneumonia untuk menegakkan diagnosa adalah melakukan pemeriksaan sputum, melakukan foto rontgen dada (*chest x-ray*), pemeriksaan laboratorium yang meliputi laju endap darah. Pada kasus Ny.S ditemukan saat dilakukan pemeriksaan thorax terbaca hasilnya dengan suspect pneumonia proseps paru kanan. Dengan hasil laboratorim WBC yang tinggi 12,92 10^3/uL dengan nilai normal 4,0-10,0 10^3/uL.

1. Kemampuan Perawtan Diri

Hasil dari pengkajian Ny.S didapatkan bahwa kemampuan pasien dalam aktivitas mandi, toileting, berpakaian dibantu oleh keluarga maupun perawat. Sebelum masuk rumah sakit, pasien bisa melakukan secara mandiri tanpa diabantu keluarga. Didapatkan suatu masalah keperawatan yakni Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

* 1. Personal Hyegine

Sebelum MRS pasien mandi 2 x sehari dan keramas 2x dalam seminggu, sedangakan ketika di rumah sakit, pasien diseka, pasien belum keramas. Berganti pakaian SMRS 2x sehari dan MRS 2x sehari, menyikat gigi SMRS 2x sehari. MRS pasien mandinya diseka, hanya berkumur, ganti pakaian 1x sehari. Tidak ada masalah keperawatan.

* 1. Istirahat Tidur

Sebelum MRS pasien tidur 7-8 jam/hari dan hal ini tidak terdapat masalah dalam pola istirahat tidur pasien karena setelah MRS pasien tidur selama 7 jam/hari. Sebelum MRS tidur malam pasien pada pukul 22.00-04.00 WIB dan pada siang hari pada pukul 12.00- 15.00 WIB, sedangkan saat di rumah sakit pasien tidur malam pada pukul 24.00-05.00 WIB dan pada siang hari pasien tidur pukul 13.00-15.00 WIB. Pada kasus ini tidak ditemukan tanda-tanda gangguan pola tidur dan tidak terjadi masalah keperawatan.

* 1. Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio-Sipritual

Hasil dari pengkajian pada Ny.S didapatkan persepsi sehat adalah keadaan dimana fisik normal dapat melakukan aktivitas secara normal, jika ada keluarga yang sakit selalu dibawa ke rumah sakit atau dokter praktek. Selama di rumah sakit pasien hanya diam, dan kadang terlihat bingung, pasien mengeluh ingin cepat sembuh dan kembali berkativitas secara normal. Pasien adalah seorang ibu rumah tangga. kemampuan berbicara normal namun harus keras, pasien dalam berkomunikasi mengunakan bahasa Indonesia. Sistem pendukung suami, hubungan dengan orang lain baik.

## Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien pneumonia secara kajian teori menurut (Ardiansyah, 2012) ada tujuh, yaitu:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi trakheobronkial
2. Kerusakan pertukana gas berhubungan dengan perubahan alveolar kapiler (efek inflamasi)
3. Risiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan tidak memaidainya mekanisme pertahanan tubuh primer (penurunan aktivitas silia, sekresi, statis di saluran pernafasan)
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tidak seimbangnya persediaan dan kebutuhan oksigen
5. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi pada parenkim paru
6. Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurangnya asupan makanan bergizi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi
7. Risiko tinggi kurangnya volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang banyak

Dari tujuh diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua diagnosa muncul dan ada dua diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yang sesuai dengan tinjauan pustaka terhadap Ny.S, yaitu:

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas.

Resiko infeksi berhubungan dengan pemasangan kateter.

Ada diagnosa yang muncul yang tidak terdapat pada tinjauan pustaka namun muncul ditinjauan kasus, sebagai berikut:

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
2. Nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak.

Munculnya 4 diagnosa dikarenakan terjadi masalah kepada pasien, sebagai berikut:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas.

Pasien mengalami batuk dan mengeluarkan dahak. Batuk dengan keluarnya dahak menunjukkan adanya eksudat dalam saluran pernafasan. Untuk mengeluarkan dahak dengan lancar dapat melakukan tindakan keperawatan pemberian terapi obat nebulizer, dengan cara batuk efektif. Jika dahak tidak keluar dengan lancar dapat berakibat ketidakefektifan jalan nafas adalah kesulitan bernafas, sehingga pasien dapat mengakibatkan timbulnya sianosis, kelelahan, serta merasa lemah.

1. Nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak.

Pasien yang terkena penyakit pneumonia sering ditemukan mual muntah dan penurunan rasa nafsu makan, untuk mengembalikan asupan nutrisi pasien dianjurkan makan dengan porsi kecil namun sering afar asupan nutrisi pada tubuh dapat terpenuhi.

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Karena pasien saat beraktivitas dibantu oleh keluarga pasien, dari mulai mandi hanya diseka, saat berganti pakaian juga dibantu, saat makan juga disuapin. Dengan cara memotivasi diharapkan pasien dapat melakukannya secara mandiri saat melakukan aktivitas seperti mandi, berpakaian, dan makan.

1. Resiko infeksi berhubungan dengan pemasangan kateter.

Pasien terpasang selang kateter, untuk mencegaj terjadinya resiko jatuh karena pasien sudah lansia, pertahankan tindak aseptik sangat perlu karena untuk mencegah tertularnya anatara satu dengan yang lainnya.

## Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alas an penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkata pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenal 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 tetap mengacu pada sasaran, data, dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. Diagnosa 1, Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas.

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan jalan nafas kembali efektif. Dengan kriteria hasil RR pasien dalam keadaan normal, produksi sputum menurun, frekuensi nafas membaik, bunyi nafas tambahan menurun. Pada kasus Ny.S dilakukan intervensi yaitu, monitor pola nafas pasien, monitor bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler, ajarkan batuk efektif, berikan oksigen 3 lpm, hasil dari kolaborasi berikan terapi obat nebulizer combivent 2,5 ml dan pulmicort 2 ml.

1. Diagnosa 2, Nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak.

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan nausea teratasi. Dengan kriteria hasil nafsu makan meningkat, keluhan ingin mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, perasaan asam di mulut menurun. Pada kasus Ny.S dilakukan intervensi yaitu, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup, identifikasi muntah (warna, konsistensi, adanya darah atau tidak), monitor asupan nutrisi, anjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering, anjurkan istirahat yang cukup, hasil dari kolaborasi dengan dr dilakukan pemberian terapi obat OMZ.

1. Diagnosa 3, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan defisit perawatan diri teratasi. Dengan kriteria hasil kemampuan mandi secara mandiri meningkat, kemampuan mengenakan pakaian secara mandiri meningkat, kemampuan ke toilet secara mandiri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut secara mandiri meningkat. Pada kasus Ny.S dilakukan intervensi yaitu, identifikasi kebiasaan mandi, makan berpakaian saat di rumah dan dirumah sakit, ajarkan pasien membersihkan mulut dengan berkumur menggunakan obat kumur, ajarkan kepada keluarga pasien cara memandikan (menyeka) dengan benar, motivasi pasien untuk makan secara mandiri.

1. Diagnosa 4, Resiko infeksi berhubungan dengan pemasangan kateter.

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan infeksi menurun. Dengan kriteria hasil demam menurun, nafsu makan meningkat, tanda-tanda vital dalam keadaan normal. Pada kasus Ny.S dilakukan intervensi yaitu, monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, pertahankan cuci tangan pada pasien, ajarkan cara cuci tangan yang benar kepada pasien dan keluarga, ajarkan etika batuk, anjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi, Pastikan kantong urine lebih rendah dari kandung kemih, anjurkan untuk mengosongkan setiap 8 jam sekali jika urin sudah penuh, anjurkan kepada keluarga saat menyeka pasien, perineum juga harus dibersihkan dengan benar.

## 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 tinjauan kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien, berupa pendokumentasian dan intervesi keperawatan

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegerasi, pada tinjauan pustaka untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama, dan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan pelaksanaan, faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan adalah antara lain adanya kerjasama yang baik dari perawat, dokter, maupun tim medis yang lain, saran dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1. Diagnoa 1, Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas.

Pada Ny.S ditemukan data obyektif yaitu pasien tampak sesak (menggunakan bantuan alat pernafasan O2 nasal 3 lpm), mengalami batuk, adanya sputum, adanya suara nafas tambahan yaitu ronkhi. Sehingga dilakukan tindakan yang dilakukan saat mengkaji adalah memonitor pola nafas pasien, memonitor bunyi nafas tambahan, memposisikan semi fowler, mengajarkan cara batuk efektif yang benar, memberikan oksigen 3 lpm, memberikan terapi obat nebulizer combivent 2,5 ml dan pulmicort 2 ml.

1. Diagnosa 2, Nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak.

Pada Ny.S ditemukan data obyektif yaitu pasien tampak mengaalami mual, adanya muntah, nafsu makan menurun. Sehingga dilakukan tindakan yang dilakukan saat mengkaji adalah mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup, mengidentifikasi muntah (warna, konsistensi, adanya darah atau tidak), memonitor asupan nutrisi, anjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering, menganjurkan istirahat yang cukup, hasil dari kolaborasi dengan dr dilakukan pemberian terapi obat OMZ.

1. Diagnosa 3, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Pada Ny.S ditemukan data obyektif yaitu pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan secara mandiri. Sehingga dilakukan tindakan yang dilakukan saat mengkaji adalah , mengidentifikasi kebiasaan mandi, makan berpakaian saat di rumah dan dirumah sakit, mengajarkan pasien membersihkan mulut dengan berkumur menggunakan obat kumur, mengajarkan kepada keluarga pasien cara memandikan (menyeka) dengan benar, motivasi pasien untuk makan secara mandiri.

1. Diagnosa 4, Resiko infeksi berhubungan dengan pemasangan kateter.

Pada Ny.S ditemukan data obyektif yaitu pasien tampak menggunakan alat bantu BAK, WBC : 12,92 10^3/ul. Sehingga dilakukan tindakan yang dilakukan saat mengkaji adalah memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, mempertahankan cuci tangan pada pasien, mengajarkan cara cuci tangan yang benar kepada pasien dan keluarga, mengajarkan etika batuk, menganjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi, mamastikan kantong urine lebih rendah dari kandung kemih, anjurkan untuk mengosongkan setiap 8 jam sekali jika urin sudah penuh, menganjurkan kepada keluarga saat menyeka pasien, perineum juga harus dibersihkan dengan benar.

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

## Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi pasien bisa dilakukan karena dapat diketahui secara langsung bagaimana keadaan pasien. Dimana setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasikan sebagai berikut:

1. Diagnosa 1, Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubngan dengan hipersekresi jalan nafas.

Pada waktu dilakukan evaluasi didapatkan hasil data obyektif yaitu pasien tampak sesak (menggunakan bantuan alat pernafasan O2 nasal 3 lpm), mengalami batuk, adanya sputum, adanya suara nafas tambahan yaitu ronkhi. Masalah belum teratasi, meski kebutuhan pasien sebagian terpenuhi 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan dapat mengurangi batuk meskipun masih dalam proses pemulihan.

1. Diagnosa 2, Nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak.

Pada waktu dilakukan evaluasi didapatkan hasil data obyektif yaitu pasien tampak mengaalami mual, adanya muntah, nafsu makan menurun. masalah bisa teratasi asalkan pasien dapat menghabiskan makanannya, istirahat yang cukup, makan dalam porsi kecil namun sering. Kebutuhan pasien terpenuhi 1x24 jam karena tindakan yang tepat berhasil dan telah berhasil dilaksanakan dan teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.

1. Diagnosa 3, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Pada waktu dilakukan evaluasi didapatkan hasil data obyektif yaitu pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan secara mandiri. Masalah defisit pereawatan diri teratasi sebagian karena pasien belum dapat memakai pakaian secara mandiri, belum mandi secara mandiri, hanya makan secara mandiri. Sebagian terpenuhi 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan dapat memandiriakn pasien dengan melakukan kegiatan yang selama ini dibantu oleh keluarganya.

1. Diagnosa 4, Resiko infeksi berhubungan dengan pemasangan kateter.

Pada waktu dilakukan evaluasi didapatkan hasil data obyektif yaitu pasien tampak menggunakan alat bantu BAK, WBC : 12,92 10^3/ul. Masalah bisa teratasi, asalkan pasien dapat menjaga kebersihan tubuhnya, mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, menjaga kebersihan area perineum. Kebutuhan pasien sebagian terpenuhi 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan dapat mengurangi terjadinya resiko infeksi.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai, karena adanya kerjasama yang sangat baik antara pasien, keluarga pasien, dan tim medis kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny.S sudah sesuai dengan harapan masalah dapat teratasi dank lien KRS pada hari jumat tanggal 31 Januari 2020.

**PENUTUP**

Sebagai penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus pneumonia di ruang IV Paru Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan kasus pneumonia.

## Kesimpulan

1. Pengkajian yang ditemukan pada pasien dengan diagnosa pneumonia peningkatan suhu tubuh, batuk, sesak, dan nafsu makan menurun, pasien mual disertai muntah, pasien terpasang kateter, saat melakukan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul adalah (1) bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas; (2) nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak; (3) defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan; (4) resiko infeksi berhubungan dengan pemasangan kateter.
3. Perencanaan pada pasien pneumonia yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas, setelah dilakukan tindakan bersihan jalan kembali efektif, kriteria hasilnya pasien RR dalam keadaan normal dan frekuensi nafas membaik, monitor pola nafas pasien, monitor bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler, ajarkan batuk efektif, pasien dan keluarga mengetahui informasi tentang penyakitnya.
4. Pelaksanaan pada pasien pneumonia supaya menganjurkan keluarga pasien dengan batuk efektif yang benar. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis harus melibatkan pasien dan keluarga pasien secara aktif dalam melakukan asuhan keperawatan.
5. Pada tahap evaluasi, semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga maupun tim kesehatan yang lain. Hasil evaluasi Ny.S sudah sesuai harapan ada masalah teratasi sebagian dan ada masalah teratasi dan pasien KRS.

## Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Menyarankan pasien dan keluarga tetap melakukan observasi terhadap batuk. Patuh terhadap terapi yang di anjurkan baik secara terapi farmakologi maupun terapi non farmakologi.

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Untuk lebih mengembangkan dan meningkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif dengan harapan perawat mempunyai respon yang tinggi terhadap pasien sehingga intervensi yang diberikan dapat membantu menyelesaikan masalah. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan, hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa pneumonia. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatana yang professional, alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas masalah kesehatan pasien. Kembangakan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara koemprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional, alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang asuhan keperawatan dan pendidikan bisa menambah literature untuk melengkapi perkuliahan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa* (Dion, ed.). Jogjakarta: DIVA Press.

Erfanto Linangkung, S. &. (2014). *Buku Pintar Anatomi Tubuh Manusia* (1st ed.; Rakha, ed.). Jakarta Timur: Dunia Cerdas.

Somantri, I. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan* (2nd ed.; A. Suslia, ed.). Jakarta: Salemba Medika.

Suddarth, B. &. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah* (12th ed.; E. Anisa Mardella, ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Suprapto I, A. W. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi* (1st ed.; A. Maftuhin, ed.). Jakarta: TIM.

**SOP Pemberian Obat (Bolus Intravena)**

**Melalui Selang Infus**

1. Pengertian

Memasukkan dosis obat yang atau cairan obat yang kental atau pekat secara lansung ke dalam sirkulasi sistemik melalui saluran infus menggunakan spuit.

1. Tujuan

Pemberian obat dengan bolus intravena bertujuan agar obat yang diberikan dapat bereaksi dengan cepat.

1. Indikasi
2. Pasien yang secara kritis atau tidak stabil.
3. Situasi gawat darurat.
4. Pemberian obat-obatan yang perlu absorbsi lebih cepat pada pasien yang jumlah masukan cairannya terbatas.
5. Kontraindikasi
6. Inflamasi (bengkak, nyeri, demam)
7. Infeksi di lokasi pemasangan infus
8. Prosedur
9. Pra Interaksi
10. Mengecek status pasien dan mengkaji kebutuhan pasien terkait pemberian obat
11. Menyiapkan alat
12. Obat yang akan diberikan (misalnya vial atau ampul)
13. Spuit sesuai ukuran
14. Jarum steril sesuai ukuran spuit
15. Pelarut yang tepat sesuai indikasi (misalnya aquades atau normal salin)
16. Alkohol swab
17. Bak injeksi
18. Bengkok
19. Pengalas
20. Handscoon (sarung tangan)
21. Catatan pemberian obat
22. Jam tangan
23. Orientasi
24. Memberi salam terapeutik
25. Kontra waktu
26. Menjelaskan tujuan dan pemberian obat
27. Memberi kesempatan pasien untuk Tanya
28. Mendekatkan alat ke pasien
29. Interaksi
30. Beritahu pasien tindakan akan segera dilakukan
31. Dekatkan alat
32. Cuci tangan
33. Menyiapkan obat sesuai kebutuhan pasien dengan prinsip 6 benar
34. Mengatur posisi pasien untuk penyuntikan
35. Mengecek kelancaran tetesan infus sebelum obat dimasukkan
36. Memastikan tidak ada udara di dalam spuit yang berisi obat
37. Mematikan atau mengklame infus
38. Melakukan disinfektan pada area karet saluran infus
39. Tusukkan jarum ke bagian karet saluran infus dengan hati-hati
40. Memasukkan obat secara perlahan dengan mendorong pegangan spuit sampai habis
41. Mencabut jarum dari bagian karet saluran infus
42. Membuka klem cairan infus dan mengobservasi kelancaran tetesan infus
43. Membuang spuit ke tempat yang sudah disediakan
44. Rapikan pasien
45. Bereskan alat
46. Lepas sarung tangan
47. Cuci tangan
48. Terminasi
49. Mengevaluasi respon pasien
50. Catat dibuku catatan obat

**SOP Pemasangan Kateter**

1. Pengertian

Kateter adalah selang yang digunakan untuk memasukkan atau mengeluarkan cairan.

Kateter urinarius adalah memasukkan kateter melalui uretra ke dalam kandung kemih dengan tujuan mengeluarkan urin.

1. Tujuan
2. Untuk mengeluarkan urin sehingga menghilangkan ketidaknyamanan karena distensi kandung kemih
3. Mendapatkan urine steril untuk specimen
4. Indikasi Pemasangan Kateter
5. Alat-alat yang dibutuhkan
6. Bak instrument steril berisi : pinset anatomis, kasa
7. Kom
8. Kateter sesuai ukuran
9. Sarung tangan steril
10. Sarung tangan bersih
11. Cairan antiseptic
12. Spuit 10 cc atau 20 cc berisi aquadest atau NaCl steril
13. Jelly
14. Urine bag
15. Plaster
16. Gunting verban
17. Selimut mandi
18. Tirai
19. Perlak dan pengalas
20. Bengkok
21. Tempat specimen (bila perlu)
22. Tahap Pelaksanaan
23. Tahap Pra Interaksi
24. Mengucapkan salam terapeutik
25. Memperkenalkan diri
26. Menjelaskan pada klien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan
27. Penjelasan yang disampaikan dimengerti klien atau keluarga
28. Selama komunikasi gunakan bahasa yang jelas, sistematis serta tidak mengancam
29. Klien atau keluarga diberi kesempatan bertanya untuk klarifikasi
30. Privasi klien selama komunikasi dihargai
31. Membuat kontak waktu selama tindakan yang dilakukan
32. Tahap Orientasi
33. Memperkenalkan diri
34. Mengucapkan salam terapeutik dan memperkenalkan diri
35. Validasi data : pastikan nama klien dan data yang terikat
36. Meminta persetujuan tindakan
37. Menyampaikan atau menjelaskan tujuan tindakan
38. Menyampaikan atau menjelaskan langkah-langkah prosedur
39. Membuat konta waktu dan kesepakatan selama pelaksanaan tindakan
40. Tahap Interaksi
41. Mencuci tangan
42. Memberikan privasi kepada klien
43. Mengatur posisi klien (wanita : posisi dorsal recumbent atau litotomi, laki-laki : supine) sambil melepas pakaian bawah
44. Menutup area pinggang dan bagian tungkai atas klien dengan selimut lalu sisihkan selimut hingga yang terpajan hanya area perineal
45. Letakkan bengkok didekat klien
46. Menyiapkan cairan antiseptic kedalam kom
47. Gunakan sarung tangan bersih
48. Membersihkan genetalia dengan cairan antiseptic
49. Buka sarung tangan
50. Buka bungkusan luar set kateter dan urin bag dan kemudian simpan di alas steril. Jika pemasangan kateter dilakukan sendiri, maka siapkan KY jelly di dalam bak steril. Jangan menyentuh area steril
51. Gunakan sarung tangan steril
52. Buka sebagian bungkusan dalam kateter, pegang kateter dan berikan jelly pada ujung kateter dengan tetap mempertahankan teknik steril

Pada Laki-laki

1. Posisikan penis tegak lurus 90º dengan tubuh klien

Pada Wanita

1. Buka labio minora menggunakan ibu jari dan telunjuk atau telunjuk dengan jari tengan dengan tangan yang tidak dominan
2. Masukkan kateter secara perlahan hingga ujung kateter. Anjurkan klien untuk menarik nafas saat kateter dimasukkan. Kaji kelancaran pemasukan kateter jika ada hambatan berhenti sejenak kemudian dicoba lagi. Jika masih ada tekanan kateterisasi dihentikan
3. Pastikan bengkok dekat dengan ujung kateter agar urin tidak tumpah. Setelah urin mengalir, ambil specimen urin bila diperlukan. Lalu segera sambungkan kateter dengan urine bag
4. Kembangkan balon kateter dengan aquadest/Nacl steril sesuai volume yang tertera pada label spesifikasi kateter yang dipakai
5. Tarik kateter keluar secara perlahan untuk memastikan balon kateter sudah terfiksasi dengan baik dalam vesika urinaria
6. Bersihkan jelly yang tersisi pada kateter dengan kasa
7. Fiksasi kateter
8. Menempatkan urine bag di tempat tidur pada posisi yang lebih rendah dari kandung kemih
9. Bereskan semua alat
10. Lepaskan sarung tangan
11. Rapikan kembali klien
12. Tahap Terminasi
13. Menginformasikan hasil tersebut kepada klien dan evaluasi tujuan
14. Kontrak pertemuan selanjutnya dan mengucapkan salam terminasi
15. Merapikan alat dan mengembalikan ke tempat semula
16. Mencuci tangan
17. Tahap Evaluasi
18. Mengobservasi respon klien selama dan sesudah prosedur pemasangan kateter
19. Mengevaluasi produksi urin
20. Tahap Dokumentasi
21. Mencatat prosedur dan respon klien selama prosedur
22. Mencatat waktu tindakan (hari, tanggal, jam)
23. Mencatat nama perawat yang melakukan tindakan