SEKOLAH SINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”K” DENGAN BRONCOPNEMONIA DI RUANG PERAWATAN BERNADETH I RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

ALBERTUS MAMAL
E.1414401059

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2017

SEKOLAH SINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."K" DENGAN BRONCOPNEMONIA DI RUANG PERAWATAN BERNADETH I RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan
di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : ALBERTUS MAMAL
NIM : E.1414401059

Disetujui Oleh:

Pembimbing I	Pembimbing II
(Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes)	Yunita Gabriela, S.Kep.,Ns
NIND: 0925107502	

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, S.Kep, Ns., MSN)
NIDN. 0912106501

SEKOLAH SINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."K" DENGAN BRONCOPNEMONIA DI RUANG PERAWATAN BERNADETH I RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Selasa,30 mei 2017
Pukul	: 13.00-14.00
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Siprianus Abdu, S, Si., Ns., M. Kes (.....)

2. Meyke Rosdiana,Ns (.....)

3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes (.....)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S, Si., Ns., M. Kes)

NIDN. 0928027101

SEKOLAH SINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Albertus Mamal
Tempat/Tanggal Lahir	: Tonggur, 20-06-1993
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Maipa No.20 Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Flovianus Syukur/Salome Jangul
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Manggarai

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuah

SDK Gembala Baik	: 2002-2007
SMPN Cancar	: 2010-2013
SMA Widya Bhakti	: 2013-2015
STIK Stella Maris	: 2015-2017

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tualis ini dengan judul " Asuhan Keperawatan pada Tn "K" dengan Bronchopneumonia di ruang perawatan Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 9-12 Maret 2017 ". Karya Tulis ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan studi D lll keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan karya tulis ini banyak halangan yang penulis hadapi, namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan serta motivasi dari berbagai pihak, sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, Ns.,M. Kes, selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Dr. Thomas MMR selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberi izin untuk melaksanakan praktek keperawatan di ruang perawatan Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar
3. Matilda Paseno, Ns.,M.Kes. Selaku pembimbing I yang telah membimbing dah mengarahkan penulis, serta telah meluangkan waktu dan tenaga sampai penulisan karya tulis ilmiah ini selesai.
4. Yunita Gabriela, S.Kep.,Ns. Selaku pembimbing II dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, yang telah meluangkan banyak waktu dalam membimbing penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris yang telah banyak memberi dukungan selama penulis menempuh kuliah di STIK Stella Maris.
6. Tn "K" selaku penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerja sama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

7. Teristimewa untuk orang tuaku tercinta (Alm. Flovianus Syukur, Salome Jangul, Elfridus Tika dan Yonesimus Parman) yang penuh kesabaran banyak memberi doa, dukungan baik moril maupun materi kepada penulis sehingga karya tulis ini dapat selesai.
8. Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih khusus kepada Anastasia Sastri yang telah membantu penulis dalam doa, dukungan moril maupun materi sehingga karya tulis ini dapat selesai. Terima kasih juga untuk teman-teman Prodi D3 Angkatan 2014 Stella Maris Makassar yang selalu mendukung dan membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah berperan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menyadari karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritikan dan saran untuk kesempurnaan karya tulis ini.

Akhirnya penulis mengharapkan kiranya karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dalam perkembangan ilmu keperawatan.

Makassar, April 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Hal

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR TABEL
DAFTAR GAMBAR
DAFTAR
LAMPIRAN……..
DAFTAR ISI vii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan..... 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian..... 6
2. Anatomi Fisiologi..... 7
3. Etiologi..... 10
4. Patofisiologi..... 11
5. Manifestasi Klinik..... 13
6. Tes Diagnostik..... 14
7. Penatalaksanaan Medik..... 15
8. Komplikasi..... 16
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 17
1. Pengkajian..... 17

2. Diagnosa Keperawatan..... 18
3. Perencanaan Keperawatan..... 19
4. Discharge Planning..... 39
C. Patoflowdiagram ……..... 39
BAB III PENGAMATAN KASUS 41
A. Pengkajian..... 42
B. Analisa Data 63
C. Diagnosa Keperawatan 67
D. Rencana Keperawatan 68
E. Implementasi..... 78
F. Evaluasi..... 89
G. Daftar Obat..... 96

BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 100
A. Pengkajian 100
B. Diagnosa Keperawatan 102
C. Perencanaan Keperawatan 103
D. Implementasi Keperawatan 106
E. Evaluasi..... 107

BAB V PENUTUP…..... 108
A. Kesimpulan 108
B. Saran 109
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dewasa ini pengaruh lingkungan, kebiasaan perilaku dan gaya hidup masa kini telah membuat kondisi tubuh manusia semakin rentan terhadap serangan berbagai macam penyakit salah satunya adalah yang berhubungan dengan saluran pernapasan.

Keadaan ini tidak bole dipandang sebelah mata, karena data *World health Organization(WHO)* telah menyebabkan dari sepuluh macam penyakit penyebab angka kematian di dunia, tercatat bahwa infeksi saluran pernapasan bahwa merupakan penyakit infeksi terbesar ke empat yang menyebabkan kematian di dunia selama satu dekade terakhir dengan jumlah kematian jumlah kematian mencapai 3,1 juta kematian pada tahun 2012.

Di Indonesia pada tahun 2014, diketahui bahwa pneumonia merupakan salah satu penyakit menular langsung yang dapat menjadi ancaman kesehatan bagi masyarakat Indonesia.

Hal ini didukung berdasarkan hasil riset yang telah dilakukan oleh kementrian kesehatan Republik Indonesia (RI) pada tahun 2013 melalui riset kesehatan dasar (Riskesdas), yang mendapatkan bahwa peningkatan prevalensi pneumonia pada semua jenjang usia dari 2,1 % pada tahun 2007 menjadi 2,7 % pada tahun 2013. *Period prevalence* pneumonia yang tinggi terjadi pada kelompok usia 1–4 tahun, kemudian meningkat pada kelompok usia 45–54 tahun dan semakin meningkat sesuai pertumbuhan usia.

Pneumonia merupakan infeksi saluran pernapasan yang berhubungan dengan tingkat kesakitan dan kematian, terutama pada anak-anak di negara berkembang. Insidensi pneumonia lebih

tinggi pada usia lanjut, hal ini disebabkan oleh perubahan anatomi, fisiologi dan sistem imun pada usia lanjut yang menjadi faktor resiko penting terhadap terjadinya pneumonia komunitas. Perubahan fisiologi pada paru disebabkan karena proses penuaan yang menyebabkan penurunan elastisitas paru, penurunan perkembangan organ dada dan penurunan kekakuan otot rongga dada. Pada proses penuan ini juga terjadi perubahan imunitas yaitu penuan sel imun. Dari perubahan-perubahan tersebut. Dapat mempermudahkan terjadinya infeksi pada paru-paru.

Di Amerika, prevalensi pneumonia tampak lebih banyak ditemukan pada kelompok usia lanjut. Pneumonia komunitas merupakan penyebab paling umum kematian pada usia lanjut dan beberapa penyakit menular lainnya. Sebuah penelitian terhadap 46,237 pasien usia lanjut yang dimonitoring selama 3 tahun memperlihatkan jumlah kasus pneumonia komunitas di antara usia 65 – 69 tahun terdapat 18, 2 kasus dari 1000 pasien per tahun. Sedangkan pada usia lebih dari 85 tahun terdapat 52,3 kasus dari 1000 pasien per tahun. Dari data tersebut dapt diperkirakan, 1 dari 20 orang pada usia lebih dari 85 tahun mengalami pneumonia komunitas.

Di Indonesia prevalensi pneumonia semakin meningkat sesuai pertumbuhan usia, peningkatan terjadi terutama pada kelompok usia 45 – 54 tahun sebesar 5,4 %, kelompok usia 55 – 64 tahun sebesar 6,2 %, kelompok usia 65 – 74 tahun sebesar 7,7 % dan usia lebih dari 75 tahun sebesar 7,8 %.

Insiden dan prevalensi pneumonia di Indonesia pada tahun 2013 adalah 1,8% dan 4,5 % lima provinsi yang punya insiden dan prevalensi pneumonia tertinggi adalah Nusa tenggara timur, Papua, Sulawesi tengara ,Sulawesi barat, dan Sulawesi selatan. Di indonesia prevalensi kejadian pneumonia mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dan insiden paling banyak terjadi pada usia 65

tahun k etas. Pada tahun 2013 prevalensi pneumonia pada usia 65–74 tahun terbesar 7,7 % dan pada usia 75 tahun ke atas sebesar 7,8 % baik yang telah di diagnosis oleh dokter maupun yang belum terdiagnosis pneumonia tetapi penderita gejalah klinis pneumonia.

Usia lanjut sangat berkaitan dengan berbagai perubahan akibat proses penuaan seperti perubahan anatomi, fisiologi dan system imun yang apabila disertai pengaruh psikososial akan berdampak pada perubahan gambaran klinis pasien usia lanjut tersebut dibandingan dengan kelompok usia lainya.

Berdasarkan data Medikal Record dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar diperoleh data penderita bronkopnemonia tahun 2014 berjumlah 661 orang (3,16 %), laki-laki 352 orang (1,68 %), perempuan 309 orang (1,47%) dari 20.907 orang yang dirawat. Dari antara 661 orang (3,16%), yang meninggal dunia berjumlah 93 orang (0,44 %). Sedangkan pada tahun 2015 jumlah penderita bronkopneumonia sejumlah 640 orang (3,29 %), laki-laki 343 orang (1,76 %) dan perempuan 297 orang (1,52 %), dari 19.414 orang yang dirawat. Dari antara 640 orang (3,29 %) yang meninggal dunia sejumlah 83 orang (0,42%). Sementara pada tahun 2016 jumlah penderita bronkopnemonia sebanyak 628 orang (3,59%), laki-laki 321 orang (1,83 %), perempuan 307 orang (1,75%). Dari antara 628 orang (3,59%) yang meninggal dunia sebanyak 84 orang (0,48 %).

Berdasarkan data tersebut di atas penderita Bronkopneumonia dari tahun 2014 sampai tahun 2016 tebanyak pada jenis kelamin Laki-laki. Oleh karena itu penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Bronkopnemonia di bagian Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan harapan mampu menerapkan asuhan keperawatan yang efektif dan berkualitas.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Penulis dapat memperoleh pengalaman yang nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkopneumonia di ruang perawatan Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris.

2. Tujuan khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman yang nyata dalam hal:

   a. Pengkajian Keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan bronkopneumonia
   b. Analisa data dari hasil pengkajian Keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan bronkopneumonia.
   c. Perumusan diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan: bronkopneumonia.
   d. Menetapkan rencana asuhan keperawatan yang tepat pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan: bronkopneumonia.
   e. Implementasi keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan: bronkopneumonia.
   f. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan sistem pernapasan: bronkopneumonia.
   g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan sistem pernapasan: bronkopneumonia.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi/ Akademik

   Adapun manfaat penulisan untuk bagian akademik yaitu sebagai bahan informasi dan juga sebagai salah satu

persyaratan akhir dalam mengikuti pendidikan program Diploma Tiga (D III) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris.

2. Bagi Rumah Sakit

   Pada bidang pelayanan kesehatan dapat bermanfaat sebagai bahan masukan untuk petugas kesehatan khususnya perawat dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada kasus bronkopneumonia.

3. Bagi Pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, menyadari pentingnya pengobatan serta mau berpartisipasi dalam program pengobatan dan melakukan perubahan pola hidup untuk mencegah komplikasi dan berulangnya penyakit.

4. Bagi Mahasiswa/ Penulis

   Menambah keterampilan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkopneumonia dan juga melakukan pendokumentasian dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ini, untuk memperoleh data yang diperlukan menggunakan beberapa metode penulisan yaitu :

1. Observasi

   Yaitu melihat secara langsung keadaan pasien selama perawatan.

2. Wawancara

   Yaitu mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga dan pihak yang terkait yang mengetahui keadaan pasien.

3. Pemeriksaan fisik

   Yaitu dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

4. Dokumentasi

   Yaitu catatan yang berhubungan dengan pasien seperti status pasien yaitu untuk melihat tes diagnostik.

5. Diskusi

   Yaitu penulis mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing karya tulis serta rekan-rekan mahasiswa.

6. Studi kepustakaan

   Yaitu mempelajari literatu-literatur yang berkaitan dengan penulisan karya tulis ini serta memperoleh data melalui internet.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini sistematika penulisannya terdiri dari: Bab I : Pendahuluan, bab ini menguraikan tentang Latar Belakang Penulisan, Tujuan Penulisan, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan, dan Sistematika Penulisan. Pada Bab II : Tinjauan Teoritis yang meliputi, Konsep Dasar Medik dan Konsep Dasar Keperawatan. Bab III : Tinjauan Kasus yang meliputi, Pengkajian, Analisa Data, Diagnosa Keperawatan, Rencana Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi. Bab IV : Pembahasan yang memuat kasus yang merupakan laporan hasil pengamatan kasus. Dan Bab V : Kesimpulan dan Saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

a. Pneumonia adalah suatu peradangan paru-paru biasanya disebabkan oleh virus bakterial (staphylococus,pneumococus, atau streptococus) atau infeksi viral/spiratory syncytial virus (Mohammad dan Taqiyya, 2016).

b. Sedangkan menurut Djojodibroto dalam Mohamad dan Taqiyyah 2016, pneumonia adalah peradangan parenkim paru-paru yang di sebabkan oleh mikroorganisisme-bakterial, virus, jamur parasit-namun pnemonia juga disebabkan oleh bahan kimia atau pun karna paparan fisik seperti suhu atau radiasi. Peradangan parenkim paru yang disebabkan oleh penyebab selain mikroorganisme (fisik, kimiawi, alergi) sering disebut sebagai pnemonitis.

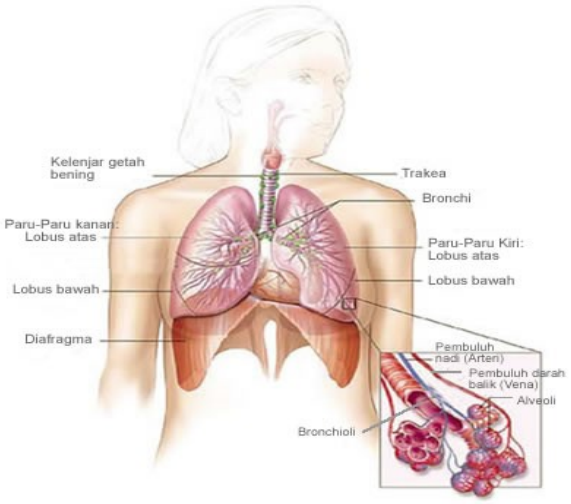
c. Ada pun menurut muttaqin pneumonia juga mungkin disebab oleh terapi radiasi untuk kanker payudara atau paru,biasanya terjadi selama 6 bulan minggu atau lebih setelah pengobatan selesai.

d. Dari beberapa pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa pneumonia merupakan infeksi pada bagian sistim pernapasan terutama parenkim paru yang di sebabkan oleh bakteri dan virus ataupun benda asing yang biasanya menimbulkan gejala demam, napas, cepat dan muntah ataupun diare.

2. Anatomi sistem Pernapasan

a. Anatomi

Gambar anatomi pernapasan:



www.sistem pernapasan.com

1) Hidung

Hidung atau nasal merupakan saluran udara yang pertama, mempunyai dua lubang (kavum nasi), dipisahkan oleh sekat hidung (septum nasi). Di dalamnya terdapat bulu-bulu yang berguna untuk menyaring udara, debu dan kotoran yang masuk ke dalam lubang hidung.

Fungsi hidung :

a) Bekerja sebagai saluran udara pernapasan.
b) Sebagai penyaring udara pernapasan yang dilakukan oleh bulu-bulu hidung.
c) Dapat menghangatkan udara pernapasan oleh mukosa.

d) Membunuh kuman yang masuk, bersama udara pernapasan oleh leukosit yang terdaat dalam selaput lendir (mukosa) atau hidung.

2) Faring

Tekak atau faring merupakan tempat persimpangan antara jalan pernapasan dan jalan makanan, terdapat dibawah dasar tengkorak, di belakang rongga hidung dan mulut sebelah depan ruas tulang leher. Hubungan dengan rongga mulut, kebawah terdapat dua lubang kedepan lubang laring dan kebelakang dengan lubang esophagus.

3) Laring

Laring atau pangkal tenggorok merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara, terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebrata servikalis dan masuk kedalam trakea di bawahnya. Pangkal tenggorok itu dapat di tutup oleh sebuah empang tenggorok yang disebut epiglotis, yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berfungsi ada waktu kita menelan makanan menutupi laring.

4) Trakea

Trakea atau batang tenggorok meruakan lanjutan dari laring yang dibentuk oleh 16 sampai 20 cincin yang terdiri dari tuang-tulang rawan yang berbentu seperti kuku kuda (huruf C). Sebelah dalam diliputi oeh selaput lendir yang berbul getar yang disebut sel bersilia, hanya bergerak ke arah luar. Panjang trakea 9-11 cm dan di belakang teriri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos.

5) Bronkus

Bronkus atau batang tenggorok merupakan lanjutan dari trakea, ada 2 buah yang terdapat pada ketinggian vertebrata IV dan V, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis set yang sama. Bronkus itu berjalan kebawah dan kesamping kearah tampuk paru-paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar daripada bronkus kiri, terdiri dari 6-8 inci, mempunyai 3 cabang. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping d

ari yang kanan, terdiri dari 9-12 cincin mempunyai 2 cabang.

6) Paru-paru

Paru-paru merupakan sebuah alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung (gelembung bawah alveoli). Gelembung alveoli ini terdiri dari sel-sel epitel dan endotel. Jika di bentangkan luas permukaanya lebih kurang 90 m^2 pada lapisan ini terjadi pertukaran gas O_2 masuk kedalam darah CO_2 dikeluarkan dari darah.

b. Fisiologi sistem pernapasan

1) Ventilasi

Merupakan proses inspirasi dan ekspirasi yang merupakan proses aktif pasif yang mana otot -otot intakostan dalam intra berkontraksi dan mendorong dinding sedikit arah luar, akibatnya diafragma turun dan otot diafragma berkontraksi. Pada ekspirasi diafragma dan otot-otot intakostan eksterna relaksasi, dengan demikian rongga dada menjadi kecil kembali maka udara terdorong keluar.

2) Difusi gas

Difusi gas adalah bergeraknya gas CO_2 dan partikel lain dari area yang bertekanan rendah. Difusi gas membrane pernapasan dipengaruhi oleh faktor kekebalan membrane, luas permukaan membrane, komposisi membrane, koefisiensi membrane, koefisiensi difusi O_2 dan CO_2. Dalam difusi gas ini pernapasan yang berperan penting yaitu alveoli dan darah.

3) Transportasi gas

Perpindahan gas dari paru kejaringan dan dari jaringan keparu dengan bantuan darah(aliran darah), masuknya o_2 kedalam sel darah yang bergabung dengan hemoglobin, yang kemudian membentuk oksihemoglobin sebanyak 90% dan sisa 3% yang ditrasposmasikan kedalam cairan plasma dan sel.

3. Etiologi

Menurut Astutl dalam buku yang dituliskan oleh Muhamad dan Taiyya, 2016, Etiologi pneumonia adalah virus pernapasan yang paling sering dan lazim yaitu mikoplasma pneumonia yang terjadi pada usia beberapa tahun pertama dan anak sekolahdan anak lebih tua. Bakteri *streptococcus pneumonia,s*. *pyogenes*, dan *staphylococcus aureus* yang lajim terjadi pada anak normal.

Haemophilus influenza tipe b menyebabkan pneumonia bakteri pada anak mudah ,dan kondisi akan jauh berkurang dengan pengunan vaksin efektif rutin. Virus non-spesifik, bakteri *enteric* garam negatif , mikobakteria , *Chlamydia spp*, *ricketesia spp*, *coxoella*,dan sejumlah jamur. Virus penyebab pneumonia yang paling lazim adalah virus *sinsitial* pernapasan (respiratori *syncitial virus/RSV, parainfluenzae, influenza, adenovirus.*

Menurut Khaidir Muhaj 2009, penyebab bronkopneumonia adalah :

a. Mikroorganisme
   1) Bakteri

      Bakteri yang paling sering menyebabkan bronkopneumonia adalah pneumococcus, batuk pertusis, haemofilius influenza, diplococus pneumonia.
   2) Virus

      Virus penyebab bronchopneumonia adalah Respiratory Syncial Virus (RSV), adenovirus, virus influenza.
   3) Micoplasma

      Micoplasma penyebab bronchopneumonia yaitu micoplasma pneumonia dan jamur (candida albicans & aspergilus).
b. Faktor predisposisi

   Faktor pendukug bronchopneumonia yaitu:
   1) Umur
   2) Jenis kelamin
c. Factor presipitasi
   1) Gizi kurang
   2) Penurunan daya tahan tubuh
   3) Polusi udara
   4) Merokok
   5) Kepadatan tempat tinggal

4. Patofisiologi

Pneumonia kimiawi adalah pneumonia yang terjadi setelah menghirup krosin atau inhalasi gas yang mengiritasi. Pneumonia bakteri akibat terjadi akibat inhalasi mikroba yang ada di udara, aspirasi organisme dari nasofaring (penyebab pneumonia bacterialis yang paling sering) atau penyebaran hemotogen dari focus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk keparu melalui saluran pernapasan, masuk ke bronchioles dan alveoli lalu menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam alveoli dan jaringan intersititial. Bakteri pneumokokus dapat meluas porus kohn dari alveoli ke alveoli di seluruh segmen/lobus. Timbulnya hepatisasi merah adalah akibat perembesan eritrosit dan beberapa leukosit dan dari kapiler paru. Alveoli dan septa menjadi penu dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relatif sedikit leoksit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar. Bakteri pneumokokusdi dalamnya. Paru masuk dalam tahap hepatisasi abu-abu dan dampak berwarna abu-abu kekuningan. Secara perlahan-lahan sel darah merah yang mati dan eksudad-fibrin di buang dari alveoli, terjadi sesolusi sempurna, paru menjadi normal kembali tanpa kehilangan kemampuannya dalam melakukan pertukaran gas.

Proses peradangan pada bronkopneumonia dibagi atas empat stadium

a. Stadium kongesti

Pada stadium ini kapiler menebal dan kongesti serta dalam alveolus terdapat eksudat jernih, bakteri dalam jumlah banyak, beberpa neutrofil dan makrofag. Stadium ini adalah respon peradangan pemulaan yang berlangsung didaerah yang terinfeksi. Hal ini ditandai oleh peningkatan laju darah dan permeabilitas

kapiler ditempat infeksi. Hyperemia ini terjadi akibat pelepasan mediator-mediator peradangan dari sel-sel mast setelah pengaktifan sel-sel imun dan cedera jaringan akibat pelepasan mediator oleh sel-sel mast akan mengakibatkan otot polos vaskuler dan melemas dan permeabilitas jaringan meningkat hal ini menyebabkan perpindahan eksudat plasma kedalam ruang intersisium sehingga terjadi pembengkakan dan edema antara kapiler dan alveoli.

b. Stadium hepatisasi merah

   Timbulnya hepatisasi merah adalah akibat perembesan eritrosit dan beberapa leukosit dari kapiler paru-paru. Alveoli dan septa menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relative sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar. Paru-paru tidak berisi udara lagi kenyal dan berwarna merah.

c. Stadium hepatisasi abu-abu

   Pada tahap hepatisasi abu-abu dan tampak berwarna abu-abu kekuningan. Secara perlahan-perlahan sel darah merah yang mati dan eksudat dibuang dari alveoli.

d. Stadium resolusi

   Terjadi sewaktu respon imun peradangan meredah. Eksudat berkurang dalam alveolus jumlah sel magrofag meningkat dan masuk kedalam alveoli dan menelan leukosit bersama kuman pneumococcus didalamnya.

5. Manifestasi klinik

Menurut mohammad & Taqiyyah (2016), Manifestasi klinik pada bronkopneumonia teridiri dari :

a. Demam
b. Dingin
c. Batuk produktif atau kering
d. Malaise
e. Nyeri pleural
f. Dispnea dan hemoptitis
g. Sel darah putih berubah (> 10.000/mm3 atau < 6000/mm3)

6. Test Diagnostik

a. Pemeriksaan laboratorium

Biasanya didapatkan jumlah leukosit 15.000 - 40.000/mm3. Dalam keadaan leukopeni, laju endap darah biasanya meningkat hingga 100 mm/jam. Saat dilakukan biakan sputum, darah, atau jika dimungkinkan cairan efusi pleura, untuk biakan aerobik dan anaerobik , untuk selanjutnya dibuat pewarnaan gram sebagai pegangan dalam pemberian antibiotik. Sebaiknya diusahakan agar biakan dibuat dari sputum saluran pernapasan bagian bawah. Selain contoh sputum yang diperoleh dari batuk, bahan dapat diperoleh dari swab tenggorok atau laring, pengisapan lewat trakea, bronkoscopy, atau pengisapan lewat dada bergantug pada indikasinya. Pemeriksaan analisah gas darah (AGD/ Astrup) menunjukan hipoksemia. Sebab terdapat ketidakseimbangan ventilasi perfusi di darah pneumonia.

b. Pemeriksaan radiologi

Sebaiknya dibuat foto thoraks posterior anterior dan lateral untuk melihat keberadaan konsilidasi retrokardial sehingga lebih muda untuk menentukan lobus mana yang terkena karena setiap lobus memiliki kemungkinan untuk terkena. Meskipun lobus inferior lebih sering terkena, lobus atas dan lobus tengah juga dapat terkena. Yang khas adalah tampak gambar konsilidasi homogeny sesuai dengan letak anatomi lobus yang terkena.

Densitasnya tergantung pada intensitas eksudat dan hamper selalu ada bronkogram uadara. Pada fase akut, biasanya tidak ada pengecilan volume lobus yang terkena, sedangkan pada masa resolusi mungkin ada atelektasis sebab eksudat dalam saluran pernapasa dapat menyebabkan obstruksi. Kebanyakan lesi terbatas pada satu lobus tetapi dapat juga mengenai lobus lain. Mungkin ada efusi pleura yang dapa muda lihat dengan foto dekubitus lateral.

Gambaran konsilidasi tidak selalu mengisi seluruh lobus karena mulai dari perifer gambar konsilidasi hamper selalu berbatasan dengan permukaan pleura viseralis. Pada sisi yang berbatasan dengan pleura viseralis gambaran batasannya tegas tetapi sisi yang lainnya mungkin tidak batas tegas. Gambar radiologi yang tidak khas kadang-kadang bias didapakan pada bronchitis menahun dan emfisema.

7. Penatalaksanaan Medik

a. Pemberian posisi

Klien diposisikan dalam kedaan fowler dengan sudut 45ºc. kematian sering kali berhubungan dengan hipotensi, hipoksia

aritmia kordis dan penekanan susunan saraf pusat, maka penting untuk dilakukan pengaturan kesimbangan cairan elektrolit asam-basa dengan baik,

b. Pemberian o2

Pemberian oksigen yang adekuat untuk menurunkan perbedaan 02 di alveoli-arteri,dan mencegah hipoksia seluler.

c. Pemeriksaan AGD

Pemberian 02 sebaiknya dalam konsentrasi yang tidak beracun untuk mempertahankan po2 arteri sekitar 60-70 mmhg dan juga penting mengawasi pemeriksaan analisa gas darah. Pemberian cairan intravena untuk lv line pemenuhan hidrasi tubuh untuk mencegah penurunan dan volume cair tubuh secara umum.

d. Pemberian Terapi

Bronkodilator seperti Aminofilin dapat diberikan untuk memperbaiki drainase sekresi dan distribusi ventilasi. Kadang-kadang mungkin timbul dilatasi lambung mendadak terutama jika pneumonia mengenai lobus bahwa yang dapat menyebabkan hipotensi. Jika hipotensi terjadi segera atasi hipoksemia arteri dengan cara memperbaiki volume intravaskuler dan melakukan dekompresi lambung.

Kalau hipotensi tidak dapat dilatasi dapat dipasang kateter awam-Ganz dan infuse dopamine (2-5 ug/kg/menit). Bila perlu dapat diberikan analgesik untuk mengatasi nyeri pleura.

Pemberian antibiotik terpilih seperti penisilin diberikan secara intramuscular 2 x 600.000 unit sehari. Penisilin diberikan selama sekurang-kurangnya seminggu sampai klien tidak mengalami sesak napas lagi selama tiga hari dan tidak ada komplikasi lain. Klien dengan abses paru empiema memerlukan antibiotik lebih

lama. Untuk klien yang alergi terhadap penesilin dapat diberikan eritromisin. Tetrasiklin jarang digunakan untuk pneumonia karena banyak yang resisten.

Pemberian sefalosporin harus hati-hati untuk klien yang alergi terhadap penisilin karena dapat menyebabkan reaksi hipersensitif silang terutama dari tipe anafilaksi. Dalam 12-13 jam,setelah pemberian penisilin suhu, denyut nadi, frekuensi pernapasan menurun serta nyeri pleura menghilang pada +20% klien, demam berlanjut sampai lebih dari 48 jam setelah obat dikonsumsi.

8. Komplikasi

   Komplikasi pada klien pneumonia adalah:

   a. Sianosis di sertai hipoksia
   b. Ventilasi mungkin menurun akibat akumulasi mukus, yang dapat berkembang menjadi atelektasis
   c. Gagal napas dan kematian dapat terjadi pada kasus ekstrem berhubungan dengan kelelahan atau sepsis(penyebaran infeksi kedarah).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Ada 11 pola kesehatan yang dapat dikaji pada pasien bronkopneumonia (Doenges, 2000) :

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

DS : demam, menggigil, berkeringat, batuk, polusi udara

DO: demam, menggigil, berkeringat, batuk, jenis kelamin, usia, gangguan system imun.

b. Pola nutrisi metabolik

DS : kehilangan nafsu makan, mual/muntah

DO: gizi buruk, distensi abdomen, defisiensi vit.A, hiperaktif bunyi usus, kulit kering, turgor kulit tidak elastis.

c. Pola eliminasi

DS: perasaan ingin BAB dan BAK walaupun tidak ada

DO: Bolak balik ke kamar mandi dan memegang perut

d. Pola aktivitas dan latihan

DS: kelelahan, kelemahan, takipnoe, insomnia, stridor

DO: latergi, sianosis, sputum, ronchi, fremitus meningkat, takikardi

e. Pola istirahat dan tidur

DS : insomnia, batuk, sesak, stridor

DO: batuk,sesak, stridor, gelisah

f. Pola persepsi dan konsep diri

DS : penyakit lama atau ketidakmampuan

DO:keterbatasan mobilitas fisik, ketidakmampuan mempertahankan suara karena distress pernapasan

g. Pola persepsi kongnitif

DS : sakit kepala, nyeri dada, mialgia

DO: bn,ingung, somnolen

h. Pola peran dan hubungan sesame
   DS: cendrung menarik diri, kurang perhatian.
   DO:kurang berespon terhadap pertanyaan yang diberikan
i. pola reproduksi dan seksualitas
   DS:tidak tertarik, cendrung mengalihkan perhatian
   DO: cendrung focus
j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress
   DS:kurang tenang, bingung dan putus asa
   DO:menyangkal dan tidak terima dengan penyakit
k. Pola sistim kepercayaan
   DS:pasra dan selalu berdoa kepada tuhan
   DO:menjadikan aksesoris rohani sebagai media berdoa

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan
   b. Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan produksi mukosa berlebihan
   c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
   d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
   e. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolar kapiler (efek inflamasi), gangguan kapasitas pembawa oksigen darah gangguan pengiriman oksigen.
   f. Nyeri akut b/d inflamasi parenkim paru, reaksi seluler terhadap sirkulasi toksin, batuk menetap.
   g. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan umum, kelelahan yang

berhubungan dengan gangguan pola tidur akibat ketidaknyamanan, batuk berlebihan dalam dispnea.

h. Resiko tinggi terhadap penyebaran infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan utama, ketidakadekuatan pertahanan sekunder, penyakit kronis, malnutrsi.
i. Resiko tinggi kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan yang berlebihan (keringat banyak, demam, napas mulut, muntah) dan penurunan mukosa oral.
j. Kurang pengetahuan mengenai kondisi dan kebutuhan tindakan b/d kurang pengetahuan, kesalahan interprestasi, kurang mengingat.

3. Perencanaan Keperawatan
   a. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan

      Tujuan :

      Setelah dilakukan perawatan 3 kali 24 jam diharapkan pernapasan efektif, yang dibuktikan dengan: sesak napas berkurang, frekuensi pernapasan kembali normal 12- 20 x / menit, tidak terdengar bunyi napas ronchi, Tidak ada penggunaan otot bantu napas.

      Intervensi :

      1) Pantau Kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan

         Rasional :

         Peningkatan pernapasan dan irama tidak teratur menunjukan polah pernapasan inefektif sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya.

2) Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot-otot bantu serta retraksi otot supraklavikular dan interkosta

   Rasional :

   Penggunaan otot bantu napas menunjukan usaha pernapasan

3) Auskultasi suara napas, perhatikan area penurunan, tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan

   Rasional :

   Ronkhi adalah bunyi akibat karena terkumpul cairan mucus dalam trachea atau bronkus. Wheezing adalah bunyi ngik terjadi karena ada eksudat lengket tertiup aliran udara. Friction-Rub bunyi terdengar kering, terjadi karena peradangan paru.

4) Diskusikan perencanaan untuk perawatan di rumah meliputi pengobatan, peralatan pendukung, tanda dan gejalah komplikasi yang dapat dilaporkan sumber-sumber komunikasi

   Rasional :

   Penkes yang diberikan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien, sehingga keluarga dapat terlibat dalam pengobatan dan deteksi dini komplikasi yang ada pada pasien

5) Informasikan kepada pasien dan keluarga bahwa tidak boleh merokok dalam ruangan

   Rasional :

   Asap rokok dapat memicu polusi udara dalam ruangan sehingga dapat memperparah keadaan pasien. Meminimalkan terjadinya ledakan tabung oksigen yang digunakan.

6) Intruksikan kepada pasien dan keluarga bahwa mereka harus memberi tahu perawat pada saat terjadi ketidakefektifan polah pernapasan

   Rasional:

   Adanya pengawasan terhadap perburukan kondisi pasien dan dilaporkan dengan cepat dapat menentukan tindakan medik dengan cepat sehingga meningkatkan prognosis kesembuhan pasien

7) Pantau saturasi oksigen (SpO2)

   Rasional :

   Spo2 kurang dari (98-100)% dapat menentukan jenis oksigen yang digunakan

8) Berikan posisi semi fowler

   Rasional :

   Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

9) Kolaborasi dengan dokter dalam hal terapi oksigen dan obat Bronkodialator

   Rasional :

   Terapi oksigen yang diberikan dapat menurunkan kerja otot bantu napas. Bronkodilator meningkatkan dilatasi bronkus sehingga pernapasan efektif.

b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan mukus berlebihan

   Tujuan :

   Setelah perawatan 3 kali 24 jam bersihan jalan napas kembali efektif dengan kriteria hasil :

- Sesak napas berkurang
- Frekuensi pernapasan kembali normal 12- 20 x / menit
- Tidak terdengar bunyi napas ronchi

Intervensi :

1) kaji dan dokumentasikan frekuensi, kedalaman dan upaya pernapsan

   Rasional :

   Peningkatan pernapasan menunjukan ketidakefektifan bersihan jalan napas dan Penggunaan otot bantu napas menunjukan usaha pernapasan
2) Pantau SaO2 pasien

   Rasional :

   Spo2 kurang dari (98-100)% dapat menentukan jenis oksigen yang digunakan
3) Catat jenis dan jumlah sekret yang dikumpulkan

   Rasional :

   Menjadi data dasar dalam menentukan penyebab infeksi dan tingkat bantuan yang diberikan
4) Jelaskan penggunaan yang benar peralatan pendukung misalnya oksigen mesin pengisapan dan inhaler

   Rasional :

   Penjelaskan yang benar dapat meminimalkan kecemasan pasien dan keluarga serta meningkatkan keamanan dalam menggunakan peralatan medis
5) Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang larangan merokok di dalam ruangan perawatan

   Rasional :

Merokok dalam ruangan dapat menimbulkan ledakan tabung oksigen dan asap rokok dapat memperpara kondisi pasien

6) Intruksikan kepada pasien tentang batuk dan teknik napas dalam untuk memudakan pengeluaran sekret

   Rasional :

   Teknik batuk efektif dengan menarik napas dalam dapat meningkatkan produksi sekret

7) Lakukan suction bila perlu

   Rasional :

   Suction dapat membantu mengeluarkan lendir yang tertumpuk

8) Kolaborasi dengan fisioterapi untuk memberikan terapi mengeluarkan dahak

   Rasional :

   Fisioterapi dada seperti clapping/perkusi, postural drainase dan viratting dapat meningkatkan produksi sekret

9) Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian ambroxol, atau pengencer dahak lainnnya

   Rasional :

   Ambroxol dapat meningkatkan pengeluaran sekret dari jalan napas

c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

   Tujuan :

   Setelah perawatan 3 kali 24 jam Suhu tubuh dapat kembali dalam batas normal dengan kriteria hasil:

   - keadan umum baik
   - pasien tidak demam
   - suhu badan kembali normal (36-37)^{0}C

- pasien tidak mengeluh demam dan menggigil lagi
- mukosa bibir dan mulut lembab

Intervensi :

1) Pantau hidrasi (turgor kulit, kelembapan membran mukosa)

   Rasional :

   Turgor kulit dan membran mukosa kering merupakan tanda awal peningkatan suhu tubuh

2) Pantau tekanan darah denyut nadi dan frekuensi pernapasan

   Rasional :

   Peningkatan nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah dapat menjadi indikator peningkatan suhu tubuh

3) Pantau tanda hipertermia maligna (demam, takipnea, aritmia, perubahan tekanan dara, bercak pada kulit, kekakuan dan berkeringat banyak

   Rasional :

   Dapat menentukan jenis hipertermi yang dialami

4) Pantau suhu minimal setiap 2 jam

   Rasional :

   Pemantaun suhu secara berkesinambungam dapat mendeteksi peningkatan suhu tubuh

5) Anjurkan pasien dan keluarga dalam pengukuran suhu untuk mencegah dan mengendali secara dini hipertermia (misalnya sengatan panan dan keletihan akibat panan)

   Rasional :

   Pemantaun suhu secara berkesinambungam dapat mendeteksi peningkatan suhu tubuh

6) Lepaskan pakain yang berlebihan dan tutup pasien dengan selimut saja

Rasional :

Pakaian yang tipis dapat membantu dalam penyerapan keringat

7) Gunakan waslap dingin (atau kantong es yang dibalut dengan kain) di axial, kening, tengkuk dan lipat paha.

Rasional :

kompres yang dilakukan dapat meningkan pengeluaran panas tubuh

8) Anjurkan asupan cairan oral sedikitnya 2 liter/hari dengan tambahan cairan selama aktivitas yang berlebihan

Rasional :

peningkatan asupan minuman lewat oral dapat menutupi kekurangan cairan akibat peningkatan suhu

9) kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Antipiretik (Paracetamol)

Rasional :

Antipuretik dapat menurunkan demam

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan

Tujuan :

Setelah perawatan 3 kali 24 jam Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dengan Kriteria:

- Pasien tidak mual
- Napsu makan meningkat
- Pasien menghabiskan makan yang disajikan
- Keadaan umum baik
- Lidah tidak kotor

- Kulit lembab

Intervensi :

1) Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

   Rasional :

   kemampuan pasien dalam pemenuhan nutrisi dapat menentukan tingkat kekurangan sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya

2) Ketahui makanan kesukaan pasien

   Rasional :

   Dapat memotivasi pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

3) Timbang pasien dengan interval yang tepat

   Rasional:

   Mengetahui berat badan pasien dan menentukan berat badannya ideal atau tidak. Sehingga berguna dalam mengukur kefektifan nutrisi dan dukungan cairan.

4) Anjurkan pasien dan keluarga tentang makanan yang bergizi dan tidak mahal

   Rasional :

   Makanan yang bergizi dapat meningkatkan berat badan pasien

5) Berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya

   Rasional :

   Informasi yang diberikan dapat meningkatkan pengetahuan dan memotivasikan pasien meningkatkan pola makan

6) Anjurkan makan sedikit tapi sering

   Rasional :

Memaksimalkan masukkan nutrisi dari makan- makanan banyak dan menurunkan iritasi lambung.

7) Anjurkan orang terdekat membawa makanan dari rumah dan memberikan pada pasien

   Rasional :

   Berguna menambah masukkan nutrisi dan meningkatkan nafsu makan pasien.

8) Kolaborasi dengan ahli gizi dan kesehatan lainnya dalam pemenuhan nutrisi pasien

   Rasional :

   membantu memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

e. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolar kapiler (efek inflamasi), gangguan kapasitas pembawa oksigen darah dan gangguan pengiriman oksigen.

   Tujuan:

   Pasien akan menunjukan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan dan GDA dalam rentang normal dan tidak ada gejala distress pernapasan.

   Intervensi

   1) Kaji frekuensi, kedalaman dan kemudahan pernapasan.

      Rasional :

      Manifestasi distress pernapsan tergantung pada indikasi derajat keterlibatan paru dan status kesehatan umum.

   2) Obeservasi warna kecil, membran mukosa dan kuku, catat adanya sianosis perifer (kuku) ataru sianosis sentral.

      Rasional :

Sianosis menunjukan vasokonstriksi karena atau respon terhadap demam/menggigil. Namun sianosis daun telinga, membrane mukosa dan kulit sekitar mulut menunjukan hipoksemia sistematik.

3) Kaji status mental

   Rasional :

   Gelisah, mudah tersinggung bingung dan somnolens dapat menunjukan hiposemia/penurunan oksigenasi serebral.

4) Awasi suhu tubuh sesuai indikasi, bantu tindakan kenyamanan unutk menurunkan demam dan mengigil misalnya, selimut tambahan, suhu ruangan yang nyaman, kompres hangat atau dingin.

   Rasional :

   Demam tinggi (umum pada pneumonia bacterial dan influienza) sangat meningkatkan kemampuan metabolik dan kebutuhan oksigen dan menganggu oksigenasi seluler.

5) Pertahanan istirahat tidur. Dorong menggunakan teknik relaksai dan aktivitas senggang.

   Rasional :

   Mencegah terlalu lelah dan menurunkan kebutuhan/konsumsi oksigen untuk memudahkan perbaikan infeksi.

6) Tinggikan kepala dan dorong sering mengubah posisi, napas dalam dan batuk efektif.

   Rasional :

   Tindakan ini meningkatkan inspirasi maksimal, meningkatkan pengeluaran sekret untuk memperbaiki ventilasi.

7) Kaji tingkat ansietas, dorong menyatakan perasaan atau masalah, kunjungi dengan sering.

Rasional :

Ansietas adalah manifestasi masalah psikologi sesuai dengan respon fisilogi terhadap hipoksia, pemberian keyakinan dan meningkatakan rasa nyaman dapat menurunkan kebutuhan oksigen dan efek merugikan dari respon fisilogi.

8) Observasi penyimpangan kondisi, catat hipotensi, banyaknya jumlah sputum warna muda/berdarah, pucat, sianosis, perubahan tingkat kesadaran, dispnea berat, gelisah.

Rasional :

Syok dan edema paru adalah penyebab umum kematian pada pneumonia dan mebutuhkan intervensi medik segera.

9) Siapkan untuk pemindahan ke unit perawatan kritis bila diindikasikan.

Rasional :

Intubasi dan ventilasi meknaik mungkin diperlukan pada kejadian kegagalan pernapasan.

10) Beri terapi oksigen dengan benar.

Rasional :

Tujuan terapi oksigen adalah mempertahankan PaO2 diatas 60mmHg.

11) Awasi GDA, andi oksimetri

Rasional :

Mengevaluasi proses penyakit dan memudahkan terapi paru.

f. Nyeri akut b/d inflamasi parenkim paru, reaksi seluler terhadap sirkulasi toksin,batuk menetap.

Tujuan:

- Menyatakan nyeri hilang/terkontrol
- Menunjukan rileks, istirahat/tidur

Intervensi :

1) Tentukan karakteristik nyeri, selidiki, karakter/lokasi/intensitas nyeri.

   Rasional :

   Nyeri dada biasanya ada dalam beberapa derajat pada pneumonia,juga dapat timbul komplikasi pneumonia seperti perikarditis dan endokarditis.

2) Pantau tanda-tanda vital

   Rasional :

   Perubahan frekuensi jantung atau TD menunjukan bahwa pasien mengalami nyeri, khususnya bila alasan lain untuk perubahan tanda vital telah terlihat.

3) Berikan tindakan nyaman, mis: pijatan pnggung, perubahan posisi, susaana tenang, relaksasi/napas dalam**.**

   Rasional :

   Tindakan non analgesic diberikan dengan sentuhan lembut dapat menghilangkan ketidaknyamanan dan memperbesar efnek terapi analgesik.

4) Tawarkan pembersihan mulut dengan sering

   Rasional :

   Pernapasan mulut dan terapi oksigen dapat mengiritasidan mengeringkan membrane mukosa potensial ketidaknyamanan umum.

5) Anjurkan dan ajarkan pasien dalam teknik menekan dada selama episode batuk.

   Rasional :

   Alat untuk mengnontrol ketidaknyamanan dada sementara meningkatkan ketidakefektifan upaya batuk.

6) Berikan analgesik dan antitusif sesuai indikasi.

   Rasional :

   Obat ini dapat digunakan untuk menekan batuk non produktif/paroksismal atau menurunkan mukosa berlebihan, meningkatkan kenyamanann/istirahat umum.

g. Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen kelemahan umum, kelelahan yang berhubungan dengan gangguan pola tidur akibat ketidaknyamanan, batuk berlebihan dan dispnea.

   Tujuan:

   Melaporkan/menunjukan peningkatan toleransi terhadap aktifitas yang dapat diukur dengan tak adanya dispnea, kelemahan berlebihan, dan tanda vital dalam rentang normal.

   Intervensi:

   1) Evaluasi respon pasien terhadap aktivitas, catat dan laporkan dispnea, peningkatan kelemahan dan kelelahan tanda vital selama dan setelah aktivitas.

      Rasional :

      Menetapkan kemampuan/kebutuhan pasien dan memudahkan pilihan intervensi.

   2) Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut sesuai indikasi.

Rasional :

Menurunkan stress dan rangsangan berlebihan, meningkatkan istirahat.

3) Jelaskan pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istriahat.

   Rasional :

   Tirah baring dipertahankan selam fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolic, menghemat energi untuk penyembuhan, pembatasan aktivitas ditentukan dengan respon individual pasien terhadap aktivitas dan perbaiakan kegagalan pernapasan.

4) Bantu pasien memilih posisi nyaman untuk istirahat dan/atau tidur.

   Rasional :

   Pasien mungkin nyaman dengan kepala tinggi, tidur dikursi atau menunduk kedepan meja atau bantal.

5) Bantu aktivitas perawatan diri yang diperlukan, berikan kemajuan peningkatan aktivitas selama fase penyembuhan.

   Rasional :

   meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

h. Resiko tinggi terhadap penyebaran infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan utama, ketidakadekuatan pertahanan sekunder, penyakit kronis, malnutrisi.

   Tujuan :

   - Mencapai waktu perbaikan infeksi berulang tanpa komplikasi

- Mengidentifikasi intervensi untuk mencegah/menurunkan resiko infeksi.

Intervensi :

1) Pantau tanda-tanda vital dengan ketat, khususnya selama awal terapi.

   Rasional :

   selama periode waktu ini, potensial komplikasi vatal (hopotensi/syok) dapat terjadi.

2) Anjurkan pasien memperhatikan pengeluaran secret, melaporkan perubahan warna, jumlah dan bau secret.

   Rasional:

   Meskipun pasien dapat menentukan pengeluaran dan upaya membatasi dan menghindarinya, penting bahwa sputum harus dikeluarkan dengan cara aman. Perubahan karakteristik sputum menunjukan perbaikan pneumonia atau terjadinya infeksi sekunder

3) Tunjukan/dorong teknik mencuci tangan yang baik.

   Rasional :

   Efektif berarti menurunkan penyebaran/tambahan infeksi.

4) Upaya posisi dengan sering dan berikan pembuangan paru yang baik

   Rasional :

   Meningkatkan pengeluaran, pembersihan infeksi.

5) Batasi pengunjung sesuai indikasi.

   Rasional:

   Menurunkan pemajanan terhadap pathogen infeksi lain.

6) Lakukan isolasi pencegahan sesuai individual.

   Rasional :

Tergantung pada tipe infeksi, respons terhadap antibiotic, kesehatan umum pasien, dan terjadinya komplikasi, teknik isolasi mungkin diperlukan untuk mencegah penyebaran/melindungi pasien dari infeksi lain.

7) Dorong keseimbangan istirahat dengan adekuat dengan aktivitas sedang, tingkatkan nutrisi adekuat.

   Rasional :

   Memudahkan proses penyembuhan dan meningkatkan tahanan alamiah.

8) Awasi ketidakefektifan terapi anti mikrobial.

   Rasional :

   Tanda perbaikan kondisi haus terjadi dalam 24-28 jam.

9) Selidiki perubahan tiba-tiba/penyimpangan kondisi, seperti peningkatan nyeri dada, perubahan karakteristik sputum.

   Rasional :

   Penyembuhan melambat atau peningkatan beratnya gejala diduga ketahanan terhadap antibiotic atau infeksi sekunder. Komplikasi mempengaruhi beberapa/semua system organ termasuk abses paru/empisema, bakterimia, perikarditis/endokarditis, meningitis dan superinfeksi.

10) Berikan antimicrobial sesuai indikasi dengan hasil kultur sputum/darah, misalnya: penisilin, ertromosin, tetrasiklin, amikain, sefallosoporin, amantadin.

    Rasional :

    Obat ini digunakan untuk membunuh kebanyakan mikrobial pneumonia kombinasi anti viral dan anti jamur mungkin digunakan bila pneumonia diakibatkan oleh organisme campuran.

i. Resiko tinggi kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan berlebihan (keringat banyak, demam, nafas mulut, muntah dan penurunan mukosa oral)

Tujuan :

Menunjukan keseimbangan cairan, dibuktikan dengan parameter individual yang tepat, mis: membrane mukosa yang tepat, mis: membrane mukosa yang lembab, turgor kulit baik, pengisisan kapiler yang cepat, tanda vital yang stabil.

Intervensi :

1) Kaji perubahan tanda vital, contoh: peningkatan suhu/demam memanjang, takikardia, hipotensi ortostatik.

   Rasional :

   Peningkatan suhu/memanjangnya demam meningkatakan laju metabolik dan kehilangan cairan melalui evaporasi TD ortostatik berubah dan peningkatan takikardia menunjukan kekurangan cairan sistemik.

2) Kaji turgor kulit, kelembapan membrane mukosa (bibir dan lidah).

   Rasional :

   Indikator langsung keadekuatan volume cairan, meskipun membrane mukosa mulut mungkin kering karena nafas mulut.

3) Catat laporan mual/muntah.

   Rasional :

   Adanya gejala ini menurunkan masukan oral.

4) Pantau masukan dan haluran, catat warna, karakter urine. Hitung keseimbangan cairan. Waspada kehilangan yang tak tampak. Ukur berat badan sesuai indikasi.

Rasional :

Memberikan informasi tentang keadekuatan volume cairan dan kebutuhan penggantian.

5) Tekankan cairan sedikitnya 2500ml/hari atau sesuai kondisi individual.

Rasional :

Pemenuhan kebutuhan dasar cairan, menurunkan resiko dehidrasi.

6) Berikan obat sesuai indikasi, mis: antipiretik, antiemetic.

Rasional :

Berguna menurunkan kehilangan cairan.

7) Berikan cairan tambahan IV sesuai keperluan.

Rasional :

Pada kondisi penurunan masukan/banyak kehilangan, penggunaan parenteral dapat memperbaiki/mencegah kekurangan.

j. Kurang pengtahuan mengenai kondisi dan kebutuhan tindakan b/d kurang terpelajar kesalahan interprestasi kurang mengingat.

Tujuan :

- Menyatakan pemahaman kondisi, proses penyakit dan pengobatan.
- Melakukan perubahan pola hidup dan berpartisipasi dalam program pengobatan.

Intervensi :

1) Kaji fungsi normal paru, patologi kondisi.

Rasional :

Meningkatkan pemahaman situasi yang ada dan penting menghubungkanya dengan program pengobatan.

2) Diskusikan aspek ketidakmampuan dari penyakit, lamanya penyembuhan, dan harapan kesembuhan. Identifikasi perawatan dari dan kebutuhan/sumber pemeliharaan rumah.

   Rasional :

   Informasi dapat meningkatkan koping dan membantu menurunkan ansietas dan masalah berlebihan. Gejala pernapasan mungkin lambat untuk membaik, kelemahan dan kelelahan dapat menetap selama perode yang panjang, factor ini dapat berhubungan dengan depresi dan kebutuhan untuk berbagai bentuk dukungan dan bantuan.

3) Tekankan pentingnya melanjutkan batuk efektif/latihan pernapasan.

   Rasional :

   Selama awal 6-8 minggu setelah pulang, pasien beresiko besar untuk kambuh dari pneumonia.

4) Berikan informasi dalam tertulis dan ferbal.

   Rasional :

   Kelemahan depresi dapat mempengaruhi kemampuan untuk mengasimilasi informasi/mengikuti program medik.

5) Tekankan perlunya melanjukan terapi antibiotik selama periode yang dianjurkan.

   Rasional :

   Penghentian dini antibiotik dapat mengakibatkan iritasi mukosa bronkus, dan menghambat makrofag alveolar, mempengaruhi pertahanan alami tubuh melawan infeksi.

6) Buat langkah untuk meningkatkan kesehatan umum dan kesejahetraan, mis: istirahat dan aktivitas seimbang, diet baik, mengindari kerumunan selama musim pilek/flu dan orang yang mengalami infeksi saluran pernapasan atas.

   Rasional:

   Meningkatkan pertahanan alami/imunitas, menghindari terpajan pada pathogen.

7) Tekankan pentingnya melanjutkan evaluasi medik dan faksin/imunisasi dengan tepat.

   Rasional :

   Dapat mencegah kambuhnya pneumonia dan atau komplikasi yang berhubungan.

8) Identifikasi tanda/gejala yang memerlukan pelaporan pemberian perawatan kesehatan, mis: peningkatan dispnea, nyeri dada, kelemahan memanjang, kehilangan berat badan, demam/menggigil, menetapnya batuk produktif, perubahan mental.

   Rasional :

   Upaya evaluasi dan intervensi tepat pada waktu yang dapat mencegah/meminimalkan komplikasi.

4. Discharge planning

   Hal-hal yang perlu disampaikan kepada keluarga dan pasien sebelum pulang, antara lain:

   a. Memberitahukan pasien dan keluarga untuk melanjukan pengobatan dirumah sesuai dosis dan instruksi dokter.
   b. Meberitahukan jadwal pasien dan keluarga untuk kontrol di dokter.
   c. Health education kepada pasien dan keluarga untuk meningkatkan daya tahan tubuh dengan cara:
      1) Hidup sehat
      2) Makan makanan yang bergisi dan teratur
      3) Menjaga kebersihan
      4) Istirahat yang cukup
      5) Rajin berolahraga
      6) Menghindari/tidak merokok

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Tn. “K” berumur 54 tahun dengan, BB 45 Kg, masuk RS Stella Maris Di Ruang Bernanedth I tanggal 09 Maret 2017. Diagnosa medik saat pengkajian adalah Bronkhopneumonia dengan keluhan utama sesak napas dan batuk berlendir. Pengkajian dilakukan tanggal 09 Maret 2017 jam 09.00 WITA. Pada saat pengkajian, pasien tampak sesak , batuk berlendir berwarna kuning keputihan, dan akral teraba hangat. TTV : TD = 180/110 mmHg, N = 100 x /menit, S = 38 ^{0}C, P = 28 x/menit, SpO2 = 98 %. Di rumah sakit pasien dilakukan pemeriksan dara rutin didapatkan WBC : 15,6 mg / dl, Glukosa sewaktu : 113 mg/dl, pemeriksaan foto thoraks pada tanggal 10 Maret 2017 didapatkan : pneumonia bilateral, bronchitis, efusi pleura kiri minimal. Adapun terapi yang yang diberikan adalah terapi cairan asering 500 cc 24 tts/menit. Terapi obat – obatan. Aminophilin I amp drips/ 12 jam, Cefoperasone 1 g/IV/Bolus/24 jam, Methyleprednisolone 125 mg/12 jam, Fluimucil 3 x 1 kapsul / oral, Sanmol 3 × 1 kapsul / oral, Combiven 1respule /Inhalasi/ 8 jam.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. “T” penulis mengangkat diagnosa keperawatan sesuai prioritas. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan produksi mukosa berlebihan, Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan, Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Albertus Mamal	NIM:1414401059

Unit : Bernadeth I Autoanamnese : √

Kamar : 408 Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 09 Maret 2017

Tanggal pengkajian : 09 Maret 2017

I. IDENTIFIKASI

A. PASIEN

Nama initial	: Tn " K"
Umur	: 54 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status perkawinan	: Kawin
Jumlah anak	: Satu
Agama/suku	: Katolik
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Swasta
Alamat rumah	: Jl. Sirua Makassar

B. PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Tn "H"
Umur	: 50 Tahun
Alamat	: Jl. Sirua Makassar
Hubungan	: Kakak Pasien

II. DATA MEDIK

Diagnosa Medik

Saat masuk ` : Asma Akut + Observasi Febris

Saat pengkajian : Bronchopneumonia

III. KEADAAN UMUM

A. KEADAAN SAKIT

Pasien tampak sakit ringan/**sedang**/berat/tidak tampak sakit

Alasan:

Pasien tampak sakit sedang, keadaan umum lemah, tampak batuk berlendir disertai sesak napas. Pasien terpasang oksigen nasal canul 3 liter per menit dengan posisi semi fowler, terpasang infus RL 500 cc 28 TPM pada lengan kanan.

B. TANDA-TANDA VITAL

1. Kesadaran:

Skala koma Glasgow : Composmentis

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan: tidak koma

2. Tekanan darah : 180/100 mmHg

MAP : 126,6 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3. Suhu : 38 ^{0}C di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4. Pernapasan : 28 x/menit

   Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea

   ☐ Kusmaul ☐ Cheyns stokes

   Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5. Nadi : 88 x/menit

   Irama : ☑ Teratur ☐ Tachicardi ☐ Bradichardi

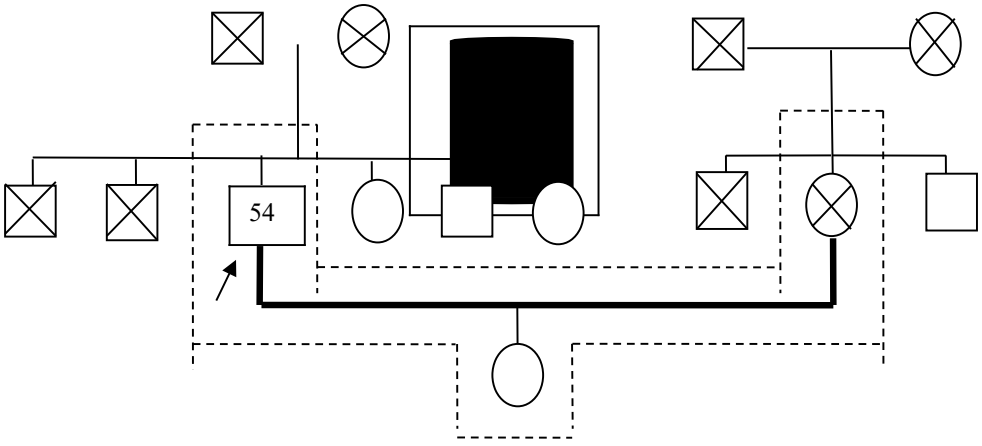
   ☑ Kuat ☐ Lemah

C. PENGUKURAN

1. Lingkar lengan atas : 30 cm
2. Tinggi badan : 155 cm
3. Berat badan : 45 kg
4. IMT (Indeks Masa Tubuh) : 18,75 kg/m^2

   Kesimpulan : Berat Badan Kurang

D. GENOGRAM



Keterangan:

= laki-laki

= Perempuan

= meninggal karena Hipertensi

= Pasien

= serumah

IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan selama masih kuat bekerja berarti dirinya sehat atau tidak sakit sehingga pasien jarang memeriksakan atau mengontrol kesehatannya ke dokter. Pasien juga mengatakan bahwa dia mempunyai kebiasaan merokok sejak lima tahun yang lalu. Pasien mengatakan biasa menghabiskan dua bungkus rokok dalam sehari sejak lima tahun yang lalu.

2. Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama : sesak napas dan batuk berlendir

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan ia mengalami sesak napas dan batuk berlendir sejak 5 hari yang lalu. Keluhan tersebut disertai dengan demam dan menggigil pada malam hari. Selama di rumah pasien mengonsumsi sanmol dan konidin yang dibelikan dari apotik dekat rumanya. Selain itu pasien melakukan kompres air hangat di dahinya bila mengalami demam. Selama perawatan di rumah keluhan tidak berkurang,

akhirnya keluarga memutuskan membawa pasien ke rumah sakit dengan harapan pasien dapat sembuh. Pada saat pengkajian, pasien tampak sesak , batuk berlendir berwarna kuning keputihan, dan akral teraba hangat. TTV : TD = 180/110 mmHg, N = 100 x /menit, S = 38 ^{0}C, P = 28 x/menit.

3. Riwayat penyakit dialami

   Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah masuk rumah sakit Stella Maris dengan hipertensi dan setelah itu dia sehat. Satu tahun kemudian pasien mulai sakit dengan penyakit yang berbeda yaitu sesak nafas dirawat di rumah sakit yang sama.

4. Riwayat kesehatan keluarga

   Keluarga pasien mengatakan di keluarganya mempunyai riwayat hipertensi. Ibu dan istri pasien meninggal karena penyakit hipertensi. Sementara kedua orang tua dari istri dan ayah kandung pasien penyebab meninggal tidak diketahui.

5. Pemeriksaan fisik

   a) Kebersihan rambut : Tampak Bersih
   b) Kulit kepala : Tampak Bersih
   c) Kebersihan kulit : Tampak Bersih,
   d) Hygiene rongga mulut : Tampak Bersih
   e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji, pasien menolak
   f) Kebersihan anus : Tidak dikaji, pasien menolak

B. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1. Keadaan sebelum sakit

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit, berat badan pasien 50 kg Pasien selalu makan teratur yaitu 3 kali sehari dengan menghabiskan satu porsi makanan setiap sekali makan. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat suka makan-makanan yang terdiri dari daging dan ikan. Keluarga pasien mengatakan dalam sehari minum air putih ± 8 gelas perhari.

2. Keadaan sejak sakit

   Keluarga pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan berkurang dan berat badan pasien turun 5 kg pasien hanya menghabiskan 1/4 porsi dari porsi makanan yang disediakan karena pasien merasa mual dan setiap hari hanya menghabiskan air putih ± 6 gelas perhari. Pada saat pengkajian pasien tampak malas makan, pasien mengeluh mual dan perasaan mau muntah saat mencoba menghabiskan porsi yang disediakan. Tubuh pasien tampak kurus dan bibir pecah pecah

3. Observasi

   Tampak pasien hanya menghabiskan 1/4 porsi dari 1 porsi makanan yang disediakan dan pasien tampak menghabiskan air putih 2 gelas (± 300 cc). Pasien tampak terpasang IVFD RL 500 cc 20 tpm botol kedua. Pasien tampak kurus dan tampak lemah

Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak lurus, tipis, bersih dan beruban
b) Hidrasi kulit :fingert print kembali dalam waktu ≤ 3 detik
c) Palpebra/conjungtiva: Tidak tampak edema /tidak anemis
d) Sclera : Tidak tampak icterik
e) Hidung : Tampak septum berada di tengah, tidak ada secret
f) Rongga mulut : Mukosa mulut tampak kering bibir pecah-pecah berwarna merah mudah, tidak berbau dan tampak bersi.
g) Gusi : tidak ada peradangan
h) Gigi : tampak utuh, tidak menggunakan gigi palsu.
i) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras
j) Lidah : tampak bersih
k) Pharing : tampak berwarna merah muda, tidak ada peradangan
l) Kelenjar getah bening: pada palpasi tidak teraba
m) Kelenjar parotis : pada palpasi tidak teraba
n) Abdomen :
   Inspeksi : bentuk tampak datar bayangan vena Tidak tampak
   Auskultasi : Peristaltik usus 10 x/menit
   Palpasi : teraba hangat, tidak ada nyeri

yang dirasakan

Perkusi :terdengar bunyi tympani (normal)

o) Kulit

- Edema : ☐ positif ☑ negatif
- Icterik : ☐ Positf ☑ negatif

- Tanda-tanda radang : tidak ada tanda-tanda Peradangan

p) Lesi : Tidak ada

C. POLA ELIMINASI

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit BAB lancar dengan frekuensi 1-2 kali/hari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan dan BAK lancar dengan frekuensi 5-7 kali/hari berwarna kuning.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan BAB satu kali perhari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan dan BAK ± empat kali perhari, berwarna kuning dan berbau amoniak.

3. Observasi

   Selama pengkajian tampak pasien BAK satu kali dengan volume 150 cc berwarna kuning dan berbau amoniak. Pasien tidak menggunakan kateter.

4. Pemeriksaan fisik

   a) Peristaltik usus : 13 kali/menit

   b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positf ☑ Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji pasien menol

e) Anus:

- Peradangan : Tidak dikaji pasien menolak
- Hemoroid : Tidak dikaji pasien menolak
- Fistula : Tidak dikaji pasien menolak

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan sebelum sakit

   Keluarga pasien mengatakan setip hari pasien membantu anaknya bekerja di toko bangunan sebagai kasir. Pasien biasa membersikan dinding dan lemari barang yang ada di tokoh anaknya. Selama sehat jika pasien sibuk bekerja dia biasanya merokok dan bisa menghabiskan 2 bungkus rokok. Selain itu jika ada waktu luang, pasien berola raga seperti lari pagi.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan sejak mulai sakit pasien merasa sesak dan batuk berlendir. Pasien juga mengatakan keluhan tersebut bertambah apabila pasien mencoba untuk beraktifitas mengurus diri. Selama di rumah sakit pasien dibantu oleh perawat bersama anaknya untuk mandi, berpakain, makan minum dan berpindah dari tempat tidur ke kamar mandi jika ingin BAB dan BAK. Pasien merasa nyaman jika diberikan posisi semi fowler sambil terpasang O_2 nasal canul 3 LPM.

3. Observasi :

   Pada pengkajian di rumah sakit tampak pasien dibantu oleh anaknya untuk ke kamar mandi dan makan.

Diperiksa saturasi oksigen (SpO_2) 98 %. Pasien tampak sesak pada saat mencoba bangun dari tempat tidur untuk berjalan ke kamar mandi.

a) Observasi

- Aktivitas harian :
- Makan : 2
- Mandi : 2
- Kerapian : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 2
- Mobilasi ditempat tidur : 2

0: mandiri
1 :bantuan dengan alat
2 :bantuan orang
3 :bantuan alat dan orang
4 :bantuan penuh

b) Postur tubuh : Pasien tampak tegap

c) Gaya jalan : Pasien tampak tegap dan lambat

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4. Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 160 /100 mmHg
Duduk : 180/110 mmHg
Berdiri : 200/100 mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik [√] Positif
[ ] negatif

b) HR : 100 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Pasien tampak keringat dingin
Basah : Kulit sedikit lembab

d) JVP : 5-2 cmH_2O
Kesimpulan : Pemompaan vertikel memadai

e) Perfusi pembuluh perifer kuku : kembali dalam waktu 3 detik.

f) Thoraks dan pernapasan

- Inspeksi :

  Bentuk thoraks : Tampak simetris kiri dan kanan

  Retraksi interkostal : tampak ada penggunaan otot bantu napas

  Sianosis : Tidak ditemukan

  Stridor : Tidak ditemukan

- Palpasi

  Vocal fremitus : paru kanan lebih bergetar dari paru kiri

- Perkusi : ☐ Sonor ☑ Redup ☐ Pekak

  Lokasi: Teraba pada ICS IV dextra

- Auskultasi

  Suara napas : Vecikuler yang melemah di lapang paru sebelah kiri

  Suara ucapan : Bronchophoni

  Suara tambahan: ronchi terdengar di semua lapang paru

g) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi :
  Ictus cordis teraba pada ICS V Linea medio clavicularis sinistra
- Perkusi :
  Batas atas jantung : ICS III Linea sternalis sinistra
  Batas bawah jantung : ICS V Linea medio clavicularis kiri
  Batas kanan jantung : ICS III Linea sternalis dextra
  Batas kiri : Linea mid clavicularis sinistra
- Auskultasi :
  Bunyi jantung II A : Tunggal ICS II Linea sternalis kanan
  Bunyi jantung II P : Tunggal ICS III Linea sternalis kiri
  Bunyi jantung I T : Tunggal ICS IV Linea sternalis kanan
  Bunyi jantung I M : Tunggal ICS V Linea medio clavicularis kiri
  Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar
  Murmur : Tidak terdengar
  Bruit : Aorta Tidak ada
  A.Renalis : Tidak ada
  A.Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : [ ] Positif [√] Negatif
- Rentang gerak : Bebas

  Kaku sendi : Tidak ada

  Nyeri sendi : Tidak ada

  Fraktur : Tidak ada

  Parese : Tidak ada

  Paralisis : Tidak ada
- Uji kekuatan otot :

		Kanan	Kiri
Tangan	:	5	5
Kaki	:	5	5

- Reflex fisisologi : terdapat refleks biseps, triceps, patella dan achiles positif
- Refleks patologi : Babinski tidak ditemukan

  Kiri [ ] Positf [√] Negatif

  Kanan [ ] Positif [√] Negatif
- Clubbing jari : Tidak tampak
- Varises tungkai : Tidak tampak

i) Columna vertebralis :

- Inspeksi : [ ] Lordosis [ ] Kiposis [ ] Skoliosis
- Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

  Kaku kuduk : Tidak ada

E. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1. Keadaaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan di rumah biasanya tidur siang ± 1-2 jam. Setelah bangun pasien melakukan aktivitasnya kembali membantu anaknya bekerja ditoko bangunan sebagai kasir. Dan pada malam hari pasien tidur biasanya ± 6-7 jam.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan selama sakit tidurnya agak terganggu karena pasien selalu batuk sehingga pasien sering terbangun dan merasa kepanasan sehingga pasien sering berkeringat. Pasien mengatakan tidur siang sekitar ± 2-3 jam dan tidur malam sekitar ± 4-5 jam.

3. Observasi :

   Pada saat pengkajian tampak pasien susah tidur, pasien gelisah karena sering terbangun akibat sesak dan batuk berlendir.

   Ekspresi wajah mengantuk : ☐ Positif ☑ Negatif

   Banyak menguap : ☐ Positif ☑ Negatif

   Palpebera inferior berwarna gelap: ☐ Positif ☑ Negatif

F. POLA PERSEPSI KONGNITIF

1. Keadaan sebelum sakit:

   Pasien mengatakan mampu melihat secara jelas dan mendengar walaupun umurnya sudah tua. Pasien juga mengatakan masih mudah untuk mempelajari sesuatu seperti membaca buku. Pada saat pengkajian pasien

mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 30 cm.

2. Keadaan sejak sakit:

   Pasien mengatakan selama sakit, penglihatan, pengecapan, penciuman, dan perabaan masih dapat berfungsi dengan baik. Pasien juga mengatakan ia mampu beriorentasi terhadap lingkungan, dan perawat dirumah sakit.

3. Observasi

   Pada saat pengkajian, tampak pasien menonton video di HP sambil berbaring di tempat tidur.

4. Pemeriksaan fisik:

   a) Pengelihatan :
      - Cornea : Tampak jernih
      - Pupil : Isokor (kiri dan kana sama)
      - Lensa mata: Tampak jernih
      - Tekanan Intra Okular : Teraba sama kenyal kiri dan kanan

   b) Pendengaran
      - Pina : tampak simetris kiri dan kanan
      - Kanalis : tampak bersih, tidak ada serumen
      - Membran tympani: tampak pantulan cahaya politzer

   c) Pengenalan rasa pada lengan dan tungkai

      Pasien mampu merasakan sentuhan tangan perawat.

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1. Keadaan sebelum Sakit

   Pasien mengatakan sebagai seorang ayah ia turut membantu anaknya bekerja sebagai kasir di toko bangunan. Pasien mengatakan mampu menjalankan tugasnya sehari-hari dan merasa senang dengan pekerjaaan tersebut. Pasien juga mengatakan tidak pernah merasa terbebani dengan pekerjaan yang dilakukannya.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan selama sakit aktifitasnya sangat kurang akibat kondisinya yang sangat lemah. Pasien hanya bisa berharap semoga cepat sembuh.

3. Observasi

   Pada saat pengkajian tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur.

   a) Kontak Mata

      Pasien dapat melihat perawat saat berbicara

   b) Rentang perhatian : Penuh

   c) Suara dan cara bicara : Jelas

   d) Postur tubuh : Badan pasien tampak tegap

4. Pemeriksaan fisik

   a) Kelainan bawaan yang nyata : tampak tidak adanya kelainan

   b) Bentuk/postur tubuh : Tampak datar

   c) Kulit : Tampak bersih

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sejak istrinya meninggal lima tahun yang lalu, ia sekarang tinggal bersama anaknya yang sudah berkeluarga. Pasien juga mengatakan jika ada masalah di dalam keluarganya, ia dan keluarga selalu menyelesaikannya dengan baik.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan selama di rumah sakit, keluarga sangat mencemaskan keadaan kesehatannya. Walaupun demikian, keluarga tetap memberikan dorongan dan harapan kepada pasien semoga cepat sembuh.

3. Observasi

   Pada saat pengkajian tampak anak dan saudara pasien mendampingi pasien.

I. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan mempunyai satu orang istri dan satu orang anak. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya sudah tua dan tidak pernah menggunakan kontrasepsi.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasein mengatakan selama istrinya meninggal sepuluh tahun yang lalu, ia tidak pernah lagi melakukan hubungan seksual dan tidak bisa punya anak lagi.

3. Observasi

Pada saat pengkajian perawat tidak menemukan perilaku yang menyimpang

4. Pemeriksaan fisik : tidak dikaji pasien menolak

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRESS

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan mengatakan dirinya sangat sabar dan jarang sekali marah. Jika ada masalah pasien selalu mendiskusikan dengan anggota keluarga agar dapat menyelesaikan masalah.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan selama berada dirumah sakit, ia mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan rumah sakit. Pasien juga mengatakan ia mampu berdaptasi dengan perawat dan merasa senang dengan pelayanan yang ada dirumah sakit.

3. Observasi:

   Pada saat pengkajian tampak pasien bersahabat dengan perawat.

K. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1. Keadaan sebelum sakit

   Keluarga pasien mengatakan pasien selalu aktif dalam kegiatan beribadah, seperti kegereja setiap hari minggu dan pada hari raya lainnya pasien selalu turut berperan didalamnya.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama dirawat dirumah sakit, walaupun kondisi lemah ia tetap berdoa dalam hati mohon agar cepat sembuh.

3. Observasi

   Pada saat pengkajian tampak rosario dan sebuah buku rohani di samping tempat tidur pasien.

V. UJI SARAF KRANIAL

A. N I : Pasien dapat mencium bau kulit jeruk

B. N II : Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 30 cm.

C. N III, IV, VI : Pasien mampu menggerakkan bola mata kesegalah sarah

D. N V :

   Sensorik : Pasien dapat merasakan sentuhan kapas didahi.

   Motorik : Pasien mampu mengunyah makanan yang diberikan

E. N VII :

   Sensorik : Pasien mampu mengenal rasa manis

   Motorik : Pasien mampu mengangkat alis

F. N VIII :

   Vestibulari : Pasien mampu berdiri tegak

   Akustikus : Pasien mampu mendengarkan suara gesekan jari perawat

G. N IX : Tampak ovula terletak ditengah

H. N X : Pasien mampu menelan makanan yang diberikan

I. N XI : Pasien mampu menggerakkan kepala kekiri dan ke kanan

J. N XII : Pasien mampu menggerakkan lidah dan mendorong pipi kiri dan kanan.

VI. PEMERIKSAAN PENUNJANG

A. Pemeriksaan Dara, pada tanggal 09 maret 2017

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
WBC	15,6	10^3/ul	[4,8-10,8]
RBC	4,4	10^6/Ul	[4, -6,1]
HGB	13,7	g/dL	[14 -18]
HCT	40,10	%	[42-52]
MCV	92,2	Fl	[80-99]
MCH	31,5	Pg	[27-31]
MCHC	34	g/Dl	[33 -37]
PLT	254	10^3/Ul	[15 -450]
RCV-CV	13,2	%	[11,5-14,5]
PUW	9,5	fL	[9 -13]
MPV	8,3	fL	[7,2 -11,1]
P-LCR	13,2	%	[15-25]
NEUT%	79,8	%	[40-74]
LYM	8,9	%	[19-48]
MXD	11,3	%	[4 -18]
NEUT%	12,4	10^3/Ul	[1,5 -7]
LYM%	1,4	10^3/Ul	[1-3,7]
MAD%	1,8	10^3/Ul	[0-1,2]
LEO 1 JAM	26	Mm/h	[0-20]
LEO 2 JAM	50	Mm/h	[0-20]

B. Pemeriksaan Gula dara sewaktu dan Creatinin, 09 Maret 2017

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan
Gluk sewaktu	113	< 160	mg/dL
Creatinin	0,7	< 1,4	mg/dL

C. Pemeriksaan Foto Thoraks, pada tanggal 10 Maret 2017

Kesan:

- Pneumonia bilateral
- Bronchitis
- Efusi pleura kiri minimal

VII. TERAPI

Terapi cairan :

- Asering 500 cc 24 tts/menit
- Terapi obat – obatan
  - Aminophilin I amp drips/ 12 jam
  - Cefoperasone 1 g/IV/Bolus/24 jam
  - Methyleprednisolone 125 mg/12 jam
  - Fluimucil 3 x 1 kapsul / oral
  - Sanmol 3 × 1 kapsul / oral
  - Combiven 1respule /Inhalasi/ 8 jam

Tanda Tangan

Mahasiswa Yang Mengkaji

(Albertus Mamal)

B. ANALISA DATA

Nama/ umur : Tn ”K”/ 58 tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth I/ 408

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: - Pasien mengatakan batuk berlendir sejak 5 hari yang lalu - Pasien mengatakan sejak pertama sakit batuk bertambah jika mencoba melakukan aktifitas - Pasien mengatakan selama di rumah mengonsumsi sanmol dan konidin DO : - Pasien tampak batuk berlendir berwarna kuning keputihan - Tampak ada penggunaan otot bantu napas - Pemeriksaan vocal fremitus paru kanan lebih bergetar dari paru kiri - Suara tambahan ronchi terdengar di trakea dan bronkus - TTV : TD = 180/110 mmHg, Nadi = 100x/mnt, suhu = 38 ^{0}C, P = 28 x/mnt. - Hasil foto thoraks : - Pneumonia bilateral - Bronchitis - Efusi pleura kiri minimal	Produksi mukus berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas
2.	DS : - Pasien mengatakan sesak napas sejak 5 hari yang lalu - Pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa sesak dan batuk berlendir. - Pasien juga mengatakan keluhan tersebut bertambah apabila pasien mencoba untuk beraktifitas mengurus diri.	Keletihan otot pernapasan	Ketidakefektifan pola napas

	DO : - Keadaan umum pasien tampak sakit sedang - Pasien tampak lemah - Pasien tampak sesak - Pernapasan = 28 x/menit - Pasien tampak terpasang oksigen Nasal canul 3 Lpm - Tampak ada penggunaan otot bantu napas - TTV : TD = 180/110 mmHg Nadi = 100x/mnt Suhu = 38 ^{0}C P = 28 x/mnt. - SPO2 = 98 % - Hasil foto thoraks tanggal 9 Maret 2017 : - Pneumonia bilateral - Bronchitis - Efusi pleura kiri minimal		
3.	DS: - Pasien mengatakan demam dan menggigil terutama pada malam hari - Pasien mengatakan selama di rumah mengonsumsi sanmol dan konodin - Pasien mengatakan bila demam dan menggigil melakukan kompres air hangat di dahinya DO: - Pasien tampak demam dan menggigil - Pasien tampak keringat dingin - TTV : TD = 180/110 mmHg, Nadi = 100x/mnt, suhu = 38 ^{0}C, P = 28 x/mnt. - Hasil foto thoraks : - Pneumonia bilateral - Bronchitis - Efusi pleura kiri minimal	Penyakit	Hipertermi

4.	DS : - Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan berkurang - Pasien mengatakan merasa mual dan perasaan mau muntah jika mencoba menghabiskan makanannya - Pasien mengatakan selama sakit 5 hari BB turun 5 kg, sebelumnya 50kg, sekarang 45 kg DO : - Pasien tampak menghabiskan ¼ porsi makanan yang telah disiapkan - Pasien tampak malas makan - Tubuh pasien tampak kurus dan bibir pecah-pecah - BB = 45 Kg, TB = 155 CM, IMT = 18,75 Kg/m ^{2} (berat badan kurang) . - Peristaltik usus = 10 x/mnt	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan Nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/ umur : Tn ”K”/ 58 tahun
Ruang/ Kamar : Bernadeth I/ 408

No	Diagnosa keperawatan
I	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan produksi mukosa berlebihan
II	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan
III	Hipertermi berhubungan dengan penyakit
IV	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

C. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ umur : Tn ”K”/ 58 tahun
Ruang/ Kamar : Bernadeth I/ 408

Tanggal.	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana tindakan Meliputi: tindakankeperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasional
09 maret 2017	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan, yang ditandai dengan : DS: - Pasien mengatakan batuk berlendir sejak 5 hari yang lalu - Pasien mengatakan sejak pertama sakit batuk bertambah jika mencoba melakukan aktifitas - Pasien mengatakan selama di rumah mengonsumsi sanmol dan konidin DO : - Pasien tampak batuk berlendir berwarna kuning keputihan - Tampak ada penggunaan otot bantu napas - Pemeriksaan vocal fremitus paru kanan lebih	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan napas kembali efektif secara bertahap dengan kriteria hasil : - Batuk berlendir berkurang - Frekuensi pernapasan kembali normal 12- 20 x / menit - Tidak terdengar bunyi napas ronchi	1. Kaji dan dokumentasikan frekuensi, kedalaman dan upaya pernapasan 2. Kaji dan dokumentasikan faktor yang berhubungan seperti nyeri, batuk tidak efektif, mukus kental, dan keletihan 3. Observasi tanda – tanda vital 4. Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui	1. Peningkatan pernapasan menunjukan ketidakefektifan bersihan jalan napas dan Penggunaan otot bantu napas menunjukan usaha pernapasan 2. Menjadi data dasar dalam menentukan penyebab infeksi dan tingkat bantuan yang diberikan 3. Sabagai data pendukung untuk menentukan tindakan yang diberikan 4. Ronkhi adalah bunyi akibat karena terkumpul cairan mucus dalam trachea atau bronkus.

	bergetar dari paru kiri
	- Suara tambahan ronchi terdengar di trakea dan bronkus
	- TTV : TD = 180/110 mmHg, Nadi = 100x/mnt, suhu = 38 ^{0}C, P = 28 x/mnt.
	- Hasil foto thoraks :
	  - Pneumonia bilateral
	  - Bronchitis
	  - Efusi pleura kiri minimal
			penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara nafas tambahan.
			5. Atur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal rongga dada .
			6. Pantau SaO2 pasien
			7. Catat jenis dan jumlah sekret yang dikumpulkan
			8. Jelaskan penggunaan yang benar peralatan pendukung misalnya oksigen mesin pengisapan dan inhaler
			9. Informasikan kepada pasien dan keluarga
				Wheezing adalah bunyi ngik terjadi karena ada eksudat lengket tertiup aliran udara. Friction-Rub bunyi terdengar kering, terjadi karena peradangan paru.
				5. Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan
				6. Spo2 kurang dari (98-100)% dapat menentukan jenis oksigen yang digunakan
				7. Menjadi data dasar dalam menentukan penyebab infeksi dan tingkat bantuan yang diberikan
				8. Penjelaskan yang benar dapat meminimalkan kecemasan pasien dan keluarga serta meningkatkan keamanan dalam menggunakan peralatan medis
				9. Merokok dalam ruangan dapat menimbulkan

			tentang larangan merokok di dalam ruangan perawatan 10. Intruksikan kepada pasien tentang batuk efektif dan teknik napas dalam untuk memudakan pengeluaran sekret 11. Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian ambroxol, atau pengencer dahak lainnnya	ledakan tabung oksigen dan asap rokok dapat memperpara kondisi pasien 10. Teknik batuk efektif dengan menarik napas dalam dapat meningkatkan produksi sekret 11. Ambroxol dapat meningkatkan pengeluaran sekret dari jalan napas
9 maret 2017	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan DS: - Pasien mengatakan sesak napas sejak 5 hari yang lalu - Pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa sesak dan batuk berlendir. - Pasien juga mengatakan keluhan tersebut bertambah apabila pasien mencoba untuk beraktifitas mengurus diri - Keadaan umum pasien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola napas kembali efektif secara bertahap dengan kriteria hasil - Sesak napas berkurang - Frekuensi pernapasan kembali normal 12- 20 x / menit - Tidak terdengar bunyi napas ronchi - Tidak ada penggunaan otot bantu napas	1. Pantau Kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan 2. Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot-otot bantu serta retraksi otot supraklavikular dan interkosta	1. Peningkatan pernapasan dan irama tidak teratur menunjukan pola pernapasan inefektif sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya. 2. Penggunaan otot bantu napas menunjukan usaha pernapasan

	tampak sakit sedang - Pasien tampak lemah - Pasien tampak sesak - Pernapasan = 28 x/menit - Pasien tampak terpasang oksigen Nasal canul 3 Lpm - Tampak ada penggunaan otot bantu napas - TTV : TD = 180/110 mmHg Nadi = 100x/mnt Suhu = 38 ^{0}C P = 28 x/mnt. SPO2 = 98 % - Hasil foto thoraks tanggal 9 Maret 2017 : - Pneumonia bilateral - Bronchitis - Efusi pleura kiri minimal		3. Auskultasi suara napas, perhatikan area penurunan, tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan 4. Berikan posisi semi fowler 5. Diskusikan perencanaan untuk perawatan di rumah meliputi pengobatan, peralatan pendukung, tanda dan gejalah komplikasi yang dapat dilaporkan sumber-sumber komunikasi. 6. Informasikan kepada pasien dan keluarga bahwa	3. Ronkhi adalah bunyi akibat karena terkumpul cairan mucus dalam trachea atau bronkus. Wheezing adalah bunyi ngik terjadi karena ada eksudat lengket tertiup aliran udara. Friction-Rub bunyi terdengar kering, terjadi karena peradangan paru. 4. Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan. 5. Penkes yang diberikan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien, sehingga keluarga dapat terlibat dalam pengobatan dan deteksi dini komplikasi yang ada pada pasien. 6. Asap rokok dapat memicu polusi udara dalam ruangan sehingga dapat

			tidak boleh merokok dalam ruangan	memperparah keadaan pasien. Meminimalkan terjadinya ledakan tabung oksigen yang digunakan.
			7. Intruksikan kepada pasien dan keluarga bahwa mereka harus memberi tahu perawat pada saat terjadi ketidakefektifan polah pernapasan.	7. Adanya pengawasan terhadap perburukan kondisi pasien dan dilaporkan dengan cepat dapat menentukan tindakan medik dengan cepat sehingga meningkatkan prognosis kesembuhan pasien
			8. Pantau saturasi oksigen (SpO2)	8. Spo2 kurang dari (98-100)% dapat menentukan jenis oksigen yang digunakan.
			9. Kolaborasi dengan dokter dalam hal terapi oksigen dan obat Bronkodialator	9. Terapi oksigen yang diberikan dapat menurunkan kerja otot bantu napas. Bronkodilator meningkatkan dilatasi bronkus sehingga pernapasan efektif.

9 maret 2017	Hipertermi berhubungan penyakit yang ditandai dengan : DS : - Pasien mengatakan demam dan menggigil terutama pada malam hari - Pasien mengatakan selama di rumah mengonsumsi sanmol dan konodin - Pasien mengatakan bila demam dan menggigil melakukan kompres air hangat di dahinya DO : - Pasien tampak demam dan menggigil - Pasien tampak keringat dingin - TTV : TD = 180/110 mmHg, Nadi = 100x/mnt, Suhu = 38 ^{0}C, P = 28 x/mnt. - Hasil foto thoraks : - Pneumonia bilateral - Bronchitis - Efusi pleura kiri minimal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien akan menunjukan keseimbangan termoregulasi dengan keriteria hasil: - keadan umum baik - pasien tidak demam - suhu badan kembali normal (36-37)^{0}C - pasien tidak mengeluh demam dan menggigil lagi - mukosa bibir dan mulut lembab	1. Pantau hidrasi (turgor kulit, kelembapan membran mukosa) 2. Pantau tekanan darah denyut nadi dan frekuensi pernapasan 3. Pantau tanda hipertermia maligna (demam, takipnea, aritmia, perubahan tekanan dara, bercak pada kulit, kekakuan dan berkeringat banyak 4. Pantau suhu minimal setiap 2 jam 5. Anjurkan pasien dan keluarga dalam pengukuran suhu untuk mencegah dan mengendali secara dini hipertermia (misalnya sengatan panan dan keletihan	1. Turgor kulit dan membran mukosa kering merupakan tanda awal peningkatan suhu tubuh 2. Peningkatan nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah dapat menjadi indikator peningkatan suhu tubuh 3. Dapat menentukan jenis hipertermi yang dialami 4. Pemantaun suhu secara berkesinambungam dapat mendeteksi peningkatan suhu tubuh 5. Pemantaun suhu secara berkesinambungam dapat mendeteksi peningkatan suhu tubuh

			akibat panan)	
			6. Lepaskan pakain yang berlebihan dan tutup pasien dengan selimut saja	6. pakaian yang tipis dapat membantu dalam penyerapan keringat.
			7. Gunakan waslap dingin (atau kantong es yang dibalut dengan kain) di axial, kening, tengkuk dan lipat paha.	7. kompres yang dilakukan dapat meningkatkan pengeluaran panas tubuh.
			8. Anjurkan asupan cairan oral sedikitnya 2 liter/hari dengan tambahan cairan selama aktivitas yang berlebihan.	8. Peningkatan asupan minuman lewat oral dapat menutupi kekurangan cairan akibat peningkatan suhu.
			9. kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Antipiretik (Paracetamol)	9. Antipuretik dapat menurunkan demam

9 maret 2017	Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan, yang dibuktikan dengan : DS : - Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan berkurang - Pasien mengatakan merasa mual dan perasaan mau muntah jika mencoba menghabiskan makanannya - Pasien mengatakan selama sakit 5 hari BB turun 5 kg, sebelumnya 50kg, sekarang 45 kg DO : - Pasien tampak menghabiskan ¼ porsi makanan yang telah disiapkan - Pasien tampak malas makan - Tubuh pasien tampak kurus dan bibir pecah-pecah - BB = 45 Kg, TB = 155 CM, IMT = 18,75 Kg/m ^{2} (berat badan kurang) . - Peristaltik usus = 10 x/mnt	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan memperlihatkan status gizi: asupan makan dan cairan yang adekuat secara bertahap, dengan kriteria hasil : - Pasien tidak mual - Napsu makan meningkat - Pasien suda mulai mampu menghabiskan makan yang disajikan - Keadaan umum baik - Lidah tidak kotor - Kulit lembab - Tidak terjadi penurunan BB dari BB sekarang - Pasien tidak malas makan - Melaporkan tingkat energi yang adekuat	1. Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi 2. Ketahui makanan kesukaan pasien 3. Timbang pasien dengan interval yang tepat 4. Anjurkan pasien dan keluarga tentang makanan yang bergizi dan tidak mahal 5. Berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya	1. kemampuan pasien dalam pemenuhan nutrisi dapat menentukan tingkat kekurangan sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya 2. Dapat memotivasi pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi 3. Mengetahui berat badan pasien dan menentukan berat badannya ideal atau tidak. Sehingga berguna dalam mengukur kefektifan nutrisi dan dukungan cairan. 4. Makanan yang bergizi dapat meningkatkan berat badan pasien 5. Informasi yang diberikan dapat meningkatkan pengetahuan dan memotivasikan pasien meningkatkan pola makan

			6. Anjurkan makan sedikit tapi sering. 7. Anjurkan orang terdekat membawa makanan dari rumah dan memberikan pada pasien 8. kolaborasi dengan ahli gizi dan kesehatan lainnya dalam pemenuhan nutrisi pasien	6. memaksimalkan masukkan nutrisi dari makan- makanan banyak dan menurunkan iritasi lambung. 7. Berguna menambah masukkan nutrisi dan meningkatkan nafsu makan pasien. 8. membantu memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

D. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn ”K”/54 thn
Ruang/Kamar : Bernadeth I / 408

Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaankeperawatan	Namaperawat
10 maret 2017	I,II	08.00	Mengkaji dan mendokumentasikan frekuensi, kedalaman, dan upaya pernapasan Hasil : - Pasien mengatakan masih sesak dan batuk berlendir - Pasien tampak batuk berlendir - Pasien tampak sesak - Pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan - Frekuensi pernpasan 25 x/ menit, serta terdapat suara tambahan ronchi yang terdengar di trakea dan bronkus dan ada penggunaan otot bantu napas	Albert
	I, II, III, IV	08.15	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : - TD : 180/110 mmhg - N : 88 x/ menit, - S : 38 ° C - P : 28 x/ menit	Albert
	III.	08.20	Memantau hidrasi Hasil : - tampak mukosa bibir kering	Albert
	II	08.25	Membantu pasien memberikan posisi semifowler Hasil : - Pasien mengatakan nyaman dan sesak mulai berkurang	Albert
	I	09.00	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian oksigen Hasil : - Pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 l /m	Albert
	IV	09.10	Memberikan makanan selingan kesukaan pasien Hasil :	Albert

			- Pasien menghabiskan biscuit yang di berikan.	
	I, II, III, IV	09.15	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Memberikan obat combivent 1 respule/Inhalasi (nebulizer) - Memberikan obat Paracetamol 1 tablet 500 mg /oral - Memberikan obat Acetylsistein 1 tablet/oral - Flumucile/1 tablet/PO, Cefoperasone/ 1 g/ IV/Bolus	Albert
	IV	10.15	Menganjurkan pasien dan keluarga untuk memberikan makan sedikit bagi pasien sedikit tapi sering Hasil : - Pasien dan keluarga tampak mengerti dengan penjelasan perawat. - Pasien mengatakan mau mengikuti anjuran perawat	Albert
	I,II, III	11.10	Mengobservasi keadaan umum pasien Hasil : - Keadaan umum lemah - Pasien tampak batuk	Albert
	IV	11.50	Memberikan makan pada pasien Hasil : - Tampak Pasien hanya menghabiskan makanan ¼ porsi - Pasien mengatakan mual	Albert
	I,II, III	12. 05	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian Obat Hasil : - Methylprednisolone 125 mg secara iv	Albert
	IV	14.00	Menimbang berat badan pasien Hasil: - Berat badan 45 kg	Albert

	I,II, III	14.50	Menciptakan lingkungan yang tenang bagi pasien Hasil : - Tampak tirai dari tempat tidur tertutup pasien sebelah - Tampak hanya dijaga oleh satu orang penjaga - Pasien mengatakan dapat beristirahat atau tidur dengan nyaman dengan suasana tersebut - Tampak pasien beristirahat	Jenn
	I, II, III	16.15	Mengobservas tanda- tanda vital Hasil : - TD : 180/ 80 mmhg - N : 98 x/ menit - S : 38 ° C - P : 25 x /menit	Jenn
	I	16.25	Mengauskultasi bagian anterior dan posterior dada untuk mengetahui suara tambahan Hasil : - Terdengar suara tambahan ronchi dilapang paru	Jen
	IV	16.30	Memberikan makan bagi pasien : Hasil : - Pasien mengatakan bersedia untuk makan - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi makanan yang disediakan. - Pasien mengatakan pasien tidak mampu menghabiskan makanannya karena merasa mual dan karena ada lendir.	Jenn
	I, II, III	18.00	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Combivent/1 respule/inhalasi - Asetylesistein/1 tablet/PO - PCT 500 mg 1 tablet/PO - Flumucile /1 tablet/PO	Jenn

	I,II	20.00	Memberikan posisi semi fowler bagi pasien Hasil : - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi stengah duduk yang diberikan perawat - Pasien masih tampak sesak	Jenn
	I, II, III	24.00	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Methyleprednisolone/ 125 mg/IV/bolus	Perawat Amir
	I,II, III	05.00	Mengobsevasi TTV Hasil : - TD = 170/ 100 mmhg - N= 88x/mnt - S= 38 ^{0}C - P=28 x/mnt	Perawat Amir
	I, II, III	05.30	Mengkaji dan mendokumentasikan frekuensi, kedalaman dan upaya pernapasan Hasil : - Pasien mengatakan masih sesak dan batuk berlendir - Pasien tampak batuk berlendir - Pasien tampak sesak - Tampak posisi pasien semi fowler dan terpasang O2 3 LPM - Pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan - Frekuensi napas = 24 x/mnt	Perawat Amir
	III	06.00	Memantau hidrasi Hasil : - Tampak mukosa bibir kering - Tampak finger print kembali > 3 detik	Perawat Amir
	IV	06.30	Menentukan kempuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi Hasil : - Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi nasi	Perawat Amir

11 Maret 2017	I, II, III, IV	07.30	Mengkaji Keluhan pasien Hasil : - Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan sesak tapi suda berkurang - Demam sepanjang malam suda berkurang - Nafsu makan sudah bisa makan sedikit	Albert
	I, II, III	08.00	Merapihkan tempat tidur pasien Hasil : - Pasien dapat tidur atau istirahat dan merasa nyaman.	Albert
	I, II, III	09.00	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil: - Combivent/1 respule/inhaler - PCT/1tablet/PO - Acetylesistein/ 1 tablet/PO - Cefoperasone/ 1 g/IV/bolus - Flumucile/ 1 tablet/PO	Albert
	I,II	09.15	Membantu pasien memberikan posisi semifowler Hasil : - Pasien mengatakan nyaman dan sesak mulai berkurang	Albert
	IV	09.20	Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering Hasil : - Pasien makan sedikit demi sedikit makanan yang di berikan	Albert
	IV	11.50	Mengkaji pola makan pasien dan mengamati porsi yang di habiskan Hasil : - Pasien mengatakan napsu makan mulai membaik dan menghabiskan 1/2 porsi makanan	Albert
	I,II, III	12.00	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi Hasil : - Metyleprednisolone/125 mg/IV/bolus	Albert

	IV	14.00	Menimbang berat badan pasien Hasil : - Berat badan pasien 47 kg	Jenn
	I,II,III,IV	15.00	Menciptakan lingkungan yang nyaman pada pasien Hasil : - Pasien dapat istirahat atau tidur	Jenn
	I,II,III ,IV	15.50	Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil : - TD : 160/90 mmhg - N : 86 x/ menit - S : 37,7 ^{O} C - P : 28x/ menit	Jenn
	I,II,IIIIV	16.15	Mengganti cairan infus Hasil : - Masukkan RL 500 ml + Drips Aminophyline 1 amp dengan 24 tetes/ menit	Jenn
	I, II, III,IV	18.10	Memberikan posisi yang nyaman bagi pasien Hasil : - Pasien tampak berbaring dengan posisi semifowler	Jenn
	I,II, III,IV	18.15	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Combivent/1 respule/Inhalasi - Asetylesisteine/1 tablet/PO - PCT/500 mg/1 tablet/PO - Flumucile/1 tablet/PO	Jenn
	II	19.10	Menjelaskan kepada keluarga untuk tidak membuang dahak sembarangan Hasil : - Pasien membuang dahak di kantong plastik	Jenn
	I, II	20.10	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian O2 Hasil : - Tampak pasien di pasang O_2 NC 3 liter/mnt	Jenn

	I, II	20.20	Mempertahankan posisi yang nyaman Hasil: - Pasien dengan posisi semi fowler	Jenn
	I, II, III IV	24.00	Memberikan terapi sesuai advice Hasil : - Methyleprenisolone/125 mg/IV/bolus	Perawat Maria
	I, II, III, IV	05.00	Mengobservasi TTV Hasil : - TD = 160/100 mmhg - N = 84 x - S = 37,4 ^{0}C - P = 20 x/mnt	Perawat Maria
	I,II,III.IV	05.30	Mengkaji Keluhan pasien Hasil : - Pasien mengatakan masih batuk berlendir dan sesak tapi sudah berkurang - Demam sepanjang malam sudah berkurang - Pasien mengatakan sudah bisa makan tapi sedikit - Pasien tampak batuk berlendir - Tampak penggunaan otot bantu napas berkurang - Tampak diberikan O2 NC 3 LPM - Tampak posisi semi fowler	Perawat Maria
	III	06.00	Memantau hidrasi Hasil : - Tampak mukosa bibir lembab - Tampak finger print kembali > 3 detik	Perawat Amir
	IV	06.30	Menentukan kempuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi Hasil : - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi nasi	Perawat Amir

12 Maret 2017	I,II,III,IV	07.30	Mengkaji keadaan umum dan keluhan pasien Hasil : - Ku suda membaik - Tampak pasien terpasang Oksigen NC 3 LPM - Terpasang IVFD RL 500 CC 28 Tpm - Pasien mengatakan batuk berlendir dan sesak suda tidak ada, nafsu makan sudah bisa menghabiskan porsi yang disediakan - Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas	Albert
	I, II	08.00	Memberikan posisi semi fowler Hasil: - Pasien aman dan dapat istirahat dengan aman	Albert
	II	09.00	Melepaskan O2 yang terpasang Hasil : - Pasien bisa bernapas dengan spontan	Albert
	I, II,III	09.00	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Asetylesistein/1 tablet/PO - PCT/500 mg/ 1 tablet/PO - Combivent/1respule/Inhalasi - Cefoperasone 1 gram secara IV - Flumucil/ 1 tablet/PO	Albert
	IV	09.20	Menganjurkan pasien untuk minum air putih yang banyak 8 gelas per hari Hasil : - Pasien melakukan yang di anjurkan oleh perawat dan pasien tampak minum 1 gelas air putih (200 cc)	Albert
	I,II, III,IV	10.15	Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil :	Albert

			- TD = 150/80 mmhg - N = 86 x/ menit - S = 37 ° C - P = 25 x / menit	
	IV	11.30	Menganjurkan kepada keluarga untuk tetap mempertahankan asupan nutrisi pasien Hasil : - Keluarga tampak mengerti	Albert
	I, II, III	12.30	Memberikan terapi sesuai advice dokter Hasil : - Methyleprednisolone/125mg/ IV/bolus	Albert
	I,II,III	15.00	Mengkaji keluhan umum pasien Hasil : - Pasien tidak ada keluhan - Batuk dan sesak suda tidak ada	Perawat Amir
	I,II	16.00	Memberikan posisi semi fowler kepada pasien Hasil : - Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	Perawat Amir
	I, II, III, IV	16.30	Mengobservasi TTV Hasil : - TD = 150/100 mmhg - N = 80X/mnt - S = 36^0c - P = 18x/mnt	Perawat Amir
	I, II	17.00	Mengauskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara nafas tambahan Hasil : - Tampak suara nafas terdengar vesikuler melemah pada lapang paru kiri - Tampak terdengar suara nafas tambahan ronchi pada kedua lapang paru	Perawat Amir
	I, II	18.00	Mengatur posisi pasien yang memungkinkan untuk	Perawat Amir

			pengembangan maksima rongga dada Hasil : - Tampak pasien berbaring dalam posisi semi fowler	
	IV	18.15	Menimbang BB Hasil: - BB: 48 Kg	Perawat Amir
	IV	18:30	Menyiapkan makan bagi pasien Hasil : - Pasien bisa makan sendiri dan menghabiskan 1 porsi makan yang telah disiapkan	Perawat Amir
	I,II, III, IV	21.00	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Hasil : - Combivent/1respule/Inhaler - Flumusil/1 tablet/PO, - Asetylesistein/ 1 tablet/PO - PCT /500 mg/ 1 tablet/PO	Perawat Maria
	I,II,	23.00	Memberikan posisi semi fowler Hasil : - Pasien nyaman dengan posisi yang telah diberikan	Perawat Maria
	I,II,III,IV	24.00	Berkolaborasi dengan dokter dalm pemberian obat Hasil : - Methyleprednisolone/125 mg/ IV/bolus	Perawat Maria
	I,II,III,IV	05.00	Mengobservasi TTV Hasil : - TD = 150/90 mmhg - N= 80x/mnt - S=36 ^{0}C - P= 18x/mnt	Perawat Maria
	I,II,III, IV	05.30	Mengkaji keluhan umum pasien Hasil : - Pasien mengatakan Batuk dan sesak tidak ada - Pasien mengatakan demam suda tidak ada - Pasien mengatakan nafsu makan suda bisa	Perawat Maria

			menghabiskan 1 porsi yang disediakan - Tampak keadaan umum baik - Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas	

E. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien / Umur : Tn. “K” / 54 tahun
Ruangan / Kamar : Bernadeth I / 408

Tanggal	SOAP	Nama perawat
10 maret 2017	**DP I: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan produksi mukosa berlebihan** S: - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semifowler yang diberikan oleh perawat. - Pasien mengatakan masih sesak dan batuk berlendir O: - Pasien tampak batuk berlendir - Terdengar suara tambahan ronchi dilapang paru - TTV : TD = 170/100 mmHg, N = 88X/mnt, S = 38 ^{0}C P = 28 x/mnt - Tampak posisi pasien semifowler dan terpasang O2 aliran 3 liter/menit A : Bersihan jalan napas belum efektif P : 1. kaji fungsi pernapasan, misalnya bunyi napas, irama,dan kecepatan. 2. Berikan posisi semifowler. 3. Catat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa atau catat karakter dan jumlah sputum. 4. Ajarkan pasien untuk batuk efektif 5. Lakukan suction bila perlu 6. Kolaborasi dengan fisioterapi untuk memberikan terapi mengeluarkan dahak **DP II : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan** S : - Pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi setengah duduk yang diberikan oleh perawat. O : - Pasien masih tampak sesak - Pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan - TTV : TD = 180/110 mmHg, N = 88X/mnt, S= 38 ^{0}C,	Albert Albert

	P= 28 x/mnt - Pasien tampak terpasang oksigen nasal canul 3 Lpm A : pola napas belum efektif P : 1. Observasi tanda-tanda vital 2. Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan 3. Pantau bunyi napas 4. Pantau saturasi oksigen (SpO2) 5. Berikan posisi semi fowler 6. Berikan oksigen sesuai Advice dokter	
	DP III: Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: - Pasien mengatakan demam dan menggigil terutama pada malam hari O: - Tampak pasien menggigil, - Kulit pasien teraba hangat - Tampak mukosa bibir kering - TTV : TD = 180/110 Mmhg N = 88X/Mnt, S = 38 ^{0}C, P = 28 x/mnt A: Pasien masih hipertermi P: 1. Observasi TTV 2. Anjurkan kompres dengan air hangat bila demam timbul 3. Anjurkan pasien banyak minum 4. anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat. 5. kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Antipiretik (Paracetamol)	Albert
	DP IV: Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan S: - Pasien mengatakan nafsu makan berkurang - Pasien mengatakan merasa mual jika ingin menghabiskan porsi makan yang disiapkan	Albert

	O: - Tampak pasien malas makan - Pasien tampak menghabiskan makanan ¼ porsi yang telah disediakan - BB= 45 Kg A: Nutrisi pasien belum terpenuhi P: 1. kaji pola makan pasien 2. monitor pemasukkan dan pengeluaran dan timbang berat badan setiap hari. 3. anjurkan makan sedikit tapi sering. 4. anjurkan orang terdekat membawa makanan dari rumah dan memberikan pada pasien 5. kolaborasi dengan ahli gizi dan kesehatan lainnya dalam pemenuhan nutrisi pasien	
11 maret 2017	**DP I: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan produksi mukosa berlebihan** S: - Pasien mengatakan batuk sudah berkurang - Pasien mengatakan merasa nyaman jika diberikan posisi setengah duduk dan menggunakan oksigen O: - Pasien tampak batuk sekali sekali - Tampak posisi pasien semi fowler - Tampak pasien membuang dahak di kantong plastik - TTV : TD = 160/100 mmHg N = 84 x/mnt S = 37,4^{0}C P = 20x/mnt A: ketidakefektifan bersihan jalan napas mulai efektif P: 1. kaji fungsi pernapasan, misalnya bunyi napas, irama,dan kecepatan. 2. Berikan posisi semifowler. 3. Catat kemampuan untuk mengeluarkan mukosa atau catat karakter dan jumlah sputum. 4. Ajarkan pasien untuk batuk efektif 5. Lakukan suction bila perlu 6. Kolaborasi dengan fisioterapi untuk memberikan terapi mengeluarkan dahak	Albert

	DP II : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan S: - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang - Pasien mengatakan merasa nyaman jika diberikan oksigen O: - Tampak pasien mengguakan oksigen - Penggunaan otot bantu napas mulai berkurang - TTV : TD = 160/100 mmHg N = 84 x/mnt, S = 36,4^{0}C P = 20x/mnt A: polah napas mulai efektif P: 1. Observasi tanda-tanda vital 2. Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan 3. Pantau bunyi napas 4. Pantau saturasi oksigen (SpO2) 5. Berikan posisi semi fowler 6. Berikan oksigen sesuai Advice dokter **DP III: Hipertermi berhubungan dengan penyakit** S : Pasien mengatakan demam dan menggigil sudah berkurang O : - Kulit pasien teraba hangat - Mukosa bibir tampak lembab - TTV : TD = 160/100 mmHg N = 84 x/mnt S = 36,4^{0}C P = 20x/mnt A : hipertermi mulai seimbang P : 1. Observasi TTV 2. Anjurkan kompres dengan air hangat bila demam timbul 3. Anjurkan pasien banyak minum 4. anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat. 5. kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Antipiretik (Paracetamol)	

	DP IV: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik - Pasien mengatakan dapat menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan O : - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang disiapkan - BB= 47 Kg A: ketidakseimbangan nutrisi mulai adekuat P: 1. kaji pola makan pasien 2. monitor pemasukkan dan pengeluaran dan timbang berat badan setiap hari. 3. anjurkan makan sedikit tapi sering. 4. anjurkan orang terdekat membawa makanan dari rumah dan memberikan pada pasien 5. kolaborasi dengan ahli gizi dan kesehatan lainnya dalam pemenuhan nutrisi pasien	
12 maret 2017	**DP I: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan produksi mukosa berlebihan** S : - Pasien mengatakan sudah tidak batuk lagi - Pasien mengatakan dapat beristirahat dengan nyaman selama tidak batuk O: - Tampak pasien tidak batuk lagi - Tampak posisi semi fowler - TTV : - TD = 150/90 mmHg - N = 80 x/menit - S = 36 ^{0}C, - P = 18X/mnt A: ketidakefektifan bersihan jalan napas efektif P: Stop Intervensi	

	DP II : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan S: Pasien mengatakan sudah bisa bernapas spontan dan dapat beristirahat dengan aman O: - Pasien tampak tidak sesak lagi - Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas - TTV : - TD = 150/90 mmHg - N = 80 x/menit, - S = 36 ^{0}C, - P = 18X/mnt A: Pola napas efektif P: Stop Intervensi **DP III: Hipertermi berhubungan dengan penyakit** S: Pasien mengatakan tidak demam dan menggigil lagi dan sudah bisa beristirahat dengan nyaman O: - Ku pasien tampak baik - Kulit teraba hangat - TTV : - TD = 150/90 mmHg - N = 80 x/menit - S = 36 ^{0}C, - P = 18X/mnt A: hipertermi kembali seimbang P: Stop Intervensi **DP IV: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan** S : - Pasien mengatakan nafsu makan sudah bagus - Pasien mengatakan bisa menghabiskan 1 porsi makan yang telah disiapkan	

	O: - Tampak pasien menghabiskan porsi makan yang telah disiapkan - BB = 48 kg A: ketidakseimbangan nutrisi kembali adekuat P: Stop Intervensi	

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam BAB ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan bronchopneumonia yang dilaksanakan selama tiga hari di Ruangan Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada Tn"K" umur 54 tahun dari tanggal 10 Maret s/d 12 Maret 2017.

Pada pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu : Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Perencanaan keperawatan, Implementasi keperawatan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal yang penulis terapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronchopneumonia. Penulis memperoleh data dari pasien, keluarga, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Berdasarkan pengkajian pada kasus penulis menemukan data utama yaitu sesak napas dan batuk berlendir. Hal ini sesuai dengan teori, dimana pada pasien dengan bronkopneumoni terjadi inflamasi/infeksi pada bronkiolus sampai alveoli yang dapat menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler paru sehingga mengakibatkan perpindahan eksudat plasma ke dalam ruang interstitium sehingga terjadi edema antar kapiler dan alveoli. Edema daerah tersebut menyebabkan penyempitan lumen sehingga mengganggu pertukaran O2 dan CO2. Adanya proses inflamasi ini juga menyebabkan peningkatan produksi sekret pada jalan nafas.

Tanda dan gejala lain yang didapatkan pada pasien adalah demam, S: 38^0 C yang dialami sejak lima hari yang lalu, hal ini berhubungan dengan proses infeksi pada parenkim paru yang didukung dengan data Leukosit meningkat. Selain itu pasien juga mengalami penurunan nafsu makan, mual, IMT: 18, 75 kg/m^2. Hal ini juga dapat dihubungkan dengan proses masuknya bakteri streptokokus, pneumokokus, dan stapilokokus melalui saluran pernapasan atas menuju ke bronchiolus sampai ke alveoli, sehingga terjadi kerusakan pada jaringan paru yang menyebabkan reaksi radang pada bronchiolus dan alveoli maka terjadi akumulasi sekret yang menyebabkan mual.

Berdasarkan data yang ditemukan yaitu dari hasil pengamatan kasus seperti yang dijelaskan di atas bahwa, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang ada di rumah sakit, karena sebagian besar tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teoritis dimana pada tinjauan teoritis dijelaskan bahwa manifestasi klinik pada pasien bronchopneumonia yaitu demam tinggi, batuk dengan sputum, dan ronchi. Dan semua data ini ditemukan pada pasien.

Begitu pula dengan tinjauan kasus, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena beberapa pemeriksaan yang dilakukan pada pasien ada dalam tinjauan kasus dimana pada pemeriksaan laboratorium yaitu WBC yang meningkat (15,6) dan pada foto thoraks memberi kesan pneumonia bilateral, Bronchitis dan efusi pleura kiri minimal yang berguna sebagai penunjang diagnosis bronchopneumonia.

Dari teori yang didapat pengobatan yang dilakukan pada pasien bronchopneumonia adalah dengan pengobatan antibiotik yaitu untuk mencegah terjadinya infeksi.

Berdasarkan pengkajian 11 pola Gordon maka ada tiga pola yang bermasalah yang terdapat pada tinjauan kasus yaitu pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrsi metabolik, pola aktivitas dan latihan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori yang ditegakan pada Bronchopneumonia ada 10 diagnosa, tetapi penulis hanya mengangkat tiga diagnosa berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan pada pasien. Diagnosa yang diangkat oleh penulis yaitu:

a. Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan produksi mukosa berlebihan
b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan
c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

Penulis mengangkat ke empat diagnosa di atas sebagai diagnosa prioritas karena sesuai dengan hasil pengkajian yang ditemukan penulis dalam pengamatan kasus.

Diagnosa keperawatan pada teori, namun tidak ditemukan pada kasus yaitu:

a. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolar kapiler (efek inflamasi), gangguan kapasitas pembawa oksigen darah gangguan pengiriman oksigen.

b. Nyeri akut b/d inflamasi parenkim paru, reaksi seluler terhadap sirkulasi toksin, batuk menetap.
c. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan umum, kelelahan yang berhubungan dengan gangguan pola tidur akibat ketidaknyamanan, batuk berlebihan dalam dispnea.
d. Resiko tinggi terhadap penyebaran infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan utama, ketidakadekuatan pertahanan sekunder, penyakit kronis, malnutrsi.
e. Resiko tinggi kekurangan volume cairan / kehilanagan cairan yang berlebihan (keringat banyak, demam, napas mulut, muntah) dan penurunan mukosa oral.
f. Kurang pengetahuan mengenai kondisi dan kebutuhan tindakan b/d kurang pengetahuan, kesalahan interprestasi, kurang mengingat.

Penulis tidak mengangkat ke enam diagnosa tersebut di atas karena tidak ditemukan dalam pengamatan kasus. Penulis menyertakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini sesuai dengan kajian teori.

C. Perencanaan Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian dan menentukan diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis membuat intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Penulis menuliskan intervensi sesuai dengan prioritas masalah yang ditemukan pada pasien seperti berikut ini:

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan. Tujuan : Setelah dilakukan perawatan 3 kali 24 jam diharapkan pernapasan efektif, yang dibuktikan dengan: sesak

napas berkurang, frekuensi pernapasan kembali normal 12- 20 x / menit, tidak terdengar bunyi napas ronchi, Tidak ada penggunaan otot bantu napas. Intervensi : 1) Pantau Kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan. 2) Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot-otot bantu serta retraksi otot supraklavikular dan interkosta. 3) Penggunaan otot bantu napas menunjukan usaha pernapasan. 4) Auskultasi suara napas, perhatikan area penurunan, tidak adanya ventilasi dan adanya suara napas tambahan. 5) Diskusikan perencanaan untuk perawatan di rumah meliputi pengobatan, peralatan pendukung, tanda dan gejalah komplikasi yang dapat dilaporkan sumber-sumber komunikasi. 6) Informasikan kepada pasien dan keluarga bahwa tidak boleh merokok dalam ruangan. 7) Intruksikan kepada pasien dan keluarga bahwa mereka harus memberi tahu perawat pada saat terjadi ketidakefektifan polah pernapasan. 8) Pantau saturasi oksigen (SpO2). 9) Berikan posisi semi fowler.10) Kolaborasi dengan dokter dalam hal terapi oksigen dan obat Bronkodialator.

2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan mukus berlebihan. Tujuan : Setelah perawatan 3 kali 24 jam bersihan jalan napas kembali efektif dengan kriteria hasil : Sesak napas berkurang, Frekuensi pernapasan kembali normal 12- 20 x / menit, Tidak terdengar bunyi napas ronchi. Intervensi : 1) kaji dan dokumentasikan frekuensi, kedalaman dan upaya pernapsan. 2) Pantau SaO2 pasien. 3) Catat jenis dan jumlah sekret yang dikumpulkan. 4) Jelaskan penggunaan yang benar peralatan pendukung misalnya oksigen mesin pengisapan dan inhaler. 5) Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang larangan

merokok di dalam ruangan perawatan. 6) Intruksikan kepada pasien tentang batuk dan teknik napas dalam untuk memudakan pengeluaran sekret. 7) Lakukan suction bila perlu. 8) Kolaborasi dengan fisioterapi untuk memberikan terapi mengeluarkan dahak. 9) Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian ambroxol, atau pengencer dahak lainnnya.

3. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Tujuan : Setelah perawatan 3 kali 24 jam Suhu tubuh dapat kembali dalam batas normal dengan kriteria hasil: keadan umum baik, pasien tidak demam, suhu badan kembali normal (36-37)^{0}C, pasien tidak mengeluh demam dan menggigil lagi, mukosa bibir dan mulut lembab. Intervensi : 1) Pantau hidrasi (turgor kulit, kelembapan membran mukosa). 2) Pantau tekanan darah denyut nadi dan frekuensi pernapasan. 3) Pantau tanda hipertermia maligna (demam, takipnea, aritmia, perubahan tekanan dara, bercak pada kulit, kekakuan dan berkeringat banyak. 4) Pantau suhu minimal setiap 2 jam. 5) Anjurkan pasien dan keluarga dalam pengukuran suhu untuk mencegah dan mengendali secara dini hipertermia (misalnya sengatan panan dan keletihan akibat panan). 6) Lepaskan pakain yang berlebihan dan tutup pasien dengan selimut saja. 7) Gunakan waslap dingin (atau kantong es yang dibalut dengan kain) di axial, kening, tengkuk dan lipat paha. 8) Anjurkan asupan cairan oral sedikitnya 2 liter/hari dengan tambahan cairan selama aktivitas yang berlebihan. 9) kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Antipiretik (Paracetamol)
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan. Tujuan : Setelah perawatan 3 kali 24 jam Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dengan

Kriteria: Pasien tidak mual, nafsu makan meningkat, pasien menghabiskan makan yang disajikan, keadaan umum baik, lidah tidak kotor, kulit lembab. Intervensi : 1) Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi. 2) Ketahui makanan kesukaan pasien. 3) Timbang pasien dengan interval yang tepat. 4) Anjurkan pasien dan keluarga tentang makanan yang bergizi dan tidak mahal. 5) Berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya. 6) Anjurkan makan sedikit tapi sering. 7) anjurkan orang terdekat membawa makanan dari rumah dan memberikan pada pasien. 8) kolaborasi dengan ahli gizi dan kesehatan lainnya dalam pemenuhan nutrisi pasien

D. Implementasi Keperawatan

Setelah menentukan rencana keperawatan, maka untuk merumuskan tindakan keperawatan tersebut penulis mengimplementasikan dalam praktik keperawatan seperti di bawah ini:

1. Pada masalah keperawatan pertama, tentang ketidakefektifan pola napas, semua perencanaan yang disusun oleh penulis telah dilaksanakan dengan baik.
2. Pada masalah keperawatan yang kedua mengenai bersihan jalan napas tidak efektif semua perencanaan yang disusun oleh penulis telah dilaksanakan dengan baik.
3. Pada masalah keperawatan yang ketiga mengenai hypertermi, semua perencanaan yang penulis telah disusun sudah dilaksanakan dengan baik.
4. Pada masalah keperawatan yang keempat mengenai resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, semua

perencanaan yang penulis susun telah dilaksanakan dengan baik. Hal ini terlaksana atas dukungan dan kerja sama yang baik antara perawat, teman-teman sedinas, pasien dan keluarga.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien. Dari empat diagnosa yang diangkat semua masalah teratasi. Dimana pada saat implementasi hari pertama pasien sudah hari ke dua di rumah sakit, dan pasien dipulangkan oleh dokter penanggung jawab pasien pada saat penulis telah melakukan implementasi hari ke tiga.

BAB V
PENUTUP

Setelah mengumpulkan teori dan mengadakan pengamatan langsung melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada Tn. “K” dengan diagnose bronchopneumonia, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan mengajukan saran sebagai berikut.

A. Kesimpulan

1. Asuhan keperawatan yang diterapkan pada Tn. “K” menggunakan pendekatan proses keperawatan antara lain pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.
2. Setelah melakukan pengkajian keperawatan pada Tn “K”, penulis menemukan masalah keperawatan sebagai berikut:
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan produksi mukosa berlebihan
   b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan
   c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
   d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
3. Dari perencanaan/intervensi yang penulis buat dengan perencanaan/intervensi berdasarkan tinjauan teoritis pada prinsipnya sama, tetapi ada beberapa intervensi yang ditambahkan oleh penulis dalam asuhan keperawatan dan tidak ada dalam tinjauan teoritis. Hal ini disebabkan karena masalah keperawatan yang diangkat tidak terdapat pada masalah keperawatan secara teoritis.
4. Semua perencanaan yang dibuat semuanya diimplementasikan, namun ada beberapa implementasi yang dilakukan kepada

Tn.“K” yang tidak direncanakan sebelumnya karena disesuaikan dengan kondisi.

5. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan selama tiga hari pada Tn.“K” didapatkan hasil evaluasi yaitu semua diagnosa teraratasi dan pasien berobat jalan.

B. Saran

Melihat kenyataan yang terjadi pada kasus yang ada, maka penulis mengajukan beberapa saran untuk dapat dipertimbangkan antara lain:

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

   Melihat penderita bronchopneumonia yang sedikit menurun maka penulis mengharapkan agar rumah sakit tetap meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam hal penyuluhan, tindakan kuratif dan kolaboratif antara tenaga kesehatan dengan mengadakan seminar-seminar tentang bronchopneumonia. Hal lain yang penulis harapkan kepada rumah sakit untuk menyiapkan sebuah wadah tempat pasien membuang ludah dan lendirnya.

2. Bagi Perawat Ruangan

   Perawat sebagai pelaksana keperawatan harus menggunakan langkah- langkah proses keperawatan dalam memberikan tindakan keperawatan pada klien dan diharapkan lebih peka dalam penanganan pasien, serta selalu mengikuti perkembangan ilmu khususnya dibidang keperawatan demi untuk meningkatkan mutu pelayanan pada pasien. Penulis juga mengharapkan agar perawat ruangan bisa memberikan discharge planning pada pasien dan keluarga agar dapat melakukan perawatan dan pengobatan lebih lanjut di rumah.

3. Bagi Pasien dan keluarga
    a. Kepada pasien dan keluarga sebaiknya diberi bimbingan dan penyuluhan tentang proses penyakit pasien dan menganjurkan bila ada keluarga yang mengalami hal tersebut diatas, sebaiknya sedini mungkin untuk melakukan pengobatan, dan juga menyarankan agar pasien melakukan check up kesehatan secara berkala atau bila ada keluhan kesehatan yang tidak lasim.
    b. Pemberian penjelasan kepada pasien dan keluarga tentangnya pentingnya mengubah pola hidup yang buruk seperti kebiasaan merokok karena akan merusak mekanisme pertahanan paru yang nantinya menyebabkan tubuh mudah terserang penyakit paru lainnya.
    c. Bagi rekan mahasiswa/ i

       Diharapkan kepada rekan mahasiwa/ i agar lebih meningkatkan pengetahuan dan keterampilan khususnya pada seluruh komponen proses keperawatan seiring dengan penemuan baru di dunia keperawatan. Dan hendaknya memberikan asuhan keperawatan yang sesungguhnya dengan betul-betul menerapkan teori dan keterampilan yang didapatkan diperkuliahan keruang praktek sepeti rumah sakit sehingga dapat mengadakan perubahan kearah yang lebih baik dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronchopneumonia.