LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY."E" DENGAN *PNEUMONIA BILATERAL* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III. A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan
di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : AUSEBIA RAMBULAN FATMA JAYA
NIM : E1514401007

Disetujui Oleh:

Pembimbing I	Pembimbing II
Rosmina Situngkir,SKM,Ns.,M.Kes	Yunita Gabriela Madu, S. Kep, Ns
NIDN 0925117501	

Menyetujui
Wakil Ketua I Bidang Akademik

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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa oleh karena atas rahmat dan karunian-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA YN."E" DENGAN *PNEUMONIA BILATERAL* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar program DIII keperawatan. Penulis menyadari dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak baik berupa moril maupun material, sehingga dengan segala ketulusan dan kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu.,Ssi.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny pongantung, S. Kep, Ns, M. Kes, Selaku wakil ketua Akademik sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon, S. Kep., Ns., M. Kes, Selaku ketua program DIII sekaligus Pembimbing Akademik DIII Keperawatan Stella Maris Makassar
4. Rosmina Situngkir,SKM.,Ns.,M.Kes dan Yunita Gabriela Madu,S.Kep,Ns. Selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. dr. Thomas Soeharto, MMR selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Seluruh staf dosen, pegawai, dan pembimbing lainnya yang telah mendidik, mengarahkan dan membimbing penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepala bagian, pembimbing praktek dan para pegawai di ruang perawatan St.Bernaderth III.A RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan dan membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Ny.”E" selaku pasien di RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan dan telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Teristimewa kepada Bapa yang tercinta (Gaspar) dan Almarhum ibu tercinta (Anggalina) yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
10. Kepada sahabat-sahabatku yang telah membantu dan selalu bersama-sama baik suka maupun duka khususnya (Frifor) dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan karena keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu dengan penuh kerendahan hati, penulis mengharapkan kritikan dan saran dari para pembaca yang sifatnya membangun dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, Mei 2018

Ausebia Rambulan Fatma Jaya

DAFTAR ISI

JUDUL

LEMBARAN PERSETUJUAN

LEMBARAN PENGESAHAN

RIWAYAT HIDUP

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR TABEL

KATA PENGANTAR.....i

DAFTAR ISI iii

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.....7

A. Konsep Dasar Medis.....7

1. Defenisi.....7

2. Anatomi Fisiologi.....8

3. Etiologi.....14

4. Klasifikasi 57

5. Patofisiologi.....17

6. Manifestasi klinis.....18

7. Tes diagnostik.....19

8. Komplukasi.....19

9. Penatalaksanaan medik.....20

B. Konsep Asuhan Keperawatan.....20

1. Pengkajian Keperawatan.....21

2. Diagnosa Keperawatan.....22

3. Intervensi Keperawatan.....22

4. Discharge Planning.....27

5. Patoflowdiagram.....28

BAB III TINJAUAN KASUS 30

A. Pengkajian 31

B. Analisa Data.....51

C. Diagnosa Keperawatan.....57

D. Rencana Keperawatan.....58

E. Pelaksanaan Keperawatan.....66

F. Evaluasi.....86

G. Daftar Obat.....92

BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....96

BAB V PENUTUP.....98

A. Simpulan.....98

B. Saran.....99

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR Gambar

1. 1. Anatomi paru.....5
2. 1. Patoflodiagram.....28
3. 1. Genogram.....33

:

DAFTAR TABEL

3.1 Hasil LAB 48
3.2 Analisa Data.....51
3.3 Diagnosa Keperawatan..... 56
3.4 Intervensi Keperawatan 57
3.5 Implementasi Keperawatan.....64
3.6 Evaluasi Keperawatan 82

presentase pneumonia menurun. Untuk mengatasi hal tersebut maka pemerintah mengupayakan berbagai teknik dan metode guna menurunkan angka kesakitan dan angka kematian, maka pemerintah Indonesia menambahkan tiga vaksin baru pada 2017, yang salah satunya vaksin pneumokokus untuk mencegah pneumonia

WHO memperkirakan setiap tahunnya penyakit pneumonia berperan dalam 1.000.000 kasus penyakit pernapasan yang mematikan, kebanyakan terjadi di Negara berkembang seperti Amerika, Asia (India dan Indonesia). Pneumonia merupakan penyakit infeksi yang banyak menyerang bayi dan anak balita bahkan orang dewasa sekalipun. Kejadian pneumonia pada masa balita berdampak jangka panjang yang akan muncul pada masa dewasa yaitu dengan penurunan fungsi ventilasi paru, sehingga sampai sekarang pneumonia masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia

Pneumonia merupakan penyebab kematian balita ke-2 di Indonesia setelah diare. Jumlah penderita pneumonia di Indonesia sebesar antara 23%-27% dan mati akibat pneumonia sebesar 1,19% (Depkes, 2014)

Periode prevalence pneumonia meningkat pada semua umur dari 2,1% (2007) menjadi 2,7% (2013). Periode prevalence pneumonia yaitu kejadian pneumonia dalam kurun waktu 1bulan setiap tahunnya meningkat. Berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan lima provinsi yang mempunyai insiden dan prevalansi pneumonia tertinggi untuk semua umur adalah Nusa Tenggara Timur, (4,6% dan 10,3%), papua (2,6% dan 8,28%), Sulawesi Tengah (2,3% dan 5,78%), Sulawesi Barat (3,18% dan 6,18%), dan Sulawesi Selatan (2,4% dan 4,88%)

Dari data yang diambil dari *Medical Recor (*MRO) Rumah sakit Stella Maris didapatkan jumlah pasien pneumonia yang dirawat inap

periode 2013 sebanyak 371 orang dan pada periode 2014 penderita pneumonia meningkat sebanyak 578 orang dan pada periode 2015 jumlah penderita pneumonia meningkat sebanyak 646 orang dan pada periode 2016 jumlah penderita pneumonia sebanyak 633 orang sedangkan pada periode 2017 penderita pneumonia makin meningkat dengan jumlah 793 orang

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan adalah memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dengan menggunakan proses pendekatan keperawatan, bertanggung jawab, berwenang, serta melakukan pendidikan kesehatan dan pencegahan, diharapkan mampu mendukung tercapainya program tersebut sesuai dengan program kementrian kesehatan tahun 2011-2016

Mengingat tingginya angka kematian yang disebabkan karena pneumonia sehingga perlu memberi perawatan yang baik agar pasien sembuh total. Oleh karena itu penulis ingin memberiakn asuhan keperawatan pada pasien dengan kasusu pneumonia.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia di ruangan di ruangan St. Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan pneumonia
b. Merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkana analisa data dan permasalahan yang terjadi pada pasien dengan pneumonia
c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien pneumonia

d. Melakukan tindakan keperawaran berdasarkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan pneumonia
e. Melakukan evaluasi keperawatan berdasarkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan pneumonia.

A. MANFAAT PENULISAN

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberi manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit

   Karya tulis ilmiah ini dapat di gunakan sebagai bahan masukan untuk tenaga keperawatan serta bahan bacaan dan sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia.

2. Bagi Instansi Pendidikan

   Karya tulis ini sebagai sumber dapat digunakan sebagai sumber infirmasi dan acuan bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kualitas penulis karya tulis ilmiah.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

   Menambah pengetahuan pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah yang di hadapi sehubungan dengan penyakit pneumonia.

4. Bagi Mahasiswa

   Membantu mahasiswa untuk lebih memahami pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia serta dapat mengaplikasikanya dalam memberikan Asuhan Keperawatan.

B. Metode Penulisan

Pendekatan yang di gunakan dalam pengumpulan data/ informasi melalui:

1. Studi Kepustakaan

   Dalam metode ini penulis menggunakan buku-buku dan internet

2. Studi Kasus

Dalmam studi kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa,perencanaan dan evaluasi keperawatan untuk mendapatkan informasi di gunakan teknik:

a. Wawancara

Penulis mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga melalui pertanyaan lansung.

b. Observasi

Penulis mengadakan pengamatan/ mengevaluasi lansung reaksi/ respon emosi pasien riwayat penyakit tindakan dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan fisik pada pasien.

c. Diskusi

Mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan, pembimbing karya tulis, pembimbing praktik klinik di ruang perwatan serta teman-teman mahasiswa.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah di tulis secara sistematis dalam beberapa BAB yaitu: Bab I pendahuluan, pada bab ini di uraikan tentang latar belakang, tujuan penulusan, manfaat penulusan, metode penulisan dan sistematis penulisan. Bab II tinjauan teoritis yang di uraikan dalam 2 bagian yaitu: konsep dasar medis yang mencakup defenisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisilogi, manifestasi klinik, tes diagnostik penatalaksanaan, kompliksai dan pencegahan. Pada bagian kedua yaitu konsep asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan pulang (discharge planning). Bab III pengamatan kasus, pada bab ini di uraikan tentang pengkajian, dignosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi tindakan keperawatan. Bab IV pembahasan kasus pada bab ini akan di uraikan tentang analisa kasus, yang membahas perbandingan antara konsep teori yang di temukan dengan kenyataan yang terdapat di dalam

uraian tinjaun kasus dan untuk mengetahui kesenjangan antara teori dan praktek/ kenyataan selama pengamatan kasus. Bab V simpulan dan saran, pada bab ini akan di kemukakan kesimpulan pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran-saran sebagai masukan yang dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan, khususnya bagi perawatan pasien pneumonia.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Infeksi saluran napas bagian bawah merupakan masalah dinegara berkembang maupun di Negara maju dan menjadi penyebab morbilitas dan mortolitas yang penting di seluruh dunia dan dapat menyerang bayi, anak, maupun orang dewasa. Infeksi saluran napas tersebut salah satunya pneumonia. Kasus ini disebabkan pola hidup yang kurang baik dan tidak memperhatikan kebersihan lingkungan.

Pneumonia di Negara berkembang dipengaruhi oleh beberapa factor intrinsik maupun ektrinsik . Menurut penelitian Mokoginata (2013), faktor intrinsik pneumonia seperti pemberian ASI eksklusif sedangkan faktor ektrinsik penyebab pneumonia antara lain jenis lantai, dan kondisi lantai rumah yang kotor serta ventilasi rumah yang tidak cukup untuk masuknya udara ataupun sinar matahari

Pneumonia terjadi ketika cairan akibat infeksi bakteri atau iritasi kronis berkumpul dalam jaringan intestinal, alveoli, dan bronkus yang menyebabkan penumpukan cairan, edema dan eksudat didalam alveoli yang menyebabkan sianosis disertai hipoksia, ventilasi mungkin menurun akibat akumulasi mukus, yang dapat berkembang menjadi atelektasis, gagal napas dan kematian. Pada kasus ekstrem berhubungan dengan kelelahan atau sepsis yaitu penyebaran infeksi ke darah

Pneumonia merupakan salah satu indikator keberhasilan program pengendalian penyakit seperti yang tertuang dalam rencana strategis kementrian kesehatan tahun 2011-2016 dan ditargetkan

BAB II
TINJAUAN TEORITS

A. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengertian

Pneumonia adalah suatu proses inflamasi parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh agens infeksius. Pneumonia adalah penyakit infeksius yang sering menyebabkan kematian di Amerika Serikat (Brunner, 2013).

Pneumonia (infeksi dan peradangan parenkim paru) adalah penyebab kematian keenam di Amerika Serikat (Sylvia, 2014).

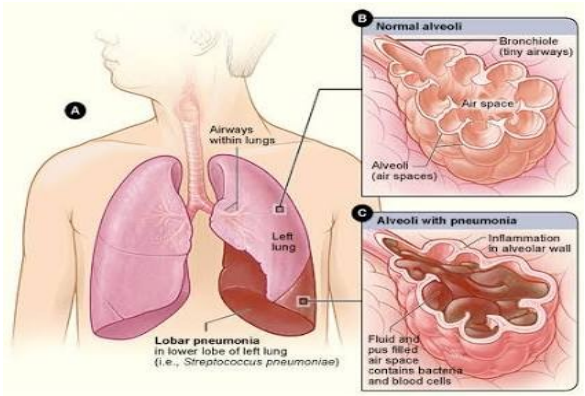
Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang terdapat konsilidasi dan terjadi pengisian rongga alveoli oleh eksudat. Peradangan ini dapat disebabkan oleh mikroorganisme bakteri, virus, jamur dan benda-bend asing (Ardiyansah, 2012).

Pneumonia dalam arti umum adalah peradangan parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganime-bakteri, virus, jamur, parasite, namun pneumonia juga dapat disebabkan oleh bahan kimia ataupun karena paparan fisik seperti suhu atau radiasi. (Darmanto, 2012).

Berdasarkan definisi di atas penulis dapat menyimpulkan pneumonia suatu penyakit dimana terjadi proses inflamasi pada parenkim paru yang menyebabkan terjadinya konsilidasi dan terjadi pengisian rongga alveoli oleh eksudat yang disebabkan oleh virus, bakteri, jamur, dan benda asing.

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Gambaran anatomi paru-paru



Gambar 2.1: anatomi pneumonia

Sumber: Nurarif, 2016

1) Paru-paru

Paru-paru terletak pada rongga torax, berbentuk kerucut dengan apeks berada di atas tulang iga pertama dan dasarnya pada diafragma. Paru-paru kanan mempunyai tiga lobus, sedangkan paru-pari kiri mempunyai dua lobus. Kelimaa lobus ini merupakan lobus yang terlihat, setiap paru-paru dapat dibagi lagi menjadi beberapa sub bagian menjadi sekitar sepuluh unut kecil yang disebut broncopulmonari segmen. Kedua paru-paru di pisahkan oleh ruang yang disebut mediastinum. Jantung, aorta, vena kava pembuluh paru-paru, esofagus, bagian dari trakea, bronkus dan kelenjar timus terdapat di mediastinum ini adalah superior dan inferior. Berikut penjelasan lebih lanjut mengenai bagian-bagian dari organ paru-paru tersebut:

a) Apeks pulmo

Berbentuk bundar menonjol kearah dasar yang melebar melewati aprtura toralis superior, letakknya sekitar 2,5-4cm di atas ujung iga pertama.

b) Basis pulmo

Paru paru kanan dan bagian yang berada diatas permukaan cembung diafragma akan lebih menonjol keatas dari pada paru- paru bagain kiri.

c). Insisura atau fisura

Letak insura dan lobus dapat digunakan untuk menentukan diagnosa. Pada paru-paru kiri terdapat insisura obliges. Insisura ini membagi paru-paru kiri menjadi dua lobus yaitu: lobus superior, dan lobus inferior

Paru-paru kanan memiliki dua insisure yaitu insisura obligura dan insisura interlobaris sekunder.

d). Pleura

Pleura adala suatu membrane serosa (*serous membrane*) yang halus dan membentuk suatu kantong tempat dimana terdapat dua paru, yaitu kiri dan kana, yang tidak saling bersentuhan. Pleura mempunyai dua lapisan, yaitu permukaan paretalis dan permukaan viseralis.

e). Sinus pleura

Tidak seluruh kantong yang dibentuk oleh lapisan pleura diisi secara sempurna oleh paru-paru, baik kearah bawah maupun depan. Kavum pleura hanya dibentuk oleh lapisan pleura paretalis, sehingga rongga ini disebut sinus pleura (*recessus pleura).* Pada waktu inspirasi bagian paru-paru ini akan memasuki sinus. Sebaliknya pada waktu ekspirasi,

bagian ini akan ditarik lagi rongga tersebut. Sinus pleura terdiri dari dua bagian yaitu:

(1). Sinus kostamediastinal, yang terbentuk pda pertemuan pleura mediastenalis dengan pleura kostalis. Pada waktu inspirasi sinus ini hampir semua terisi oleh paru-paru

(2). Sinus frenikokostalis, yang terbentuk pada pertemuan pleura diafragmatika dengan pleure kostalis. Pada inspirasi yang sangat dalam, bagian ini belumdapat diisi akibat pengembangan paru-paru

f). Ligamentum pulmonale

Radiks pulmonalis bagian depan, atas, dan belakang ditutip oleh pertemuan pleura parietalis dan pleura viseralis.

g). Pembuluh limfe

Didalam paru-paru terdapat dua pasang pembuluh limfe yang saling berhubung. Bagian superfisi pembuluh limfe yang terletak dalam pleura ini berukuran relative besar dan membatasi lobus dipermukaan paru. Pembuluh limfe tampak hitam karena pengisapan karbon, khususnya pada individu yang tinggal di perkotaan

h). Persyarafan

Dalalm jaringan paru-paru dijumpai serat-serat kecil, terutama didaerah hilus yang berkaitan dengan bronkus serta pembuluh besar. serat –serat syaraf yang berhubungan dengan percabangan bronkhial membentuk pleksus pulmonalis yang tersusun dari cabang vagus (bronko konstruktor) dan cabang dari ganglia simpatis berjalan bersama dengan pembuluh pulmonalis dan sekelompok kecil sel syaraf yang terdapat pada dinding bronkial

2). Alveolus

Paru terbentuk oleh skitar 300 juta alveoli, yang tersusun dalam klaster antara 15-20 alveoli. Begitu banyaknya alveoli ini sehingga jika meraka bersatu untuk membentuk satu lembar akan menutupi area 70 meter persegi.

Terdapat tiga jenis sel alveolar. Membrane respiratorius pada alveoli pada umumnya dilapisi oleh sel epitel pipih sederhana yang disebut dengan sel tipe 1. Makrofag alveolar bertugas berkeliling disekitar epitelium untuk memfagositosi partikel atau bakteri yang masih dapat masuk kepermukaan alveoli, makrofag ini merupakan pertahan terakhir pada system pernapasan. Sel-sel alveolar tipe II, sel-sel yang aktif secara metabolik, mensekresi surfaktan, suatu fosfolid yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveolar agar tidak kolaps. Sel alveoli tipe II adalah makrofag yang merupakan sel-sel fagositosis yang besar yang memakan benda asing (lender, bakteri dan bekerja sebagai mekanisme pertahanan yang penting).

b. Fisiologi pernapasan

Aktivitas pernapasan merupakan dasar yang meliputi gerak tulang rusuk sewaktu bernapas dalam. Pada waktu istirahat pernapasan menjadi dangkal akibat tekanan abdomen yang membatasi gerakan diagragma.

1). Inspirasi

Merupakan proses aktif kontraksi otot-otot inspirai yang menaikan volume intratoraks. Selama bernapas tenang tekanan intrapleura kira-kira 25 mmHg (relative terhadap atmosfer). Pada permulaan inspirasi menurun sampai 6mmHg dan paru ditarik kearah posisi yang lebih mengembang, dijalan udara sedikit negative dan udara mengalir kedalam paru

Akkhir inspirasi rekoil menarik dada kembali ke posisi ekspirasi karena tekanan recoil dan dinding dada seimbang. Tekanan dalam jalan napas seimbang menjadi sedikit positif udara mengalir keluar dari paru-paru

2). Ekspirasi

Pernapaan tenang bersifat pasif tidak ada otot-otot yang menurunkan volume untuk toraks kontraksi ini menimbulkan kerja yang menahan kekuatan recoil dan melambatkan ekspirasi. Inspirasi yang kuat berusha mengurangi tekanan intrapleura sampai rendah 30 mmHg ini menimbulkan pengembangan paru dengan derajat yang lebih besar. Bila ventilasi meningkat, luasnya deflasi paru meningkat dengan kontraksi otot-otot pernapasan, yang menurunkan volume intratoraks. Proses fisiologis pernapasan dimana oksigen dipindahkan dari udar kedalam jaringan dan karbondioksida dikeluarkan keudara, dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

1) Ventilasi

Ventilasi adalah gerakan udara masuk dan keluar dari paru- paru. gerakan dalam pernapasa ekspirasi dan inspirasi otot diafragma berkontraksi dan kubah dari diafragma menurun, pada waktu yang bersama oto-otot interkostal interna berkontraksi dan mendorong dinding dada sedikit kearah keluar. Dengan gerakan seperti ini ruang didalam dada meluas, tekanan di alveoli menurun dan udara memasuki paru-paru. Pada ekspirasi diafragma dan oto-otot interkosta eksterna relaksasi. Diafragma naik dinding dada jatuh kedalam didalam dada hilang. Pada pernapasan normal yang tenang sekitar 16 x per menit. Ekspirasi diikuti dengan terhenti sejenak. Kedalam dan

jumlah dari pergerakan pernapasan sebagian besar dikendalikan secara biokimiawi.

2) Difusi

Difusi adalah gerakan diantara udara dan karbondioksida didalam alveoli dan darah didalam kapiler sekitarny. Gas- gas melawati hamper secara seketika diantara alveoli dan darah dengan cara divusi. Dalam cara divusi ini gas mengalir dari tempat yang tinggi tekanan persialnya. Oksigen dalam alveoli mempunyai mempunyai tekanan persial yang lebih tinggi dari oksigen yang berada dalam darah dan karenanya udara dapat mengalir dari alveoli masuk kedalam darah. Karbondioksida dalam darah mempunyai tekanan persial yang lebih tinggi dari pada alveoli dan karenanya karbondioksida dapat mengalir dari darah masuk ke dalam alveoli

3) Transportasi gas

Transpor pengangkutan oksigen dan karbondioksida oleh darah. Oksigen ditransportasi dalam darah sel-sel darah merah oksigen bergabung dengan hemoglobin. Dalam plasma sebagian oksigen terlarut dalam plasma karbondioksida ditransportasi dalam darah sebagai natrium bikarbonat dalam dan kalium birkabonat dalam sel-sel darah merah dalam larutan bergabung dengan hemoglobin dan protein plasma

4) Pertukaran gas dalam jaringan

Metabolism jaringan meliputi pertukaran oksigen dan karbondioksida diantara dan jaringan

a) Oksigen

Bila darah yang teroksigenasi mencapai jaringan, oksigen mengalir dari darah masuk kedalam cairan jaringan karena tekanan persial oksigen dalam darah lebih besar dari pada tekanan dalam cairan jaringan. Dari dalam cairan jaringan oksigen mengalir ke dalam sel-sel sesuai kebutuhannya masing-masing

b) karbondioksida

karbondioksida dihasilkan dalam sel mengalir kedalam cairan jaringan. Tekanan persial karbondioksida dalam cairan jaringan lebih besar dari pada tekanan dalam darah, dan karenanya mengalir dari cairan jaringan kedalam darah

3. Etiologi

a. Infeksi

1). virus pernapasan yang paling sering dan lazim yaitu *micoplasma pneumonia* yang terjadi pada usia beberapa tahun pertama dan anaka sekolah dan dewasa muda

2). Bakteri *streptococcus pneumonia, pyogenes, dan staphylococcus aureus* yang lazim terjadi pada anak normal.

3) *Haemophilus influesse* menyebabakan pneumonia bakteri pada anak muda, dan kondisi akan jauh berkurang dengan penggunaan vaksin efektif rutin

4) Virus no respiratik, bakteri enterik gram negatif, mikrobaktteria, *chalimmidia spp, coxiella, pneumocystis carini* dan sejumlah jamur

5) Virus penyebab pneumonia yang paling lazim adalah virus sinsitial pernapasan (*resporatiry syncitial virus / rsv*), para influensa, dan *adenovirus*

b. Non infeksi

Agen-agen mikroba yang menyebabkan pneumonia memiliki tiga bentuk transmisi primer. Aspirasi secret yang memiliki mikroorganisme pathogen yang telah berkolonisasi pada orofaring, inhalasi aerosol yang infeksius, dan penyebaran hematogen dari bagian dekstra pulmonal.

c. Faktor lain

Usia diatas 65 tahun, infeksi pernapasan oleh virus, penyakit pernapasan kronik (misalnya asma, kistik fibrosis), tirah baring yang lama, AIDS, riwayat merokok, alkoholisme, malnutrisi.

4. Klasifikasi pneumonia (Muttaqin, 2012)

Klasifikasi pneumonia berdasarkan anatominya

a. Pneumonia lobaris, melibatkan seluruh atau satu bagian besar dari satu atau lebih lobus paru. Bila kedua paru terkena, maka dikenal sebagai pneumonia bilateral atau “ganda”
b. Pneumonia lobularis (bronkopneumonia) terjadi pada ujung akhir bercak konsolidasi dalam lobus yang yang berada didekatnya, disebut juga pneumonia lobularis.
c. Pneumonia interstitial (bronkiolitis) proses inflamasi yang terjadi di dalam dinding alveolar (interstisium) dan jaringan peribronkial serta interlobular.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan faktor dari lingkungan:

a. Pneumonia komunitas

Dijumpai pada H. Insfluenza pada pasien perokok, patogen atipikal pada lansia, gram negatif pada pasien dari rumah jompo, dengan adanya PPOK, penyakit penyerta kardiopulmonal/jamak atau paska terapi antibiotika spectrum luas.

b. Pneumonia nosocomial

Tergantung pada 3 faktor yaitu: tingkat berat sakit, adanya resiko untuk jenis pathogen tertentu dan masa menjelang onset pneumonia

c. Pneumonia bakteri

Orang yang kesehatan secara umumnya buruk atau tidak aktif secara fisik, lansia serta pasien gangguan paru kronik, paling rentan terhadap pneumonia bakteri infeksius, orang yang menggunakan zat seperti alkohol, dan kokain, sangatlah rentan.

d. Pneumonia virus

Varian virus influenza menyebabkan pneumonia virus. Antibiotic tidak efektif, tetapi antibiotic sering kali digunakan untuk mengatasi atau mencegah infeksi sekunder yang terkadang tampak pada pneumonia virus. Pasien ditangani berdasarkan yang terjadi. Pneumonia virus jarang berakibat vatal, tetapi dapat membuat pasien berada dalam kondisi yang lemah

e. Pneumonia aspirasi

Disebabkan oleh infeksi kuman, pneumonitis kimia akibat aspirasi bahan toksik, akibat aspirasi cairan insert misalnya cairan makanan atau lambung, edema paru, dan obstruksi mekanik simple oleh bahan padat.

f. Pneumonia pada gangguan imun

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

5.Patofisiologi

Paru merupakan struktur kompleks yang terdiri atas kumpulan unik yang dibentuk melalui percabangan progresif jalan napas. Saluran napas bagian bawah yang normal berada dalam keadaan steril, walaupun besebelahan dengan sejumlah besar mikroorganisme yang menempati orofaring dan terpajan oleh mikroorganisme dari lingkungan didalam udara yang di hirup. Sterilisasi saluran napas bagian bawah ini adalah hasil mekanisisme penyaring yang efektif oleh organ –organ pernapasan sebelah atas.

Tubuh sebenarnya akan langsung mengaktifkan mekanisme pertahanan saat terjadi inhalasi bakteri mikroorganisme penyebab pneumonia maupun penyebaran secara hematogen dari tubuh melalui aspirasi orofaring. Tubuh pertama kali akan melakukan mekanisme pertahanan primer dengan peningkatan respon radang. Dalam alveoli, bronkus dan jaringa sekitarnya terjadi reaksi yang meningkatkan darah dan permeabilitas kapiler ditempat yang terinfeksi sehingga terjadi peradangan paru-paru yang terinfeksi (pneumonia), sel mast atau basophil melepaskan mediator kimia histamine, prostaglandin dan otot polos vaskuler sehingga terjadi perpindahan eksudat ke dalam ruang intertistitial. Awitan pneumonia *pneumokokus* bersifat mendadak dimana kuman mengeluarkan zat pyrogenik yang menghasilkan prostatglandin histamine sehingga merangsang hipotalamus dan mengakibatkan pusat termogulasi terganggu dan menyebabkan peningkatan suhu tubuh. Stadium dari pneumonia karena *pneumpcocus* adalah sebagai berikut:

a. Kongesti (4-12 jam pertama): eksudat serosa masuk kedalam alveolus dari pembuluh darah yang bocor

b. Hepatisasi merah (48 jam berikutnya: paru-paru tampak merah dan tampak bergranula karena sel darah merah, fibrin, dan leukosit PMN mengisi alveolus.
c. Hepatitis kelabu (3-8 hari): paru-paru tampak abu-abu karena leukosit dan fibrin mengalami konsolidasi dalam alveolus yang terserang
d. Resolusi (7-11 hari): eksudat mengalami lisis dan direabsorbsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali kepada struktur semula

6. Manifestasi klinik

Gambaran klinis beragam, bergantung pada organism penyebab dan penyakit pasien

a. Menggigil mendadak dan dengan cepat berlanjut menjadi demam ($38,5^{o}_{c}$ sampai $40,5^{o}_{c}$)
b. Nyeri pada pleuritik yang semakin berat ketika bernapas dan batuk
c. Pasien yang sakit parah mengalami *takipnea* berat (25 sampai 45 kali pernapasan /menit) dan *dispnea, ortopnea* ketika disangga
d. Nadi cepat dan memantul: dapat meningkatkan 10x/ menit persatu derajat peningkatan suhu tubuh (celcius).
e. *Bradikard*i relative untuk tingginya demam menunjukan, infeksi virus, infeksi mikoplasma, atau infeksi organism *legionella*.
f. Tanda lain infeksi salura napas atas, sakit kepala, demam, derajat rendah, nyeri pleuritik, mialgia, ruam, faringitis, setelah bebrapa hari sputum mukoid atau mukopurolen dikeluarkan.
g. Pneumonia berat: pipi merah, bibr dab bantalan kuku menunjukan sianosis sentral
h. Sputum purulent berwarana seperti karet bercampur darah kental atau hijau tergantung pada agens penyebab
i. Nafsu makan buruk, dan pasien mengalami diaphoresis dan mudah lelah

j. Tanda dan gejala pneoumonia tergantung pada kondisi utama (mis, tanda bebrapa dijumpai pada pasien dengan kondisisi seperti kanker berat, dan pada mereka yang menjalani terapi *imunosupresen* yang menurunkan resistensi terhadap infeksi).

7. Komplikasi (Somatri, 2012)

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari pneumonia apabila pneumonia tidak dapat ditangani dengan baik adalah

a. Empisema adalah jenis penyakit paru obstrusi kronik yang melibatkan kerusakan pada kantung udara (alveoli) diparu-paru. Disebabkan oleh penyempitan pada saluran pernapasan, penyempitan tersebut mengakibatkan obstruksi jalan nafas, sesak, sehingga menyebabkan berkurangnya elastisitas bronkeolus.
b. Atelektasis adalah pengekrutan sebagian atau seluruh paru-paru atau penyumbatan saluran darah (bronkus atau bronkiolus). Disebabkan oleh karena paru-paru mengalami kondisi pengekrutan baik sebagian atau keseluruhan organ yang disebabkan oleh penyumpatan saluran udara bronkus dan bronkeolus.
c. Efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapatnya penumpukan cairan dalam rongga pleura berupa transudat atau eksudat.

8. Tes diagnostik

Penderita pneumonia, perlu dilakukan pemeriksaan penunjang guna memperoleh diagnosisi yang akut (Brunner dan Suddarth, 2013)

a. Pemeriksaan rontgen: dapat terlihat infilitrate pada paru
b. Laboratorium:

1). AGD (analisa gas darah): tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada lua paru yang terlihat dan penyakit paru yang ada

2). DPL (darah perifer lengkap): biasanaya terdapat leukositosis, LED meningkat

3). Elektrolit: natrium dan klorida dapat menurun

4). Bilirubin: dapat meningkat

5). Kultur sputum: terdapt mikroorganisme penyebasb akan didapat lebih dari satu jenis kuman, seperti *displococcus pneumonia, stapilococcus dan haemophilus influenza.*

9. Penetalaksanaan Medik

a. Antibiotik diresepkan berdasarkan hasil pewarnaan gram dan pedomaan antobiotik (pola resistensi, factor risiko, etiologi harus dipertimbangkan). Terapi kombinasi dapat juga digunakan

b. Terapi suportif mencakup hidrasi, antipiretik, medikasi antitusuf, antihistamin, atau dekogestan nasal

c. Tirah baring direkomendasikan sampai infeksi menunjukan tanda-tanda bersih

d. Terapi oksigen diberikan untuk terapi hiposekmia

e. Bantuan pernapasan mencakup konsentrasi inspirasi yang tinggi, intubasi endotrakea, dan ventilasi mekanis.

f. Terapi Etelaktasis, Efusi pleura, syok, gagal napas, atau superinfeksi dilakukan jika perlu.

B. Konsep Dasar Keperawatan (Iman soemantri, 2012)

1. Pengkajian

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Lingkungan berdebu, polusi udara, merokok, menghirup asap rokok, rumah yang kurang ventilasi, adanya anggota keluarga

yang pernah mengalami pneumonia, tidak mendapat vaksinasi yang lengkap, sesak napas, batuk berlendir, pernapasan cuping hidung, tidak mendapatkan pengobatan.

b. Pola Nutrisi dan metabolic

   Kehilangan nafsu makan, mual muntah, penurunan berat badan dan malas minum, berat badan menurun, turgor kulit kering, distensi abdomen, mata cekung, dan demam

c. Pola eliminasi

   Riwayat diare, penurunan produksi urine, BAB encer, polyuria

d. Pola aktivitas dan latihan

   Kelelahan, keterbatasan melakukan aktivitas seperti berdiri dan berlari, Kelemahan fisik, pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur

e. Pola Tidur dan istrahat

   Susah tidur, lemah, gelisah dan perasaan tidak enak, Sesak, menguap, ekspresi wajah mengantuk

f. Pola Persepsi Kognitif

   Rasa nyeri, sesak, demam, gelisah, bingung

g. Pola Persepsi dan Konsep diri

   Ungkapan pasien tentang keadaan tubuhnya seperti: Tidak mau makan, tidak mau minum, dan rasa nyeri, tampak pasien kurang bersabar, ketakutan dan gelisah.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesame

   Tidak mau bicara, gelisah, malas, tampak pasien lebih dekat dengan orang terdekat, diam

i. Pola Mekanisme Koping dan toleransi terhadap stress

   Tidak konsentrasi pada saat diajak bicara, gelisah, suka marah, dan cepat tersinggung

j. Pola nilai kepercayaan

Kebiasaan pasien dalam menjalankan ibadah, dan tanggapan pasien terhadap agama, berdoa, belajar, mengaji, dan agama yang dianut

k. Pola reproduksi dan seksual

Pakaian yang digunakan pasien, aksesoris sesuai jenis kelamin, perilaku yang cengeng dan manjaga

2. Diagnosa keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mucus dalam jumlah berlebih
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan fungsi jaringan paru sekunder akibat konsolidasi, peningkatan secret
4. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

3. Intervensi keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mucus dalam jumlah berlebih

NOC: Hasil yang diharapkan

1. Status pernapasan: Kepatenan jalan napas
2. Frekuensi pernafasan dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan ke sekala 4
3. Kemampuan mengeluarkan secret dipertahankan pada skala3 dan ditingkatkan keskala 4 Batuk dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 4

NIC:

a. Manajemen jalan nafas

1). Monitor status pernafasan dan oksigenasi sebagaimana mestinya
2). Posisikan pasien untuk meringankan sesak napas
3). Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif
4). Kelolah nebulizer ultrasonic, sebagaimana mestinya
5). Monitor keluhan napas pasien termasuk kegiatan yang memperburuk atau meningkatkan sesak
6). Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun dan tidak ada suara suara tambhan
7). Anjurkan keluarga untuk memberikan air hangat
8). Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan

b. Terapi oksigen
1). Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan
2). Monitor aliran oksigen

2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif, kegagalan mekanisme regulas.

NOC:
1) Membran mukosa lembab dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 4
2) Intake cairan dapat dipertahankan pada skala 3 dan ditinkatkan keskala 4

NIC:
a. Manajemen cairan
1). Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien
2). Monitor tanda-tanda vital
3). Berikan terapi IV sesuai yang diresepkan
4). Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik

5). Tawari makanan ringan (misalnya, minuman ringan dan buah-buahan segar/ jus buah

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan fungsi jaringan paru sekunder akibat konsolidasi, peningkatan secret

NOC:

1) Manajemen jalan napas dipertahankan pada skala3 dan ditingkatkan keskala 4

NIC:

a. Manajemen jalan napas

1). Posiskan pasien untuk memaksimalkan ventilasi

2).Identifikasi kebutuhan aktual/potensial pasien untuk memasukan alat buka jalan napas

3).Motivasi pasien untuk bernapas pelan, dalam, berputar dan batuk

4).Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan

5). Monitor status pernapasan dan oksigen

4. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

Hasil yang diharapkan

NOC :

Dengan kriteria hasil:

1. Hipertermi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 3 2. Peningkatan suhu kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatakan keskala 3

NIC :

a. Pengaturan suhu

1) Monitor tekanan daran, nadi, dan respirasi, sesuai kebutuhan

b. Perawatan demam

1) Monitor warna kulit
2) Beri obat atau cairan IV
3) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan tergantung pada fase demam (yaitu memberikan selimut hangat untuk fase dingin menyediakan pakaian atau line tempat tidur ringan untuk fase bergejolak

5 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis

NOC:

Status Nutrisi

1. Asupan makanan secara oral dapat dipertahankan pada skala 2 dan ditingkatkan keskala4
2. Asupan cairan intravena dipertahankan pada skala 2 dan ditingkatkasn keskala 4

Asupan Nutrisi: Asupan Nutrisi

1. Asupan kalori, protein, lemak, karbohidrat, serat, vitamin, mineral zat besi, kalsium, natrium dipertahankan pada skala 2 dan ditingkatkan kesekala 4

NIC:

a. Monitor Nutrisi
   1). Timbang berat badan
   2). Monitor adanya {warna} pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering
   3). Monitor turgor kulit dan mobilitas
   4). Identifikasi perubahan berad badan terakhir
b. Manajemen elektrolit/ cairan
   1). Insrtuksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi yaitu: membahas pedomaan diet dan piramida makanan

2). Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien

3). Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan makanan tertentu berdasarkan perkembangan usia

6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi

NOC:

1. Kekuatan otot dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 4
2. Fungsi pernafasan dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 4

NIC:

a. Terapi latihan

1). Tentukan kesiapan pasien untuk terlibat atau protokol latihan

2). Evaluasi fungsi sensori {misalnya: penglihatan, pendengarandan perabaan}

b. Bantuan perawatan diri

1). Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri

2). Pertimbangkan usia pasien ketika meningkatkan aktifitas perawatan diri

3). Ajarkan orang tua/ keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan perawatan diri

4). Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan mandiri

c. Terapi latihan: pergerakan sendi

1). Lakukan latihan ROM pasif dengan bantuan sesuai indikasi

2). Monitor lokasi dan kecendrungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/ aktifitas

d. Manajemen Nyeri

1). Lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intetsitas atau beratnya dan factor pencetus

2). Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri

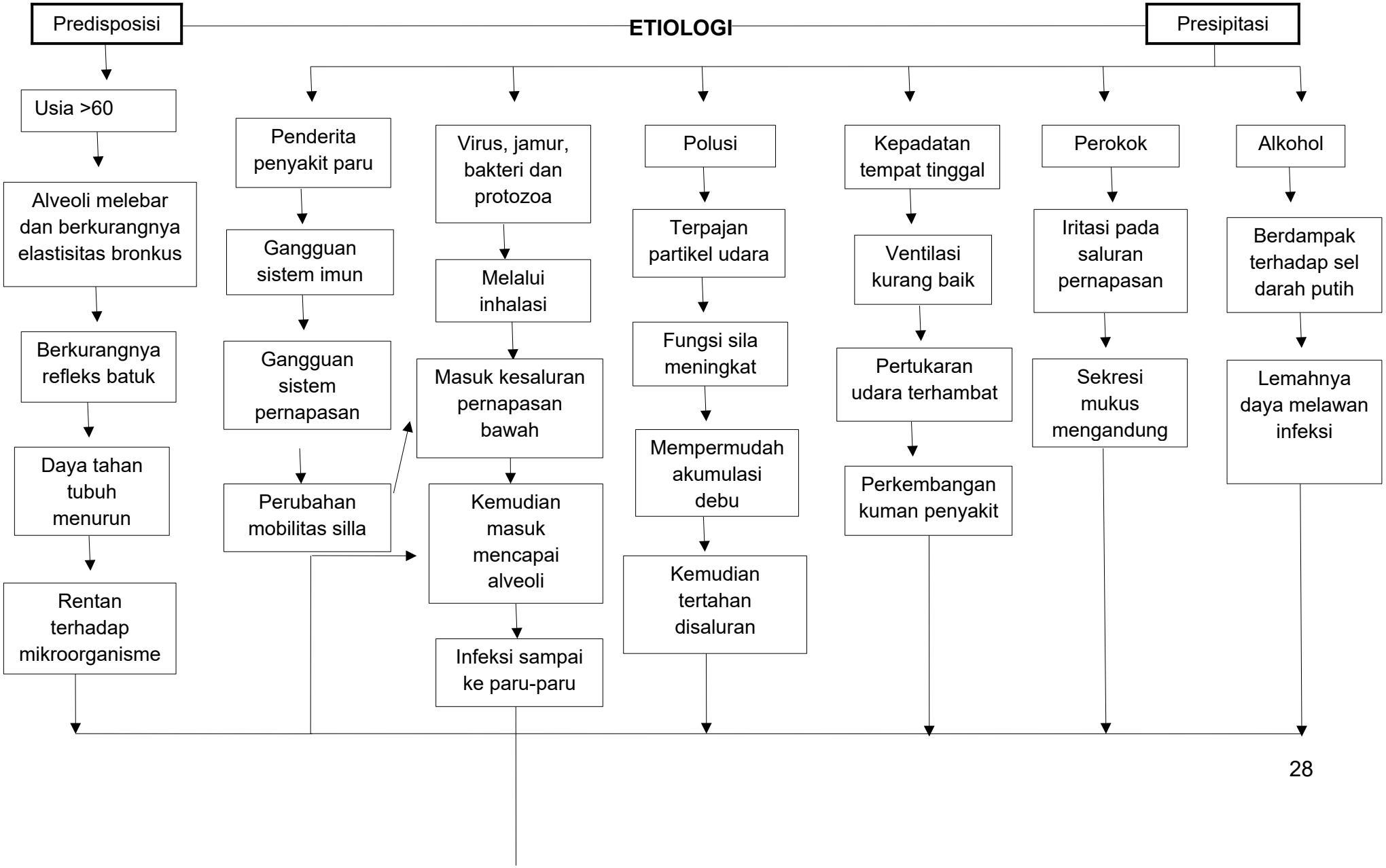
3). Ajarkan penggunaan teknik relaksasi nonfarmakologi seperti teknik relaks

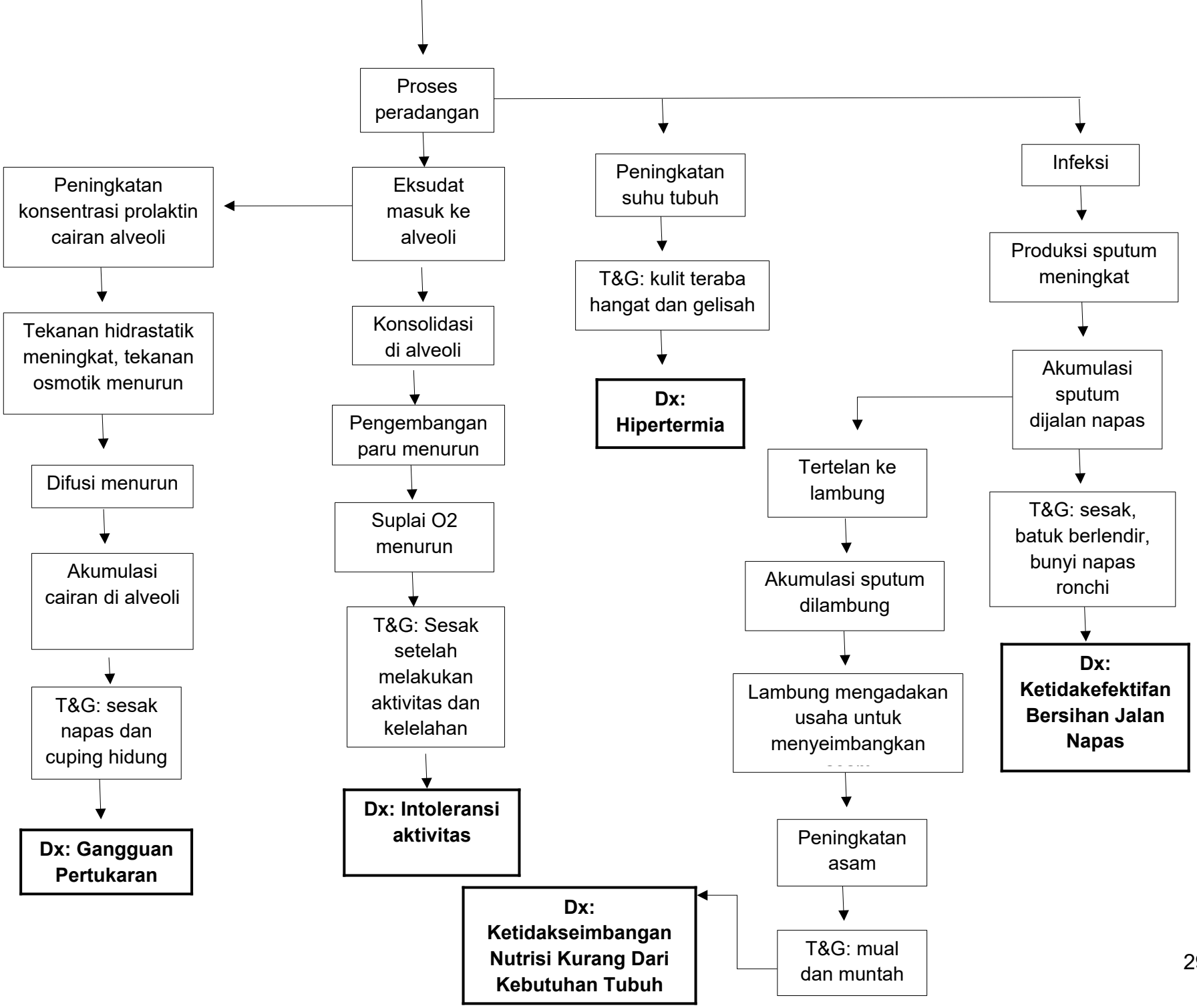
4 Discharge Planning

Hasil yang perlu disampaikan kepada keluarga pasien sebelum pulang

1. Jelaskan kepada kelurga pasien tentang pengertian penyebab, tanda dan gejala serta penanggulangan awal tentang penyakit pneumonia
2. Hindari merokok, polusi udara, debu yang dapat menurunkan kesehatan serta melukai selaput napas sehingga saluran napas lebih rentan dimasuki virus. Hindari asap rokok, polusi udara, dan debu karena memperlemah kondisi saluran napas
3. Instruksikan melakukan kontrol yang sesui dengan yang dijadwalkan. Dengan adanya kontrol ulang akan lebih mudah mengetahui perkembangan kesehatan, serta menjaga timbulnya komplikasi
4. Tindakan awal dengan kasus pneumonia apabila pasien demam dan batuk berikan kompres hangat untuk menurunkan demam serta pemberian pakian tipis

5. Patoflodiagram




Proses peradangan
Peningkatan konsentrasi prolaktin cairan alveoli
Eksudat masuk ke alveoli
Peningkatan suhu tubuh
Infeksi
Tekanan hidrastatik meningkat, tekanan osmotik menurun
Konsolidasi di alveoli
T&G: kulit teraba hangat dan gelisah
Produksi sputum meningkat
Difusi menurun
Pengembangan paru menurun
Dx: Hipertermia
Akumulasi sputum dijalan napas
Akumulasi cairan di alveoli
Suplai O2 menurun
Tertelan ke lambung
T&G: sesak, batuk berlendir, bunyi napas ronchi
T&G: sesak napas dan cuping hidung
T&G: Sesak setelah melakukan aktivitas dan kelelahan
Akumulasi sputum dilambung
Dx: Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas
Lambung mengadakan usaha untuk menyeimbangkan
Dx: Gangguan Pertukaran
Dx: Intoleransi aktivitas
Peningkatan asam
Dx: Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh
T&G: mual dan muntah

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	: Ausebia Ranbulan Fatma Jaya
NIM	: E1514401007

Unit : St Bernadeth III A Autoanamnes : ✓

Kamar : 354[2] Alloananmnese : ✓

Tgl masuk RS: 17 April 2018

Tgl pengkajian: 19 April 2018

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial	: Ny"E"
Umur	: 91 thn
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 5
Agama/suku	: Kristen
Warga Negara	: Indonsia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	:SMP
Pekerjaan	: IRT
Alamat rumah	: Jl. Bt Pondok Lestari Makassar

b. Penanggung jawab

Nama	: TN"Y"
Umur	: 65 Thn
Alamat	: Jl.Bt Pondok Lestari Makassar
Hubungan dengan pasien	: Anak

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Dyspepsia+Hipotensi

Saat pengkajian : Pneumonia

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit ~~ringan~~/sedang/b~~erat/tidak tampak sakit~~

Alasan : Tampak pasien berbaring lemah diatas tempat tidur dengan posisi tidur semifowler, tampak pasien terpasang infus Ns 500cc dengan tetesan infus 20 tetes ×/menit pada tangan kiri, tampak pasien terpasang O_2 3 liter dengan nasal kanul, tampak pasien sesak

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran:

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata: 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 100/60 mmHg

MAP : 73,3 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,5 °c di ☐ oral ☑ axila ☐ rektal

4) Pernapasan : 28 x/menit

Irama ☑ teratur ☐ kusmaul ☐ cheyne-stoke

Jenis : ☑ dada ☐ perut

5) Nadi : 78 x/menit

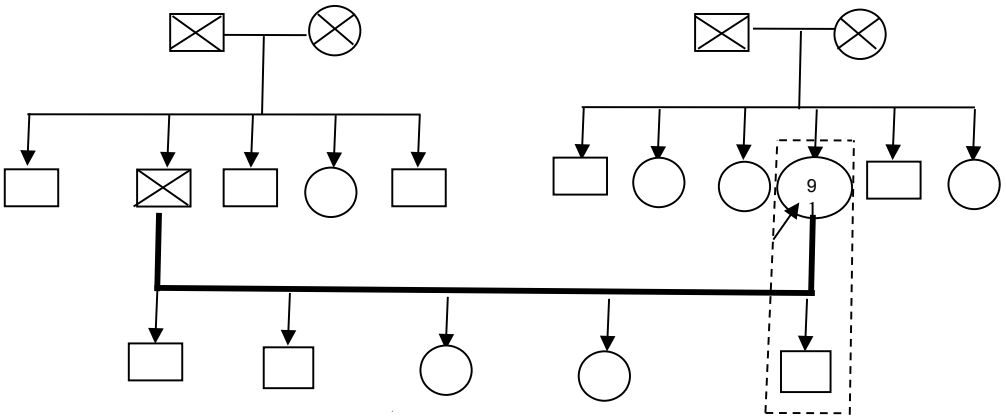
Irama: ☑ teratur ☐ takikardi ☐ bradikardi
☐ kuat ☑ lemah

c. Pengukuran

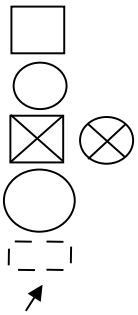
1. Lingkar lengan atas : 14 cm
2. Tinggi badan : 160 cm
3. Berat badan : 40 kg
4. IMT : 15,6 kg/m²

Kesimpulan : Tubuh kurang pangan

d. Genogram



Keterangan :



: Pria Normal
: Wanita Normal
: Meninggal
: Umur Pasien
: Tinggal serumah
: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sehat itu sangat penting bagi keluarganya,sebelum sakit pasien dan keluarga selalu

menjaga kesehatan dengan makan teratur,menjaga kebersihan diri dan rumah, pasien selalu memeriksa kesehatannya ke dokter keluarga, akan tetapi pasien mempunyai kebiasan buruk dengan tidak menjaga pola makannya, pasien jarang makan, keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah merokok selama masa mudanya, akan tetapi dalam rumah ada anak pasien yang merokok, pasien memiliki riwayat alergi terhadap asap yang membuatnya sesak.Pasien mengatakan alergi terhadap udara dingin

2) Riwayat penyakit saat ini:
   a) Keluhan utama : sesak
   b) Riwayat keluhan utama

      Keluarga pasien mengatakan sejak 4 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit pasien sesak ketika hendak keluar rumah untuk menikmati udara pagi. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak langsung dibawa ke rumah sakit, keluarga lebih memilih untuk rawat di rumah,namun kondisi pasien bertambah buruk karena disertai demam dan batuk berlendir, melihat kondisi pasien semakin memburuk sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris pada tanggal 17 April 2018. Saat pengkajian keadaan umum pasien lemah, keluarga pasien mengatakan pasien sesak disertai batuk berlendir tetapi lendirnya tidak keluar semua, pasien mengatakan pusing, tampak pasien sesak disertai batuk berlendir, frekuensi napas 28x/ menit, tampak auskultasi terdengar suara tambahan

ronchi dikedua lapang paru lebih dominanya lapang paru kanan

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di Rumah Sakit Stella Maris sekitar dua tahun yang lalu dengan keluhan sesak dan batuk ketika beraktifitas, sebelumnya pasien hanya berbaring di tempat tidur dikarenakan lutut sebelah kanan mengalami nyeri akibat riwayat rematik yang dialaminya < 10 tahun

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan orang tuanya meninggal karena sesak dan hipertensi,sedangkan untuk suaminya sendiri sudah meninggal karena penyakit DM

5) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut : Tampak kotor dan lengket
b) Kulit kepala : Tampak kotor dan berketombe
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
d) Higiene rongga mulut : Tampak kotor sisa makanan
e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya makan roti tawar dan segelas susu atau teh,untuk sarapan,sedangkan untuk makan siang dan malam pasien hanya makan makan beberapa sendok nasi,pasien tidak suka makan sayuran hijau salah satu makan kesukaan dari pasien hanyalah wortel dan kentang

.

2) Keadaan sejak sakit:

   Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan selera makan, pasien hanya mampu menghabiskan 4-5 sendok dari 1 porsi makanannya dan menghabiskan air minum 2-3 gelas atau sekitar 750 cc dan susu ensure 2 gelas atau sekitar 500 cc

3) Observasi:

   Tampak pasien menghabiskan ¼ dari satu porsi makananya.Tampak tidak ada selera makan,pasien terlihat kurus, BB 40 kg dan IMT 15,6 kg/ m^2

4) Pemeriksaan fisik:

   a) Keadaan rambut : Tampak pendek dan beruban
   b) Hidrasi kulit : Finger print kembali dalam waktu 3 detik
   c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak edema, tampak anemis
   d) Sclera : Tampak tidak icterik
   e) Hidung : Tampak septum berada di tengah
   f) Rongga mulut : Tampak kotor
      Gusi : Tampak tidak ada peradangan
      Gigi palsu : Tampak tidak ada gigi palsu
   g) Gigi :Tampak gigi depan bagian atas dan bawah dan bagian belakang sebelah kiri dan kanan ada yang sudah tanggal
   h) Kemampuan mengunyah keras: Tampak pasien mampu mengunyah keras
   i) Lidah : Tampak kotor
   j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening :Tampak tidak ada pembesaran

l) Kelenjar parotis :Tampak tidak ada teraba pembesaran

m) Abdomen

- Inspeksi : Bentuk simetris, tidak tampak bayang vena
- Auskultasi : Peristaltik usus 12x/ menit
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Perkusi: ☐ asites ☐ positif ☑ negatif

n) Kulit

- Edema :☐ positif ☑ negatif
- Ikterik :☐ positif ☑ negatif
- Tanda – tanda radang : Tidak ada

o) Lesi : Pada daerah punggung dan kaki

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1x sehari dengan konsistensi padat berwarna kecoklatan,sedangkan untuk BAK biasa 3-4 kali dalam sehari

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit pasien tidak mampu BAB dan BAK di kamar mandi,pasien langsung BAB di popok atau tempat yang sudah disiapakan keluarga

3) Observasi

Tampak pasien memakai popok, tamapak fesesnya berwarna kecoklatan, lunak

Pemeriksaan fisik

a) peristaltik usus : 12x/ menit

b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.

c) nyeri ketuk ginja : ☐ positif. ☑ Negatif.
d) mulut uretra : Tidak dikaji
e) anus :
- peradangan : Tidak ada peradangan
- Hemoroid : Tidak ada peradangan
- Fistula : Tidak ada peradangan

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga, keluarga pasien mengatakan tidak ada waktu khusus bagi pasien untuk berolahraga, pasien mengisi waktu kosong dengan menonton tv

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien hanya berbaring di tempat tidur, semua kebutuhan pasien dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat, keluarga pasien mengatakan ketika pasien beraktifitas lebih atau jika pasien pergi kekamar mandi pasien sesak, pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, nyerinya seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri timbul saat kakinya digerakan, nyeri berlangsung lama sekitar 5 menit, nyeri skala 4

3) Observasi

Tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, tampak pasien hanya berbaring lemah diatas tempat tidur dengan posisi tidur semifowler, tampak wajah pasien sedikit meringis saat kaki kanannya digerakan

a) Akitivitas harian

- Makan : 2
- Mandi : 2

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

- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 2
- Mobilisasi ditempat tidur : 2

b) Postur tubuh : Tidak dikaji pasien tirah baring

c) Gaya jalan : Tidak dikaji pasien tirah baring

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 100/60 mmHg

Duduk : Tidak dikaji

Berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik: Positif [ ] Negatif [√]

b) HR : 80×/ menit

c) Kulit : kering

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

JVP : 5-2 CMH_2O

Kesimpulan: pemompaan ventrikel memadai

d) Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam waktu 3 detik

e) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi :

Bentuk thorax : Simetris kiri dan kanan

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

- Palpasi

  Vocal fremitus : Getaran paru kiri lebih keras dibandingkan getaran pada paru kanan

  Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi :

  sonor ☐ redup ☑ pekak ☐

  Lokasi :Terdengar dikedua lapang paru(dominannya pada paru kanan)

- Auskultasi :

  Suara napas :Bronkovaskuler pada kedua lapang paru kiri dan kanan bagian bawah (lebih dominan pada paru kanan)

  Suara ucapan :Terdengar jauh pada lapang paru kanan

  Suara tambahan :Ronchi pada kedua lapang paru kiri dan kanan bagian bawah(lebih dominan pada paru kanan)

f) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis :Tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis :Teraba pada ICS midklavikularis sinistra

- Perkusi

  Batas atas jantung :ICS II midklavikularis sinistra

  Batas bawah jantung : ICS V midklavikularis sinistra

  Batas kanan jantung : ICS II linea sternalis sinistra

  Batas kiri jantung : ICS V linea midklavikularis

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Tunggal,ICS II linea dekstra

  Bunyi jantung II P : Tunggal,ICS II linea sternalis

  Bunyi jantung I T : Tunggal,ICS IV linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M :Tunggal,ICS V linea midklavikularis

  Bunyi jantung II irama gallop: Tidak ada

  Murmur : Tidak ada

  HR : Tidaka ada

  Bruit : Aorta :Tidak ada

  A. Renalis : Tidak ada

  A. Femoralis : TidaK ada

g) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif
- Rentang gerak : Terbatas pada kaki kanan

  Kaku sendi : Tidak ada
- Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	4

Keterangan :

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kutang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekana

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot,tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi : Negatif
- Refleks patologi :Negatif

Babinski kiri : ☐ positif ☑ negatif

kanan : ☐ positif ☑ negatif

- Clubbing jari-jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada

h) Columna vertebralis :

- Inspeksi :Tidak dikaji karena pasien tirah baring
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Pe meriksaan fisik ☐ Lordo ☐ Ki ☐ s Skoliosis

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit kebiasaan tidur malam pasien jam 21.00 wita dan bangun pagi jam 05. 00 wita

Keluarga pasien mengatakan pasien suka suasana ruangan terang jika tidur malam, pasien juga jarang tidur siang

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit kebiasaan pola tidur pasien berubah pasien sering bangun malam karena batuk

3) Observasi

Tampak pasien menguap, tampak poalpebra inferior berwarna gelap

Ekspresi wajah mengantuk : ☑ positif ☐ negatif

Banyak menguap : ☑ positif ☐ negatif

Palpebra inferior berwarna gelap: ☐ positif ☐ negatif

F .Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering nyeri pada lutut kanannya, tidak ada gangguan pada system pendengaran

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan tidak ada gangguan pada saistem pendengaran, pasien mengatakan masih bisa melihat perawat

3) Observasi

Tampak pasien berorientasi penuh, tidak ada gangguan pada pendengaran, tampak pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 30cm, tampak pasien berkomunikasi dengan baik

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan :

- Cornea : Tampak jernih
- Pupil : isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Tampak jernih

- Tekanan Intra Okuler (TIO) : Teraba antara kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Tampak simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Tampak bersih
- Membran timpani : Tampak utuh, memantulkan cahaya politiser

f. Pola persepsi dan konsep diri:

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sangat bangga menjadi dirinya sendiri telah menjadi wanita kebanggan orang tuanya, suami, dan anaknya, pasien mengatakan semasa mudanya dia sangat cantik dan pintar

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sudak cukup puas dengan kebahagian dan kewajiban sebagai orang tua

3) Observasi

Tampak pasien tidak menunjukan sikap

a) Kontak mata : Tampak pasien menatap perawat
b) Rentang perhatian : Tampak pasien menatap perawat saat disentuh
c) Suara dan cara bicara : Tampak pasien berbicara dengan suara yang lembut
d) Postur tubuh :Tidak dikaji pasien bedre

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata :Tidak ada
b) Abdomen

Bentuk : Datar

Bayangan vena : Tidak tampak

Benjolan massa : Tidak ada

c) Kulit : kering

lesi kulit : Daerah punggung dan kaki

g. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sosialisasi pasien baik keluarga, tetangga ataupun massyarakat setempat baik, pasien selalu ikut serta jika ada acara kebersamaan dalam warga setempat

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan melihat kondisi pasien seperti ini dan usianya cukup tua akan lebih baik pasien hanya didalam rumah,selama sakit pasien tidak pernah keluar dari lingkungan rumah kerena keadaan dan kondisi tubuhnya yang tidak stabil

3) Observasi

Tampak pasien ditemani oleh anaknya dan keluarga lain datang dijam yang telah ditentukan

h. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada system reproduksi, pasien mengatakan dia sudah lupa umur berapa dia datang bulan dan umur berapa dia berhenti datang bulan, dia mempunyai 5 orang anak 3 anak laki-laki dan 2 anak perempuan

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada system reproduksi

3) Observasi

Tampak tidak ada prilaku menyimpang pada pasien

i. Pola mekanisme koping dan tpleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit yang membuat pasien marah adalah kelakuan anaknya yang tidak sesuai dengan keinginan pasien

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejauh ini sejak pasien sakit tidak pernah marah –marah kepada anaknya

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menunjukan sikap jika pasien marah ataupun pasien stress

K. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu beribadah baik dalam rumah maupun kegereja setiap hari minggu

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan walaupun dia sakit dia tetap rajin berdoa di tempat tidurnya dan selalu mendengar musik rohani

3) Observasi

Tampak pasien mendengar lagu rohani setiap pagi dan sore hari.

5. Uji Saraf Kranial

A. NI : Olfactorius

Pasien mengatakan mengenal bau minyak kayu putih.

B. NII : Optikus

Pasien mampu melihat perawat tetapi pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dalam jarak 30cm

C. NIII,IV,VI : Okulomotorius, Traklearis, Abdusens

Pasien mampu melihat kesegala arah, reflex pupil, isokor ketika melihat cahaya.

D. NV : Trigeminus

Sensorik : pasien mampu merasakan sentuhan kapas

Motorik : pasien mampu menjulurkan lidah.

E. N VII : Facialis

Sensorik : pasien mampu mengecap rasa manis dari gula

Motorik : pasien mampu mengangkat kedua alis.

F. NVIII : Vestibula akustikus

Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu untuk berdiri karena lemah

Akustikus : Pasien mampu mendengar suara gesekan jari perawat pada telinganya kanan dan telinga kirinya.

G. NIX : Glosopharingeus

Ovula tampak berada ditengah.

H. NX : Vagus

Pasien mampu menelan.

I. NXI : Accesorius

Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan.

Pemeriksan Diagnostik

Nama/Umur : NY"E"

Unit/Kamar : St. Bernadeth IIIA /354

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	6,7		10^/ul	4.8-10.8
RBC	2,9	-	10^6/ul	4.7-6.1
HGB	8,7	-	9/dl	14-18
HCT	25,30	-	%	42-52
MCV	86,3		FL	80-99
MCH	29,7		Pg	27-31
MCHC	34		9/dl	33-37
PLT	302		10^3/ul	150-450
RDW.CV	14,8	+	%	11.5-14.5
PDW	10,1		fl	9-13
MPV	8,7		fl	7.2-11.1
P-LCR	16,0		%	15-25
NEUT %	73,5		%	40-74
LYM O %	17,7	-	%	19-48
MXD %	8,8		%	4-18
NEUT #	4,9		10^3/ul	1.5-7
LYM #	1,2		10^3/ul	1-3.7
MXD #	0,6		10^3/ul	0-1.2

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
GLU SWAKTU	122	≤160	Mg/dl		
ALBUMIN	2.56	3.5-5	g/dl		
UREUM	32.4	10-50	mg/dl		
CREATINENE	0.4	≤11	mg/dl		

Pemeriksaan foto thorax PA

Pulmo : corakan bronkovesikular paru normal, perselubungan inhomogen pada lapang

Mid-paracardial kanan, medisternum tidak melebar ,Trachea tidak shift

Sinus dan diafragma normal

Costa intak, soft tissue baik

Kesan : Pneumonia bilateral

DAFTAR TERAPI

1. Terapi oksigen 3 liter/ menit
2. Infuse NS 500 cc/ 8 jam/ IV
3. Terapi obat Vitachol 200 mg/6 jam/oral
4. Terapi obat ksr 600 mg/6 jam/ oral
5. Terapi obat Ace 200 mg /6 jam /oral
6. Terapi cairan Aminofluid 500 cc/24 jam /IV
7. Ceftriaxone 2 gr/24 jam/ IV

B.Analisa Data

Nama/umur : NY"E"/91Thn

Unit /kamar : St.Bernadeth IIIA/354

No	Data	Etioligi	Problem
I	DS – Keluarga pasien mengatakan sesak disertai batuk berlendir - Keluarga pasien mengatakan pasien sesak ketika beraktivitas lebih - pasien memiliki riwayat alergi terhadap asap yang membuatnya sesak.Pasien mengatakan alergi terhadap udara dingin - Keluarga pasien mengatakan sejak 4 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit pasien sesak ketika hendak keluar rumah untuk menikmati udara pagi DO – Tampak keadaan umum pasien lemah – Tampak pasien sesak – Tampak pasien batuk berlendir – Tampak pasien tidur dengan posisi semifowler – Tampak hasil foto thorax Pneumonia bilateral – Tampak suara napas	Mukus Berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas

	bronkovesikular dikedua lapang paru(dominana pada paru kanan) – Tampak suara ucapan: terdengar jauh pada lapang paru kanan – Palpasi vokal premitus getaran paru kiri lebih keras dibanding pada lapang paru kanan – Perkusi terdengar redup dikedua lapang paru paru kiri dan kanan (dominanya paru kanan) – Tampak kotor sisa makanan – Tampak TD: 100/60 mmHg N : 78X/menit Suhu : 36,5$^{o}_{cc}$ – Pernapasan : 28x/menit DS – Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan selera makanan – Keluarga pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan 4-5 sendok makanan dalam 1 porsi makan yang telah disediakan – Pasien mengatakan dia hanya menghabiskan 2-3	Kurangnya asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	gelas ± 750 cc air putih – Keluarga pasien mengatakan pasien selalu minum teh 2 gelas ±500 cc setiap hari – Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan yang signifikan DO – Tampak ada roti makanan kesukaan pasien diatas meja – Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ 1 porsi makanan yang telah disediakan – Tampak pasien kurang berselera untuk makan – Tampak pasien kurus – Tampak berat badan pasien 40 kg – Tampak tinggi badan pasien 160 cm – Tampak IMT pasien15,6 kg m^2 DS – Keluarga pasien mengatakan pasien hanya berbaring diatas tempat tidur – Keluarga pasien mengatakan semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga – Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu berjalan	Imobilitas	Intoleransi aktivitas

	sendiri karena kakinya yang kanan sakit dan riwayat rematik – Keluarga pasien mengatakan sekarang pasien tidak mampu lagi untuk melakukan pekerjaan rumah bahkan untuk kekamar mandi karena kondisi dan usianya yang sudah tua – keluarga pasien mengataka pasien sesak ketika beraktivitas lebih atau jika pasien kekamar mandi pasien sedikit sesak – pasien mengatakan kaki kanannya sedikit sakit jika digerakan DO – Tampak keadaan umum pasien lemah – Tampak pasien hanya berbaring lemah diatas tempa tidur dengan posisi tidur semifowler – Tampak semua kebutuhan mandi, pakaian, makan, kerapihan, buang air besar, dan buang air kecil dibantu oleh keluarga – Tampak rambut kotor dan lengket ,tampak kulit kepala		

	kotor dan berketombe – Tampak rongga mulut kotor sisa makanan – Tampak HGB: 8,7 g/dl – Tampak TD: 100/60 mmHg N : 78X/ menit S : 36^0_c, P: 28x/ menit		

C.Diagnosa keperawatan

Nama/ umur : NY"E"/91 Thn

Unit/kamar : St. Bernadeth IIIA/35

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
I	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mucus berlebihan
II	Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan
III	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imbobilisasi

D.Rencana Keperawatan

Nama/umur:NY"E"/ 91 THN

Ruang/unit :St.Bernadeth 111A

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan hasil yang diharapakan (NOC)	Tindakan Keperawatan (mandir, observasi, penyuluhan dan kolaborasi (NIC)
I	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mucus yang tertahan yang ditandai dengan DS: - Keluarga pasien mengatakan sesak disertai batuk berlendir - Keluarga pasien mengatakan pasien sesak ketika beraktivitas lebih DO: - Tampak keadan umum pasien lemah - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk berlendir - Tampak pasien tidur dengan posisi tidur semifowler - Tampak hasil foto thorax: Pneumonia bilateral - Tampak suara napas: bronco-	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status pernapasan:Kepatenan jalan napas dapat dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 4 dengan kriteria hasil - Frekuensi pernafasan dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 4 - Kemampua mengeluarkan secret dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan keskala 4 - Batuk dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan	Manajemen jalan nafas 1. Monitor status pernafasan dan oksigenasi sebagaimana mestinya 2. Posisikan pasien untuk meringankan sesak napas 3. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif 4. Monitor keluhan napas pasien termasuk kegiatan yang memperburuk atau meningkatkan sesak 5. Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun dan tidak ada suara suara tambhan 6. Anjurkan keluarga untuk memberikan air hangat 7. Monitor tekanan darah, nadi suhu,

	vesikular terdengar dikedua lapang paru Tampak suara ucapan: Bronnchoponi terdengar dikedua lapang paru Tampak suara tambahan :Rales terdengar dikedua lapang paru Tampak : Inspeksi bentuk thorax: simetris kiri dan kanan Palpasi vocal premitus :getaran paru kiri dan kanan sama Perkusi terdengar Redup dikedua lapang paru Tampak TD: 100/60 mmHg Nadi: 78x/menit Suhu: 36,5$^{o}_{c}$ Pernapasan: 2	keskala 4	pernapasan Kolaborasi dokter 1. Terapi oksigen 2. Terapi obat bronkodilator

NO	DIAGNOSA	Tujuan dan hasil yang diharapkan (NOC)	Tindakan keperawatan (mandiri, observasi, penyuluhan dan kolaborasi (NIC)
1`1	Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan kurang asupan makanan DS – Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan nafsu makanan – Keluarga pasien mengatakanpasien hanya menghabiskan 4-5 sendok makanan dalam 1 porsi makan yang telah disediakan – Pasien mengatakan dia hanya menghabiskan 2-3 gelas ± 750 cc air putih – Keluarga pasien mengatakan pasien selalu minum teh 2 gelas ±500 cc setiap hari	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Status Nutrisi dipertahankan pada sekala 2 dan ditingkatkan keskala 4 – Asupan makanan secara oral dapat dipertahankan pada skala 2 dan ditingkatkan keskala4 – Asupan cairan intravena dipertahankan pada skala 2 dan ditingkatkasn keskala 4 Asupan Nutrisi: Asupan Nutrisi dapat dipertahankankan pada sekala 2 dan ditinkatkan keskala	Monitor Nutrisi 1. Timbang berat badan 2. Monitor adanya {warna} pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering 3. Monitor turgor kulit dan mobilitas 4. Identifikasi perubahan berat badan terakhir Manajemen elektrolit/ cairan 1. Insrtuksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi 2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien 3. Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan makanan tertentu berdasarkan perkembangan usia

	– Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan yang signifikan DO – Tampak ada roti makanan kesukaan pasien diatas meja – Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang telah disediakan – Tampak nafsu makan pasien menurun – Tampak pasien kurus – Tampak berat badan pasien 40kg – Tampak IMT pasien15,6 kg m^2	4 – Asupan kalori,protein,lemak,karbohidrat,serat,vitamin,mineral,zat besi,kalsium,natrium dipertahankan pada skala 2 dan ditingkatkan keskala 4	

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil yang diharapkan	Tindakan Keperawatan (mandiri, observasi,

		(NOC)	penyuluhan dan kolaborasi (NIC)
111	DS Intoleransi aktifitas berhubungan dengan imobilitas - Keluarga pasien mengatakan pasien hanya berbaring diatas tempat tidur – Keluarga pasien mengatakan semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga – Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu berjalan sendiri karena kakinya yang kanan sakit dan riwayat rematik – Keluarga pasien mengatakan sekarang pasien tidak mampu lagi	Setelah dilakukan tidakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Daya tahan dapat dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan ke skala 4 dengan kriteria hasil - Aktivitas fisik dipertahankan pada sekala 3 dan ditingkatkan keskala 4 - Hemoglobin dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan ke sekala 4 - Melakukan aktivitas rutin dipertahankan pada skala	Terapi latihan Aktifitas-Aktifitas 1. Tentukan kesiapan pasien untuk terlibat atau protocol latihan 2. Evaluasi fungsi sensori {misalnya: penglihatan, pendengarandan perabaan} Bantuan perawatan diri 1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri 2. Pertimbangkan usia pasien ketika meningkatkan aktifitas perawatan diri 3. Ajarkan orang tua/ keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan perawatan diri 4. Berikan bantuansampai pasien mampu melakukan perawatan mandiri Manajemen Nyeri 1. Lakukan pengkajian nyeri komperhensif

	untuk melakukan pekerjaan rumah bahkan untuk kekamar mandi karena kondisi dan usianya yang sudah tua – Keluarga pasien mengatakan pasien akan sesak jika beraktivitas lebih DO – Tampak keadaan umum pasien lemah – Tampak pasien hanya berbaring lemah diatas tempa tidur – Tampak semua kebutuhan mandi, pakaian, makan, kerapihan, buang air besar, dan buang air kecil dibantu oleh keluarga – Tampak kekuatan kaki	3 dan ditingkatkan ke skala 4 - Pemulihan energi setelah istirahat dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan ke skala 4	yang meliputi lokasi, karateristik, onset/durasi,frekuensi, kualitas, intetsitas atau beratnya dan factor pencetus 2. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri 3. Ajarkan penggunaan teknik relaksasi nonfarmakologi{ seperti teknik relaksasi, tarik napas dalam Manajemen energi 1. Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelaha sesuai dengan konteks usia dan perkembangan 2. Tentukan persepsi pasien/ orang terdekat dengan pasien mengenai penyebaba kelelahan 3. Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien 4. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami 5. Tawarkan bantuan untuk meningkatkan

	kanan pasien kurang dibandingkan sisi yang lain – Tamapak hasil Lab pada tanggal 17 April 2018 HGB : 8,7 9/dl – Tampak pasien sesak – Tampak TD : 100/60 mmHg N : 78X/ menit S :36, P :28x/ menit		tidur(misalnya,musik)

E. Implementasi keperawatan

Nama/ umur : “NY E”/91 thn

Unit/Kamar : St.Bernadeth IIIA/354

HARI/ TANGGAL	NO DP	WAKTU	TINDAKAN KEPERAWATAN	PERAWAT
20/04/2018	I,II,III	08.00	Melakukan pemberian obat Hasil : – Ceftriakzone 2gr/iv	Aveliana
	III	08.05	Menjaga kain linen kasur tetap bersih kering dan bebas kerutan Hasil : – Keluarga pasien mengatakan kain linennya basah karena pempersnya penuh – Tampak kain linen kasur kusut dan basah	Aveliana
	III	08.10	Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri seperti memandikan Hasil : – Tampak pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri – Tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga	Aveliana
	III	08.30	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri seperti memandikan	Aveliana

			Hasil : – Keluarga pasien mengatakan sangat senang menerima bantuan dari perawat karena keluarga tidak mampu memandikan pasien sendiri – Pasien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan secara mandiri – Tampak pasien bersedia untuk dimandikan	
	I.II.III	10.00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : – TD: 100/60 mmHg – N : 78X/menit – S : 36,4$^{O}_{C}$ – P : 27X/ menit	Apronimus
	I	10.05	Memberikan posisi semifowler Hasil : – Tampak pasien diberikan posisi semifowler – Pasien mengatakan sanagt nyaman dengan posisi yang diberikan	Apronimus
	I	10.10	Monitor aliran oksigen Hasil : – Tampak pasien diberikan aliran oksigen 3L dengan nasal kanul	Apronimus
	I.II.III I	10.15	Melakukan pemberian obat Hasil :	Perawat Novi dan Aveliana

		12.00	– Ace 200mg / oral – Vitachol 200 mg / oral Tambahkan hygiene mulut sebelum makan	Aveliana
	II	12.10	– Pasien mengatakan tidak biasa mencuci mulut sebelum makan, pasien biasanya minum air sebelum makan Menginstruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi Hasil : – Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai kebiasaan pola makan yang buruk – Pasien mengatakan tidak suka dengan makanan yang disediakan oleh rumah sakit – Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ 1 porsi makanan yang telah disediahkan oleh rumah sakit	Aveliana
	III	15.30	Mengkaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelaha sesuai dengan konteks usia dan perkembangan Hasil/: – Keluarga pasien mengatakan pasien lelah itu karena usianya sudah tua	Aveliana
	III	16.40	Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien	Friskila

	III	16.50	Hasil/: – Pasien mengatakan tidur malan sekitar 5 jam saja – Dan tidur siang sekitar 15 menit saja – Tampak pasien masihmenguap setelah bangun dari tidur siang Menawarakan bantuan untuk meningkatkan tidur(misalnya, musik)	Friskila
	II.III	16.00	Hasil/: – Pasien mengatakan biasa pasien selalu mendengarkan lagu rohani – Tampak pasien mendengarka lagu rohani Memberikan suplemen-suplemen elektrolit yang diresepkan	Friskila
	III	16.20	Hasil : – Tampak pasien diberikan cairan AMINOFLUID digunakan untuk suplai elektrolit,glukosa, asam amino dimana kondisin asupan oral pasien tidak adekuat Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif	Friskila
	I.II.III	16.25	Hasail : – Pasien mengatakan lututnya sedikit nyeri jika banyak bergerak Memonitor tanda-tanda vital	Friskila

	I.III	16.25	Hasil : – TD : 100/60 – N : 78X/ menit – S : 37,5$^{O}_{C}$ – P : 27X/menit Memberikan posisi *semifowler/* setengah duduk untuk meringan sesak napas pada pasien	Friskila
	I.II.III	16.30	Hasil : – Pasien mengatakan sesaknya sedikit berkurang ketika diberikan posisi setengah dudu Melakukan pemberian obat	Perawat Jannya & Friskila
	I.II.III	21.00	Hasil : – Tampak pasien diberikan obat – Ace 200 mg/ oral – Vitachol 200 mg/ oral Memonitor tanda-tanda vital(Tekanan darah, Nadi, Suhu, Pernapasan)	Ausebia
	I.III	21.10	Hasi : – TD : 100/60 mmHg – N : 78X / Menit – P : 27X/ Menit – S : 37,6$^{O}_{C}$ Memberikan posisi untuk meringakan sesak Hasil : Tampak pasien diberikan posisi semifowler Pasein mengatkan sangat nyaman	Ausebia

	I.II.III	05.00	dengan posisi yang diberikan Monitor tanda-tanda vital Hasil : – TD : 100/60 mmHg – N : 78X/ Menit – P : 27X/ Menit	Ausebia & Inggrit
	I .III	05.10	S : 37,6$^{O}_{C}$ Memberikan suplemen tambahan Hasil: Tampak pasien diberikan obat Vitachol 200 mg/ oral	Perawat Nunce & Ausebia
	II	06.00	Ksr 600 mg /oral Tambahkan hygiene mulut sebelum makan – Pasien mengatakan tidak biasa mencuci mulut sebelum makan, pasien biasanya minum air sebelum makan	Ausebia & Inggrit
	II	07.30	Menginstruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi seperti makan buah- buahan dan sayur hijau Hasil : – Pasien mengatakan tidak suka dengan makanan yang disediakan oleh rumah sakit – Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ 1 porsi makanan yang telah disediahkan oleh rumah sakit	Ausebia & Inggrit

Sabtu 21-04-2018	II	08.00	Melakukan pemberian obat Hasil : – Ceftriakzone 2gr /iv	Friskila
	III	08.20	Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri seperti memandikan Hasil : – Pasien mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri sendiri – Tampak pasien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri – Tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga	Friskila
	III	08.30	Memberikan bantuan perawatan diri kepada pasien sebelum pasien mampu melakukannya sendiri Hasil : – Keluarga pasien mengatakan sangat senang dengan bantuan yang diberikan oleh perawat – Pasien mengatakan belum bisa melakukan perawatan secara mandiri – Pasien mengatakan bersedia untuki dimandikan	Friskila
	III	08.45	Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif Hasail : – Pasien mengatakan lututnya sedikit nyeri jika banyak bergerak – Tampak wajah pasien sedikit meringis ketika lututnya digerakan	Friskila

Sabtu, 21-04-2018	III	09.15	Mengajarkan pasien penggunaan teknik nonfrmakaologi(seperti teknik relaksasi tarik napas dalam) Hasil : – Pasien mengatakan akan melakukan hal seperti itu ketika nyerinya datang lagi – Tampak pasien mengikuti instruksi dari perawat dengan tarik napas dalam	Friskila
	II	09.30	Memonitor adanya warna pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering Hasil : – Tampak konjungtiva pasien pucat dan kering	
	I.II.III	10.00	Memonitor tanda tanda vital (TD,N,S,P) Hasil : – TD : 110/70 mmHg – N : 79X/meit – S : 37,4 $^{O}_{C}$ – P : 27X// menit	Friskila
	I	10.05	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi sebagaimana mestinya Hasil : – P : 27X/menit – Tampak pasien sesak disetrai batuk berlendir	Friskila
	I	10.10	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak napas Hasil	Friskila

Sabtu, 21-04-2018			Hasil : – Pasien mengatakan sangat senang dengan posisi yang diberikan – Tampak pasien tidur dengan posisi setengah duduk	
	I.II	10.05	Melakukan pemberian obat Hasil : – Ace 200 mg/ oral – Vitachol 200 mg/ oral	Perawat Novi Friskila
	II	12.00	Tambahkan hygiene mulut sebelum makan – Pasien mengatakan idak biasa mencuci mulut sebelum makan, pasien biasanya minum air sebelum makan	Friskila
	II	12.20	Menginstruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi Hasil : – Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai kebiasaan pola makan yang buruk – Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ 1 porsi makanan yang telah disediahkan leh rumah sakit	Friskila
	III	15.30	Mengkaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelaha sesuai dengan konteks usia dan perkembangan Hasil/: – Keluarga pasien mengatakan pasien lelah itu karena usianya yang sudah tua Memonitor/catat waktu dan lama	Aveliana

	III	15.40	istirahat/tidur pasien Hasil/: – Pasien mengatakan tidur malan sekitar 5 jam saja dan tidur siang sekitar 15 menit saja – Tampak pasien masih menguap setelah tidur siang	Aveliana
	III	15.45	Menawarakan bantuan untuk meningkatkan tidur(misalnya, musik) Hasil/: – Pasien mengatakan biasa pasien selalu mendengarkan lagu rohani – Tampak pasien mendengarka lagu rohani	Aveliana
	II.III	16.00	Memberikan suplemen-suplemen elektrolit yang diresepkan Hasil : – Tampak pasien diberikan cairan AMINOFLUID digunakan untuk suplai elektrolit,glukosa, asam amino dimana kondisin asupan oral pasien tidak adekuat	Aveliana
	I.II.III	16.20	Memonitor tanda –tanda vital (TD,N,S,P) Hasil : – TD : 110/80mmHg – N : 80x/menit – S : 37,4$^{o}_{c}$ – P : 26x/menit	Apronimus
	I.III	16.30	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya Hasil :	Aveliana

			– P :26X/menit – Tampak pasien sesak disertai batuk berlendir	
	I.II.III	18.00	Melakukan pemberian obat Hasil : – Tampak pasien diberikan obat – Ace 200 mg/ oral – Vitachol 200 mg/ oral – Ksr 600 mg/oral	Perawat Aga Ausebia
	I.II.III	21.00	Memonitor tanda –tanda vital (TD,N,S,P) Hasil : – TD :110/80 mmHg – N :80x/ menit – S :37,4°c – P :26x/ menit	Ausebia
	I.II.III	21.10	Memonitor aliran oksigen Hasil : – Tampak pasien menggunakan oksigen Nasal kanul dengan aliran oksigen 5l – Tampak sesak pasien berkurang	Apronimus
	I	05.00	Memonitor tanda –tanda vital(TD,N,S,P) Hasil : – TD :110/80mmHg – N :80x/menit – S :37,4°c – P :22x/menit	Aveliana
	I.III	05.30	Memonitor status pernapasan dan oksigen sebagaimana mestinya Hasil : – P : 22X/ menit – Tampak sesak pasien berkurang	Aveliana

	I.II.III	06.00	– Pasien mengatakan sesaknya berkurang – Tampak pasien masih batuk berlendir Melakukan pemberikan obat Hasil: – Tampak pasien diberikan obat Vitachol 200mg/oral – Ksr 600mg/oral	Perawat Novi dan Aveliana

Minggu,22-04-2018	I.II.III	08.00	Melakukan pemberian obat Hasil : – Ceftriaxone 2 gr/ iv	Ausebia Janya
	II	08.20	Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri Hasil : – Pasien mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri sendiri – Tampak pasien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri	Ausebia dan Albina
	III	08.30	Memberikan bantuan perawatan diri kepada pasien sebelum pasien mampu melakukannya sendiri Hasil : – Keluarga pasien mengatakan sangat senang dengan bantuan yang diberikan oleh perawat – Pasien mengatakan bersedia untuki dimandikan	Ausebia dan Albina
	III	08.45	Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif (meliputi lokasi, kareteristik, durasi). Hasil /: – Pasien mengatakan nyeri pada lutut kanannya nyeri muncul ketika lututnya ketika digerakan lama nyerinya sekitar 5 menit	Ausebia
	III	08.55	Mengajarkan pasien penggunaan teknik nonfarmakologi(seperti teknik relaksasi tarik napas dalam)	Ausebia

	I.II.III	10.00	Hasil : – Pasien mengatakan akan melakukan hal seperti itu ketika nyerinya datang lagi – Tampak pasien mengikuti instruksi dari perawat dengan tarik napas dalam Memonitor tanda-tanda vital(TD,N,S,P) Hasil : – TD :110/80 mmHg – N :80x/ menit – S :37,4$^{o}_{c}$ – P :22x/ menit	Ausebia
	I	10.05	Memonitor status pernapasa dan oksigenasi sebagaimana mestinya Hasil : – P : 22x/ menit – Tampak pasien tidak menggunakan oksigen, tampak pasien tidak sesak – Tampak pasien batuk berlendir	Ausebia
	I.III	10.15	Menginsstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efekfif Hasil : – Pasien mengatakan batuk berlendir – Pasien mengatakan akan melakukan instruksikan oleh perawat – Tampak pasien mengikutii instruksi yang diberikan perawat	Ausebia
	II	10.30	Menganjurkan pasien terkait dengan kebutuhan makanan tertentu berdasarkan	Ausebia

			perkembangan usia Hasil : – Pasien mengatakan malas makan – Pasien mengatakan tidak suka makan sayur hijau, Pasien mengatakan tidak terlalu suka makan buah-buahan – Tampak tidak ada buah-buahan diatas meja pasien, tampak ada roti tawar dimeja pasien sebagai makanan kesukaannya	
	II	10.45	Memonitor adanya warna pucat,kemerahan dan jariingan konjungtiva yang kering	Ausebia dan Albina
		10.50	Hasil : Tampak konjungtiva pasien pucat dan kering	
	III	11.10	Memonitor turgor kulit dan mobilitas Hasil : – Tampak kulit pasien kering dan keriput – Tampak pasien tirah baring	Ausebia
	II	11.20	Mengkaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelaha sesuai dengan konteks usia dan perkembangan Hasil/: – Keluarga pasien mengatakan pasien lelah itu karena usianya – Keluarga pasien mengatakan pasien masih lelah Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien Hasil/: – Pasien mengatakan tidur malan	Ausebia

			sekitar 5 jam saja	
	II		– Dan tidur siang sekitar 15 menit	
	II	12.30	saja	Ausebia
	III		– Tampak pasien masih menguap	Albina
			setelah tidur siang	
			Menewarkan bantuan untuk meningkatakan tidur (misalnuya,musik)	
			Hasil/:	
	III	12.00	– Pasien mengatakan biasa pasien selalu mendengarkan lagu rohani	Perawat Agata &
			– Tampak pasien mendengarka lagu rohani	Albina
	II	12.05	Melakukan pemberian obat	Ausebia
			Hasil :	
			– Ace 200 mg/ oral	
			– Vitachol 200 mg/ oral	
			Tambahkan hygiene mulut sebelum makan	
			Hasil /:	
	II	12.10	– Pasien mengatakan idak biasa mencuci mulut sebelum makan, pasien biasanya minum air sebelum makan	Ausebia
			Menginstruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi	
			Hasil :	
			– Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai kebiasaan pola makan yang buruk	
			– Pasien mengatakan malas dan tidak suka makanan rumah sakit	
			– Tampak pasien hanya	

	II.III	16.00	menghabiskan ¼ 1 porsi makanan yang telah disediahkan leh rumah sakit –	Perawat
	II		Memberikan suplemen-suplemen elektrolit yang diresepkan Hasil : Tampak pasien diberikan cairan	
	I.II.III	21.00	AMINOFLUID digunakan untuk suplai elektrolit,glukosa, asam amino dimana kondisin asupan oral pasien tidak adekuat	Perawat Novi
	I.II.III	18.00	Memonitor tanda –tanda vital (TD,N,S,P) Hasil : – TD :110/80 mmHg – N :80x/ menit – S :37,4°c – P :22x /menit	Perawat
	I.III	21.00	Melakukan pemberian obat Hasil : – Tampak pasien diberikan obat – Ace 200 mg/ oral – Vitachol 200 mg/ oral – Ksr 600mg/oral	Perawat Nunce
	I.III	05.00	Memonitor tanda-tanda vital (TD, N, S, P) Hasil : – TD :110/80 mmHg – N :80x/ menit – S :37,4°C, P :22x/menit	Perawat Nunce
			Memonitor tanda –tanda vital (TD, N, S, P)	

	I.III	05.05	Hasil : – TD :110/80 mmHg – N :80x/ menit – S :37,4°C, P :22x/ menit Memonitor satus pernapasan dan oksigenasai sebagaimana mestinya	Perawat Nunce
	I.II.III	06.00	Hasil : – P : 22x/ menit – Tampak pasien tidak sesak – Tampak pasien masih batuk berlendir Melakukan pemberian obat Hasil: – Tampak pasien diberikan obat Vitachol 200 mg/ oral – Ksr 600 mg/ oral	Perawat Nunce

F. Evaluasi Keperawatan

Nama /umur :Ny"E"/91 Thn

Unit /kamar : St. Bernadeth IIIA/354

Hari /tanggal	Evaluasi	Paraf
Jumaat 20/04/ 2018	Diagnosa I : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan mucus berlebihan S : - Tampak pasien diberikan oksigen 5 liter melaui Nasal kanul,Pasien mengatakan masih sesak O : - Tampak pernapasan 27x/menit - Tampak pasien masih sesak A : - Status pernapasan masih dipertahankan pada skala 3 P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan napas 1-8 Terapi oksigen 1-2 Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan asupan makanan S : – Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai kebiasaan pola makan yang buruk – Pasien mengatakan tidak suka dengan makanan yang disediakan oleh rumah sakit O : – Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ 1 porsi makanan yang telah disediahkan oleh rumah sakit	Ausebia

	A : status nutrisi masih dipertahankan pada skala 2 P : Lanjutkan intervensi Monitor nutrisi 1-4 Manajemen elektrolit / cairan 1-3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi S : – Keluarga pasien mengatakan sangat senang menerima bantuan dari perawat karena keluarga tidak mampu memandikan pasien sendiri – Pasien mengatakan tidak mampu melakukan perawatan secara mandiri – Keluarga pasien mengatakan pasien lemah itu karena usianya yang sudah tua O : – Tampak pasien bersedia untuk dimandikan - Tampak pasien belum mampu melakukan perawatan secara mandiri - Tampak semua kebutuhan pasien masih dibantu oleh keluarga A :Aktivitas fisik masih dipertahankan pada skala 3 P: Lanjutkan intervensi Terapi aktivitas 1-2 Bantuan perawatan diri 1-4 Terapi latihan : pergerakan sendi 1-3 Manajemen energi 1-5	

21/04/1018	Diagnosa I : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan mucus berlebihan S : - Pasien mengatakan tidak sesak tapi masih batuk berlendir P : 22X/ menit O : - Tampak pasien tidak sesak - Tampak pasien masih batuk berlendir A : - Status pernapasan masih dipertahankan pada skala 4 P : Lanjutkan intervensi Manajemen jalan napas 1-8 Terapi oksigen 1-2 Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan S : – Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai kebiasaan pola makan yang buruk – Pasien mengatakan tidak suka dengan makanan yang disediakan oleh rumah sakit O : - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ 1 porsi makanan yang telah disediahkan oleh rumah sakit A : - Status nutrisi masih dipertahankan pada skala2 P :Lanjutkan intervensi Monitor nutrisi 1-4 Manajemen elektrolit / cairan 1-3	Ausebia

	Intoleransi aktivitas berhubungan imobiliasi S : – Pasien mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri sendiri O : – Tampak pasien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri – Tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga A : Aktivitas fisik masih dipertahankan pada skala 3 P : Lanjutkan intervensi Terapi aktivitas 1-2 Bantuan perawatan diri 1-4 Terapi latihan : pergerakan sendi 1-3 Manajemen energy 1-5	

Minggu 22/04/2018	Ketidakefektifan bersihan jalan napas S : – Pasien mengatakan batuk berlendir – Pasien mengatakan akan melakukan instruksikan oleh perawat O : – Tampak pasien mengikutii instruksi yang diberikan perawat - P : 22x/ menit - Tampak pasien tidak sesak - Tampak pasien masih batuk berlendir A : - Status pernapasan : kepatenan jalan napas masih dipertahankan pada skala3 P : - Stop intervensi Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan kurang asupan nutrisi S : – Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai kebiasaan pola makan yang buruk – Pasien mengatakan malas dan tidak suka makanan rumah sakit O : – Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ 1 porsi makanan yang telah disediahkan leh rumah sakit A : - Status nutrisi : asupan makanan masih dipertahankan pada skala3 P :Stop intervensi	Ausebia

	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi S : – Pasien mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri sendiri O : – Tampak pasien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri A : Aktivitas fisik belum teratasi P : Stop intervensi	

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien NY"E",umur 91 tahun, masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 17 April 2018 dengan diagnosa *Dyspepsia* + *Hipotensi*. Di rumah pasien mengeluh sesak, batuk berlendir dan disertai demam keluarga lebih memilih untuk dirawat di rumah selama dua hari, melihat kondisi pasien yang semakin sesak dan batuk disertai demam naik turun keluarga pasien memutuskan membawa pasien ke Rs Stella Maris

Pada saat pengkajian dilakukan 19 April 2018, diperoleh data: pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir tapi lendirnya tidak keluar semua, keluarga pasien mengatakan sesak bertambah ketika beraktivitas lebih, tampak pasien sesak disertai batuk berlendir pernapasan 28x/menit, tampak hasil *foto thorax :pneumonia bilateral*,tampak suara nafas *bronkovesikular* paru kiri dan kanan, tampak, TD : 100/60 mmHg, N: 78X/ menit, Suhu : 36,5^{o}c, tampak pasien kurus tampak berat badan pasien 40 kg, tampak tinggi badan, pasien 160 cm, tampak IMT pasien 15,6 kg, tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga, selama dirawat pasien mendapatkan obat Ceftriaxone 2gr/ 24 jam/ Iv, Ace 200 mg/ 6 jam oral,Vitachol,Aminofluid,infuse NS 500 cc dengan tetesan 20 tetes 20 x/ menit, terapi O_2 3 liter dengan nasal kanul

Dari data diatas, penulis merumuskan diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan mukus berlebihan, ketidakseimbangan nutrisi berhubungan kurang asupan makanan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : ACE/Acetylcsteine
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Agen sistem pernapasan
   b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200mg
   c. Cara pemberian obat : oral
   d. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      sebagai agen mukolik acetyleystein bekerja dengan cara memecahkan ikatan disulfide pada protein mucus sehingga tingkat kekentalan mucus menurun, lebih encer dan lebih mudah dikeluarkan
   e. Alasan diberikan obat pada pasien :
      Diberikan karena pasien sesak dan batuk berlendir tapi lendirnya tidak keluar semua
   f. Indikasi :
      Acetylesteine digunakan untuk mengobati penyakit-penyakit pada saluran pernapasan dimana terjadi banyak lender atau dahak
   g. Kontraindikasi :
      jangan menggunakan obat ini untuk pasien yang memiliki riwayat alergi/ hipersensivitas
   h. Efek samping :
      anafilakoid(sulit bernapas), hipotensi, takikardi, demam, mual, muntah, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi.

2. Nama obat : Vitachol
   a. Klasifikasi/ golongan obat :Suplemen dan vitamin
   b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200mg
   c. Cara pemberian obat : oral
   d. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Digunakan untuk mencegah dan memperbaiki anemia
   e. Alasan diberikan obat pada pasien :
      Pasien mengalami penurunan Hemoglobin
   f. Indikasi :
      suplemen nutrisi/ Antianemia
   g. Kontraindikasi : Tidak ada
   h. Efek samping obat : Tidak ada

3. Nama obat : Aminofluid

a. Klasifikasi/ golongan obat :

b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500ml

c. Cara pemberian obat :

Intravena melalui selang infuse

d. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Salah satu cairan yang memiliki fungsi untuk menyuplai berbagaia nutrisi kedalam tubuh pengguna yang kesulitan untuk menelan ataupun mengunyah makan, selain itu aminofluid juga berfungsi untuk meningkatkan nutrisi seperti elektrolit, protein, asam amino, glukosa

e. Alasan diberikan obat pada pasien :

Karena nutrisi pasien kurang dari kebutuhan tubuh

f. Indikasi :

Digunakan dalam perawatan, control, pencegahan, dan perbaikan penyakit, kondisai, dan gejala berikut ini: sintesis hemoglobin, asma, hiperkalemia, dehidrasi

g. Kontraindikasi :

Aminofluid dapat berkontrindikasi ketika digunakan kepada orang yang memiliki kondisi kesehatan seperti : koma akibat gangguan fungsi hati, gangguan fungsi ginjal kronik, gagal jantung, metabolism elektrolit atau asam amino tidak normal

h. Efek samping :

Penyebab alergi kulit atau iritasi kulit, dada tersa tertekan, peningkatan, demam menggigil

4. Nama obat : Ksr
   a. Klasifikasi/ golongan obat :
      Obat kardiovakuler
   b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 600 mg
   c. Cara pemberian obat : Oral
   d. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Bekerja untuk konduksi saraf, kontraksi otot, fungsi ginjal dan jantung berdetak
   e. Alasan diberikan obat pada pasien :
      Karena pasien mengalami sesak. Alasan diberikan obat untuk meringankan sesak pada pasien
   f. Indikasi :
      Mengatasi kekurangan/penurunan kadar kalium darah
   g. Kontraindikasi :
      Gangguan ginjal, hipersensivitas,
   h. Efek samping :
      Garam kalium menyebabkan mual dan muntah

Menurut teori pasien sesak napas dan batuk berlendir disebabkan oleh reaksi inflamasi atau peradangan pada paru-paru, alveoli dan jaringan sekitarnya, akibat dari inflamasi tersebut, terjadi perangsangan pada sel goblet sehingga terjadi peningkatan produksi mukus dan akan menumpuk pada jalan napas sehingga menyebabkan sesak dan batuk berlendir. Hal ini ditunjang oleh hasil pemeriksaan laboratorium darah ditemukan peningkatan WBC. Namun dalam kasus NY"E" tidak mengalami peningkatan WBC (6,7) dengan nilai normal (4.8-10.8).

Menurut teori pasien yang mengalami ketidakseimbagan nutrisi disebabkan oleh mual muntah. Namun dalam kasus NY"E" ketidakseimbangan nutrisi karena faktor usia yang sudah tua dan sebagian gigi pasien tanggal dan disebabkan oleh faktor kebiasaan pasien yang tidak makan teratur.

Berdasarkan data diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa tidak semua manifestasi klinik yang ada pada teori dialami pada pasien distress, respirasi mendadak, dispnea berat, sianosis, hipoksemia, dan diiikuti tanda infeksi sekunder.

B. Diagnose keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan. Penulis mengangkat diagnosa ini kerena pasien mengeluh sesak napas dan disertai batuk berlendir tapi lendirnya tidak keluar semua. Pada saat pengkajian tampak pasien sesak dan batuk berlendir, tampak pasien berbaring diatas tempat tidur dengan posisis semifowler, dan hasil TTV yaitu TD: 100/60 mmHg, N: 78x/menit, S: 36^0c, P: 28x/ menit, tampak suara tambahan : ronchi pada kedua lapang paru kiri dan kanan bagian bawah(lebih dominan pada paru kanan), tampak suara napas bronkovesikular dikedua lapang paru(dominana pada paru kanan), tampak suara ucapan : terdengar jauh dilapang paru kanan.

2. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena keluarga pasien mengatakan pasien malas makan. Pada saat pengkajian tampak pasien kurus tampak pasien hanya mengahabiskan ¼ dari 1 porsi makanan setiap makanana yang disediakan
3. Intoleransi aktivitas berhuubunga dengan imobilisasi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan tampak pasien sudah tua dengan umur pasien 91 tahu, keluarga pasien mengatakan pasien sesak ketika beraktivitas lebih, tampak pasien sesak, tampak HGB: 8,7 g/dl.

Pada teori terdapat 6 diagnosa keperawatan yang sering muncul, namun penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan berdasarkan data-data yang ditemukan pada pasien. Adapun diagnosa keperawatan pada teori yang tidak diangkat oleh penulis yaitu:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi. Penulis tidak mengangkat diagnose ini karena tidak ada tanda dan gejala kekurangan volume cairan pada pasien
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan alveoli kapiler, ventilasi- perfusi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena akan intervensi untuk mengatasi sesak sudah ada pada diagnosa yang pertama yaitu diagnose ketidakefektifan bersihan jalan napas
3. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Penulis tidak mengangkat diagnose ini Karena pada saat pengkajian pasien dirawat sudah 3 hari dan diagnose hipertemi sudah teratasi

C. Intervensi keperawatan

Berdasarakan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien selanjutnya penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan.

1. Untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas, intervensi yang dibuat oleh penulis adalah Monitor status pernafasan dan oksigenasi sebagaimana mestinya, Posisikan pasien untuk meringankan sesak napas Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif, sebagaimana mestinya ,Monitor keluhan napas pasien termasuk kegiatan yang memperburuk atau meningkatkan sesak, Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun dan tidak ada suara suara tambhan, anjurkan keluarga untuk memberikan air hangat, Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan, monitor aliran oksigen, monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan. Bila dibandingkan dengan intervensi yang ada pada kasus, penulis membuat intervensi tidak jauh berbeda dengan intervensi pada konsep teori
2. Untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. intervensi keperawatan yang dibuat adalah Timbang berat badan,Monitor adanya {warna} pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering,monitor turgor kulit dan mobilitas, Identifikasi perubahan berat badan terakhir, Insrtuksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi yaitu: Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan makanan tertentu berdasarkan perkembangan usia. Semua intervensi yang dibuat oleh penulis pada kasus tidak jauh berbeda dengan intervensi yang ada pada teori

3. Untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi : intervensi keperawatan yang dibuat adalah: Tentukan kesiapan pasien untuk terlibat atau protokol latihan evaluasi fungsi sensori (misalnya: penglihatan, pendengarandan perabaan), monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, pertimbangkan usia pasien ketika meningkatkan aktifitas perawatan diri, anjurkan orang tua/ keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan perawatan diri, berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan mandiri, jaga kain linen tetap bersih kering dan bebas kerutan, lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karateristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intetsitas atau beratnya dan faktor pencetus, dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, ajarkan penggunaan teknik relaksasi nonfarmakologi{ seperti teknik relaksasi, tarik napas dalam.

D. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan ini dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut dengan kerja sama dan partisipasi yang baik dari pasien, keluarga, perawat ruangan, dokter dan rekan-rekan mahasiswa. Semua tindakan keperawatan disesuaikan dan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang sudah dibuat dan dapat dilakukan dengan baik karena adanya fasilitas yang tersedia dan sumber daya yang memadai.

E. Evaluasi keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang mencakup tentang apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan keperawatan proses keperawatan pada pasien selama 3hari (19-22 April2018)

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berleihan :

   Status pernapasan : kepatenan jalan napas teratasi sebagian ditandai dengan pasien sudah tidak esak dan pernapasan 22x/ menit tetapi pasien masih batuk berlendir pada tanggal 21 April 2018
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubunga dengan kurang asupan makanan

   Status nutrisi masih belum teratasi yang ditandai dengan pasien hanya menghabiskan makanan ¼ dari satu porsi makanan
3. Intoleransi aktivitas berhubungan imobilisasi. Belum teratasi yang ditandai dengan pasien masih mengeluh nyeri pada kaki kanannya jka digerakan, pasien belum masih lemah dan belum mampu untuk beraktifitas , pasien belum mampu melakukan perwatan mandiri diri sendiri

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan antara teori dan pnerapan asuhan keperawatan pada “Ny E”dengan pneumonia di ruang perawatan berrnadeth III A rumah sakit Stella Mari Makassar yang berlangsung selama 3 hari yaitu tanggal 19 sampai dengan 22 April 2018

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosis, analisa data, intervensi ,implementasi dan evaluasi keperawatan

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapa awal pada proses keperawatan. Pada tahap ini penulis mengumpulkan data informasi mengenai Pasien dari keluarga pasien, perawat ruang dan catatan medis serta pengalaman langsung dari pasien “Ny E”.

Data yang diperoleh dari “Ny E” berusia 91 tahun dengan berat badan 40kg, masuk rumah sakit pada tanggal 17 april 20018 dengan diagnose medis pneumonia di ruang perawatan St. Bernadeth III A. pada saat pengkajian tanggal 19 April 2018 didapatkan data-data yaitu pasien dalam keadan berbaring lemah diatas temapat tidur dengan posisi tidur semifowler dengan kesadaran kualitatif composmetis dan GCS M : 6, E : 4, V : 4 Pasien sesak disertai batuk berlendir dan tidak mampu untuk beraktifitas pasien bedres. Tanda –tanda vital, Td : 100/60 mmHg, N : 78x/ menit, P : 28x/ menit, S : 36,5$^{O}_{C}$ Adapun hasil foto thoraks menunjukan hasil pneumonia bilateral.Hasil pemeriksaan darah menunjukan adanya penurunan RBC : 2,9 10^6/Ul, HGB : 8,7 g/dl, HCT : 25,30 $^{O/}_{O}$ dan adanya peningkatan RDW.CW 14,8 $^{O/}_{O,}$ Menunjukan adanya penurunan Albumin 2.56 g/dl

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisas

3. Intervensi berdasarkan NIC disesuaikan dengan kasus
4. Implementasi dilakukan selama tiga hari perawatan dan semuanya terlaksan dengan baik sesuai dengan intervensi yang telah dibuat penulis berupa tindakan mandiri, observasi, penyuluhan dan kolaborasi.
5. Hasil evaluasi akhir.

   Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas teratasi sebagian, untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi dan intoleransi aktivitas belum teratasi dikarenakan penulis hanya melaksanakan tindakan keperawatan selam 3 hari

   Saran

   1. Bagi institusi/ pendidikan

      Diharapkan untuk menyediakan buku-buku terbitan baru terutama buku yang membahas penyakit khususnya pneumonia dan menyediakan jaringan internet (wi-fi) yang mendukung para mahasiswa atau dosen untuk mengakses informasi terbaru mengenai perkembangan penyakit pneumonia

   2. Bagi instansi Rumah Sakit

      Diharapkan pihak rumah sakit dapat memberikan informasi atau penyuluhan secara langsung tentang penyebab dan pencegahan penyakit pneumonia kepada pasien dan keluarga

   3. Bagi pasien dan keluarga

      Diharapkan selalu memperhatikan kesehatan dan selalu mengotrol kesehatan secara rutin guna mendeteksi dini dan memantau perkembangan penyakit pneumonia.

   4. Bagi mahasiswa

      Diharapkan dalam memberikan asuhan keperawatan dapat menerapkan teori dan keterampilan selama perkuliahan.

BAB V
PENUTUP

Setelah melakukan pembahasan kasus yang membandingkan kesenjangan antara teori dan perawatan langsung pada pasien dilahan praktek melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien NY"E" dengan "pneumonia " di ruang perawatan St Bernadeth IIIA RS Stella Maris Makassar. Maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut.

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian keperawatan pada paseien Ny" E" dengan Pneumonia didaatkan data: pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir tapi lendirnya tidak keluar semua, tampak pasien sesak disertai batuk berlendir pernapasan 28x/menit, tampak hasil foto thorax : *Pneumonia bilateral*,Tampak suara napas *bronkovesikular* paru kiri dan kanan(dominan pada paru kanan, tampak , TD : 100/60 mmHg, N:78X/menit, Suhu : 36,5^{o}c, tampak pasien kurus tampak berat badan pasien 40 kg, tampak tinggi badan, pasien 160cm, tampak IMT pasien 15,6 kg m^2, tampak semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga,selama dirawat. Pasien mendapatkan obat Ceftriakzone 2gr/24ham/Iv, Ace200mg/6jam oral,Vitachol,Aminofluid,infuse NS 500cc dengan tetesan 20 tetes 20x/menit, terapi O_2 3 liter dengan nasal kanul.

2. Diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasusu Ny."E"
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubunga dengan mukus berlebihan
   b. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

DAFTAR PUSTAKA

Bunner & Sudadarth.(20013). Keperawatam Medikal –Bedah Edisi 12. Jakarta EGC

Manurung, Santa. (2009). Gangguan sistem pernapasan akibat infeksi. Jakarta Timur: Trans info media

Soemanti,Iman.(2012). Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pernapasan . edisi 2.Jakarta: salemba medika

LEMBAR KONSUL

Nama mahasiswa : Ausebia Rambulan Fatma Jaya

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny"E" Dengan *Pneumonia Bilateral* Di Ruangan St. Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris

Nim : E1514401007

Pembimbing II : Yunita Gabriela Madu, S, Kep. Ns

No	Hari /tanggal	Materi konsul	Perbaikan	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
1	Kamis 19/04/2018	Bab III Konsul Judul	Lanjutkan pengkajian		
2	Senin 23/04/2015	Bab III Konsul pengkajian Analisa data Rencana keperawatan	Perbaikan pengkajian Perbaikan rencana keperawatan		
3	Kamis 03/05/2015	Bab III Pengkajian Analisa data Rencana keperawatan Implementasi Eveluasi	perbaikan rencana keperawatan perbaikan penempatan penulisan implementasi		

4	07/05/2015	Bab III Ilustrasi kasusu Pengkajian Analisa data Rencana keperawatan (NOC, NIC) Implementasi keperawatan	perbaiakan pengetikan ilustrasi kasus pengetikan analisa adata pengetikan rencan keperawatan implementasi keperawatan		
5	10/05/2015	Bab III Konsul keseluruhan pengetikan pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, implementasi, evaluasi.	perbaikan ketikan pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, e eveluasi.		
6	14/05/2015	Bab III Ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, intervensi keperawatan (NOC,NIC), implementasi, evealuasi	Perbaikan ketikkan Ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, intervensi keperawatan(NOC,NIC),implementasi, evaluasi.		

7	21/05/2015	Bab III Ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, intervensi keperawatan (NOC,NIC), implementasi, evealuasi	Perbaikan ketikkan Ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, intervensi keperawatan(NOC,NIC),implementasi, evaluasi.		
8	31/05/2015	Bab III Ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, intervensi keperawatan (NOC,NIC), implementasi, evealuasi	Perbaikan ketikkan Ilustrasi kasus, pengkajian, analisa data, intervensi keperawatan(NOC,NIC),implementasi, evaluasi.		

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasisiwa : Ausebia Rambulan Fatma Jaya

Nim : E15144010007

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny"E" dengan *Pneumonia Bilateral* DI Ruangan St. Bernadeth III A Rumah Sakit Stella

PEMBIMBING I : Rosmina Situngkir,SKM,Ns,.M.Kes

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI KONSUL	PERBAIKAN	PARAF PEMBIMBING	PARAF MAHASISWA
1	Senin 14 mei 2018	Bab I: Latar belakang Manfat penulisan Bab II Tinjauan teori	Latar Belakang Perbaikan susunan dan pengetikan Bab II diperbaiki Susunan dan pengetikan		
2	Selasa 15 mei 2018	Bab I & Bab II	Bab I diperbaiki susunannya dan tambahkan presentasi penyakit pneumonia di Sulawesi Selatan Bab II. Diperbaiki pengetikan		
3	Jumad 18 mei 2018	Bab I & Bab II tinjauan teori	Bab I diperbaiki Bab II diperbaiki pengetikannya		

4	Rabu 23 mei 2018	Bab IV Pembahasan kasus & Bab V Penutup	Bab IV diperbaiki intervensi dan implementasi dan pengetikannya Bab V diperbaiki kesimpulan dan sarannya		
5	Sabtu 26 mei 2018	Bab I, II, IV,V	Perbaiki pengetikan		
6	Rabu 30 mei 2018	Bab I, II, III, IV, V & kata pengantar, lembar persetujuan, lembar pengesahan	Perbaikan pengetikan Bab IV & V, susunan trimakasih pada kata pengantar		

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY."E" DENGAN *PNEUMONIA BILATERAL* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Jumat 08 Mei 2018
Pukul	: 14.00-14.45
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji

1. Martha Kadang Boro, S.Kep. Ns. (.....)
2. Henny Pongantung, S. Kep.MSN. (.....)
3. Rosmina Situngkir,S. Kep. Ns. M. Kes. (.....)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN. 0928027101

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY."E" DENGAN *PNEUMONIA BILATERAL* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III. A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan
di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : AUSEBIA RAMBULAN FATMA JAYA

NIM : E1514401007

Disetujui Oleh:

Pembimbing I	Pembimbing II
Rosmina Situngkir,SKM,Ns.,M.Kes	Yunita Gabriela Madu, S. Kep, Ns
NIDN 0925117501	

Menyetujui

Wakil Ketua I Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns., MSN)

NIDN. 0912106501