KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”M” DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ICU-HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

ROMANA RIONG DAKOSTA LEWAR
E1514401041

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBARAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

karya tulis ilmiah dengan judul" **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."M" DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ICU-HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"**. Telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertahankan di depan penguji.

Diajukan Oleh:
Nama : Romana Riong Dakosta Lewar
NIM: E1514401041

Disetujui Oleh:

Pembimbing:

(Fransiska Anita, Ns. M.Kep. Sp. KMB)

NIDN : 0913098201

Menyetujui:
Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBARAN PENGESAHAN
PROGRAM D III KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya tulis ini dengan judul **" ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."M" DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ICU-HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan tim penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/tanggal : Selasa, 12 Juni 2018
Pukul : 14.00-14.45
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim penguji:

1. Fransiska Anita, Ns. M.Kep. Sp. KMB (…….)
2. Siprianus Abdu, S.Si, Ns., M.Kes. (……..)
3. Matilda Paseno, S.Kep. Ns., M.Kes (……..)

Mengetahui:
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si, Ns., M.Kes)
NIDN : 0928027101

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi:

Nama	: Romana Riong Dakosta Lewar
Tempat/Tanggal Lahir	: Makassar, 08 Desember 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: BTN Tirasa C13 no 24, Sudiang

II. Identitas Orang Tua:

Ayah/Ibu	: Dominikus Dole/Marni Dere
Agama	: Khatolik
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: BTN Tirasa C13 no 24, Sudiang

III. Pendidikan yang telah di tempuh

SD Inpres Bakung I	: 2003-2009
SMPN 14 Makassar	: 2009-2012
SMAN 7 Makassar	: 2012-2015
STIK Stella Maris Makassar	: 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya. Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”M” Dengan PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ICU-HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” dengan tepat waktu.

Adapun maksud dan tujuan dari penyususnan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu sebagai salah satu syarat untuk mennyelesaikan program studi DIII Keperawatan 2015-2018 di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini, penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak sehingga segala macam bentuk rintangan dan kesulitan yang ditemukan dapat diatasi dan dilalui dengan baik. Oleh karena itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si, Ns., M.Kes, selaku ketua STIK Stella maris, yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan, memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis selama kurang lebih 3 tahun.
2. Mery Solon, S.Kep, M.Kes, selaku ketua program studi DIII keperawatan dan pembimbing akademik DIII/III yang telah memberikan bimbingan dan motivasi selama proses pendidikan.
3. Fransiska Anita, Ns. M.Kep. Sp. KMB, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta memotivasi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
4. Seluruh Dosen dan Staf yang memberikan ilmu dan pelayanan selama penulis menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
5. Dr. Thomas Soeharto, MMR, selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar, yang telah memberikan kesempatan kepada

penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini

6. Kepala ruangan dan perawat di ruang perawatan ICU-HCU yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ny.”M” dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Buat kedua orang tua saya , saudara dan keluarga yang yang selalu memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Buat sahabat, orang-orang terdekat serta teman-teman mahasiswa/I program DIII STIK Stella Maris Makassar angkatan tahun 2015 atas dukungan dan bantuannya selama menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha meningkatkan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini. Sekian dan terima kasih.

Makassar, 20 Mei 2018

Romana

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa data..... 43
Tabel 3.2 Diagnosa keperawatan..... 45
Tabel 3.3 Intervensi keperawatan..... 46
Tabel 3.4 Implementasi keperawatan..... 49
Tabel 3.5 Evaluasi keperawatan..... 70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi paru..... 1
Gambar 2.2 Patoflowdiagram pneumonia..... 22
Gambar 2.3. Genogram pasien..... 28

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERSETUJUAN i
HALAMAN PENGESAHAN ii
RIWAYAT HIDUP iii
KATA PENGANTAR iv
DAFTARTABEL..... vi
DAFTAR GAMBAR..... vii
DAFTAR ISI viii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 2
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 3
E. Sistematika Penulisan..... 4
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian..... 6
2. Anatomi Fisiologi..... 6
3. Etiologi..... 11
4. Patofisiologi..... 12
5. Manifestasi Klinik..... 14
6. Tes Diagnostik..... 14
7. Penatalaksanaan Medik..... 15
8. Komplikasi..... 15
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 16
1. Pengkajian..... 16
2. Diagnosa Keperawatan..... 17
3. Perencanaan Keperawatan..... 17
4. Discharge Planning..... 21

C. Patoflowdiagram ……..... 22
BAB III TINJAUAN KASUS 25
A. Pengkajian..... 25
B. Analisa Data 43
C. Diagnosa Keperawatan 45
D. Intervensi Keperawatan..... 46
E. Implementasi..... 49
F. Evaluasi..... 70
G. Daftar Obat..... 75
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 80
A. Pengkajian 80
B. Diagnosa Keperawatan 82
C. Intervensi Keperawatan 83
D. Implementasi Keperawatan 85
E. Evaluasi..... 85
BAB V PENUTUP…..... 87
A. Simpulan 87
B. Saran 88
DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia adalah negara beriklim tropis sehingga memudahkan perkembangbiakan mikroorganisme, baik yang patogen maupun non patogen. Keadaan iklim yang demikian menyebabkan timbulnya banyak penyakit infeksi terutama pada sistem pernapasan, salah satunya adalah Pneumonia. Pneumonia adalah penyakit infeksi yang muncul ketika keadaan udara yang kotor dan adanya debu sehingga muncul infeksi pada saluran pernapasan (Newman, 2013)

Menurut WHO kejadian pneumonia cukup tinggi di dunia, yaitu sekitar 15% - 20% (Dahlan, 2014). Pada usia lanjut angka kejadian pneumonia mencapai 25 - 44 kasus per 1000 penduduk setiap tahun (Putri *et al.*,2014). Insiden pneumonia komunitas akan semakin meningkat seiring dengan pertambahan usia, dengan 81,2% kasus terjadi pada usia lanjut (Fung *et al.,* 2010). Pneumonia merupakan penyebab kematian nomor lima pada usia lanjut (Dahlan, 2014).

Di Indonesia, prevalensi kejadian pneumonia pada tahun 2013 sebesar 4,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Selain itu, pneumonia merupakan salah satu dari 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit, dengan proporsi kasus 53,95% laki-laki dan 46,05% perempuan. Pneumonia memiliki tingkat *crude fatality rate* (CFR) yang tinggi, yaitu 7,6% (PDPI, 2014). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, prevalensi pneumonia pada usia lanjut mencapai 15,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Di Provinsi Sulawesi Selatan kejadian pneumonia terjadi sekitar (2,4% dan 4,8%) setiap tahunnya pada usia dewasa dan lanjut usia dan di kota Makassar pneumonia menjadi urutan ke 5 penyebab kematian dengan jumlah 188 (jiwa stiap tahunnya (Kementerian Kesehatan RI, 2015)

Berdasarkan data yang diambil dari Medical Record (MRO) Rumah Sakit Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita pneumonia pada tahun 2016 tercatat jumlah penderita pneumonia sebanyak 730 orang dengan jumlah pasien yang keluar 646 pasien dan meninggal 84 orang. Pada tahun 2017 tercatat jumlah penderita pneumonia 884 orang dengan jumlah pasien yang keluar 793 pasien dan meninggal 91 orang.

Diprediksi pada tahun 2050 populasi usia lanjut bisa mencapai 20% dari populasi dunia, sehingga kemungkinan untuk kejadian pneumonia akan semakin banyak pada usia 65 tahun atau lebih (Stupka *et al.*, 2009). Tidak hanya menjadi masalah dunia, populasi usia lanjut di Indonesia diperkirakan setelah tahun 2050 meningkat lebih tinggi daripada usia lanjut di wilayah Asia dan dunia.

Data diatas menunjukan angka morbiditas dan mortalitas penyakit pneumonia masih tinggi. Untuk itu segera dibutuhkan asuhan keperawatan yang spesifik. Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan misalnya memberikan layanan pelayanan keperawatan secara mandiri atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dengan menggunakan proses pendekatan keperawatan, bertanggung jawab, berwenang, serta melakukan pendidikan kesehatan dan penceghan. Maka dari itu penulis tertarik untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia di rumah sakit.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

   Mampu menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada kasus Pneumonia. Selain itu memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dan pendokumentasian pada pasien dengan Pneumonia di ruang ICU-HCU RS Stella Maris.

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menetapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Pneumonia secara komprehensif yang mencakup :

a. Melakukan pengkajian pada pasien
b. Mendapat pengalaman nyata dalam membuat analisa data
c. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien
d. Menyusun intervensi pada pasien
e. Melaksanakan implementasi pada pasien
f. Melakukan evaluasi pada pasien
g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien

C. Manfaat penulisan

1. Instansi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia melalui asuhan keperawatan.

2. Institusi / Pendidikan

   Dapat menjadi salah satu sumber informasi / bacaan serta acuan dibagian akademik tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia dan memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Akademi Keperawatan.

3. Pasien dan keluarga

   Menambah pengetahuan pasien dan keluarga seperti dalam upaya pencegahan dan penanganan awal sehubungan dengan penyakit Pneumonia.

4. Mahasiswa

   Dapat menjadi bahan bacaan bagi mahasiswa untuk lebih memahami pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia

D. Metode penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistim pernapasan Pneumonia, penulis menuggunakan metode :

1. Studi pustaka

   Dengan memperoleh informasi - informasi terbaru dari internet dengan berbagai situs materi dari literatur diperpustakaan dan toko buku mengenai isi dan karya.

2. Studi kasus

   Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi : pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

   Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah :

   a. Wawancara

      Dengan mengadakan/ melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, dan perawat setempat.

   b. Observasi

      Dengan melihat secara langsung kondisi dan keadaan pasien serta pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien.

   c. Data medical record rumah sakit

      Data yang dilakukan berupa jumlah penderita gangguan sistim pernapasan Pneumonia yang terjadi dalam satu tahun terakhir.

E. Sistematika penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematis yang dimulai dari penyusunan BAB I (pendahuluan), yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematis penulisan BAB II (tinjauan teoritis) yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi, kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang, setelah itu pada akhir BAB ini di buatkan

patoflowdiagram. BAB III (pengamatan kasus) yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi / pelaksanaan keperawatan dan evaluasi. BAB IV (pembahasan kasus) berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat. BAB V sebagai bagian akhir dari karya tulis ilmiah ini yaitu penutup yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak – pihak yang terkait dari penyusunan karya ilmiah ini.

BAB I I

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

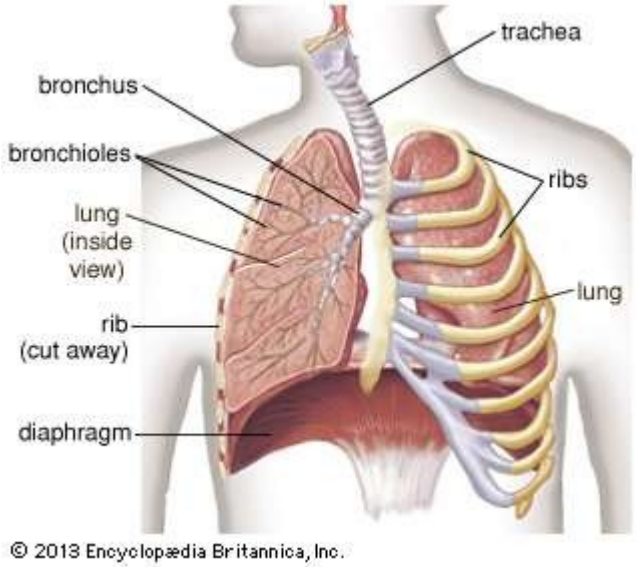
Pneumonia adalah inflamasi parenkim paru yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme, termasuk bakteria, mikobakteria, jamur, dan virus. (Brunner & Suddarth, 2013).

Pneumonia adalah infeksi saluran napas bawah akut pada jaringan paru yang biasanya disebabkan oleh bakteri, tetapi juga dapat disebabkan oleh virus (influenza). (Marlene Hurst, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa pneumonia merupakan proses inflamasi parenkim paru yang disebabkan oleh virus, bakteri, dan jamur.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



1) Hidung

Merupakan tempat masuknya udara, memiliki 2 (dua) lubang (kavum nasi) dan dipisahkan oleh sekat hidung (septum nasi). Rongga hidung mempunyai permukaan yang dilapisi jaringan epithelium. Epithelium mengandung banyak kapiler darah dan sel yang mensekresikan lender. Udara yang masuk melalui hidung

mengalami beberapa perlakuan, seperti diatur kelembapan dan suhunya dan akan mengalami penyaringan oleh rambut atau bulu-bulu getar.

2) Faring (Tekak)

Faring atau tekak merupakan tempat persimpangan antara jalan pernapasan dan jalan makanan. Faring atau tekak terdapat dibawah 13 dasar tengkorak, dibelakang rongga hidung dan mulut setelah depan ruas tulang leher

3) Laring (Pangkal Tenggorokan)

Laring merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara yang terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebra servikalis dan masuk kedalam trakea dibawahnya. Pangkal tenggorokan itu dapat ditutup oleh sebuah empang tenggorok yang disebut epiglotis, yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berfungsi pada waktu kita menelan makanan manutupi laring

4) Trachea (Batang Tenggorokan)

Dindingnya terdiri atas epitel, cincin tulang rawan yang berotot polos dan jaringan pengikat. Pada tenggorokan ini terdapat bulu getar halus yang berfungsi sebagai penolak benda asing selain gas

5) Paru-paru

Paru-paru berada dalam kantong yang dibentuk oleh pleura paretalis dan pleura viseralis. Kedua paru-paru ini sangat lunak, elastis, sifatnya ringan dan terapung dalam air, serta berada dalam rongga toraks.

Paru-paru terletak disamping mediastinum dan melekat pada perantaraan radiks pulmonalis, dimana antara paru yang satu dengan yang lain dipisahkan oleh jantung, pembuluh darah besar, dan struktur-struktur lain dalam mediastinum.

Paru terbagi dalam dua segmen, yakni kanan dan kiri. Paru-paru kanan terdiri dari tiga lobus, yaitu lobus superior, medius, dan inferior. Paru-paru kiri terdiri dari dua lobus yaitu superior dan inferior.

6) Alveoli

Parenkim paru merupakan area kerja dari jaringan paru dimana pada daerah tersebut mengandung berjuta-juta unit alveolar. Alveoli bentuknya sangat kecil. Alveoli merupakan kantong udara pada akhir bronkiolus respiratorius yang memungkinkan terjadinya pertukaran oksigen dan karbon dioksida. Seluruh unit alveolar (zona respirasi) terdiri atas bronkiolus respiratorius, duktud alveolar, dan kantong alveoli (*alveolar sacs*).

Diperkirakan terdapat 24 juta alveoli pada bayi baru lahir. Pada saat seseorang menginjak usia 8 tahun, jumlahnya bertambah seperti usia dewasa, yaitu 300 juta. Setiap unit alveolar menyuplai 9-11 prepulmonari dan pulmonary kapiler.

b. Fisiologi

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

1) Inspirasi

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

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

2) Ekspirasi

Pernapasan tenang bersifat pasif tidak ada otot-otot yang menurunkan volume untuk toraks kontraksi ini menimbulkan kerja yang menahan kekuatan rekoil dan melambatkan ekspirasi. Inspirasi yang kuat berusaha 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.

Tekanan intrapleura adalah tekanan ukuran dalam antara lapisan pleura dan lapisan pleura dalam. Pleura parietal dan visceral dipisahkan oleh selaput tipis yang berisikan pleura yang berisi zat dan gas.

Proses fisiologi pernapasan dimana oksigen dipindahkan dari udara kedalam jaringan dan karbon dioksida dikeluarkan ke udara, dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1) Ventilasi

Ventilasi adalah gerakan udara masuk dan keluar dari paru-paru. Gerakan dalam pernapasan adalah ekspirasi dan inspirasi otot diafragma berkontraksi dan kubah dari diafragma menurun, pada waktu yang bersamaan otot-otot interkostal interna berkontraksi dan mendorong dinding dada sedikit kearah luar. Dengan gerakan seperti ini ruang didalam dada meluas, tekanan alveoli menurun dan udara memasuki paru-paru.

Pada ekspirasi diafragma dan otot-otot interkosta eksterna relaksasi. Diafragma naik, dinding dada jatuh didalam dada hilang. Pada pernapasan normal yang tenang sekitar 16 x/menit. Ekspirasi diikuti dengan terhenti sejenak kedalam dan jumlah dari gerakan pernapasan sebagian besar dikendalikan secara biokimia.

2) Difusi

Difusi adalah gerakan diantara udara dan karbon dioksida didalam alveoli dan darah didalam kapiler sekitarnya. Gas-gas melewati hampir secara seketika diantara alveoli dan darah dengan cara difusi. Dalam cara difusi ini gas mengalir dari tempat yang tinggi tekanan parsialnya ketempat yang rendah tekanan parsialnya. Oksigen dalam alveoli mempunyai tekanan parsial yang lebih tinggi dan oksigen yang berada dalam darah dan karenanya udara dapat mengalir dari alveoli masuk kedalam darah. Karbon dioksida dalam darah mempunyai tekanan parsial yang lebih tinggi

dari pada alveoli dan karenanya karbon dioksida dapat mengalir dari darah masuk kedalam alveoli.

3) Transportasi Gas

Transpor pengangkutan oksigen dan karbon dioksida oleh darah. Oksigen ditransportasi dalam darah dalam sel-sel darah merah, oksigen bergabung dengan hemoglobin untuk membentuk oksihemoglobin yang berwarna merah terang.

Dalam plasma sebagian oksigen terlarut dalam plasma. Karbon dioksida ditransportasi dalam darah sebagai natrium bikarbonat dalam dan kalium bikarbonat dalam sel-sel darah merah dalam larutan bergabung dengan hemoglobin dan protein plasma.

4) Pertukaran Gas Dalam Jaringan

Metabolisme jaringan meliputi pertukaran oksigen dan karbon dioksida diantara darah dan jaringan.

a) Oksigen

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

b) Karbon Dioksida

Karbon dioksida dihasilkan dalam sel mengalir kedalam cairan jaringan. Tekanan parsial karbon dioksida dalam cairan jaringan lebih besar dari pada tekanan dalam darah, dan karenanya mengalir dari cairan jaringan kedalam darah.

3. Etiologi

a. Tanda Infeksi

1) Virus pernapasan yang paling sering dan lazim yaitu *mycoplasma pneumonia* yang terjadi pada usia beberapa tahun pertama dan anak sekolah serta anak yang lebih tua.
2) Bakteri *Streptococcus pneumonia, Pyogenes*, dan *Staphylococcus Aureus* yang lazim terjadi pada anak normal.
3) *Haemophilus influenza* pada anak tipe b menyebabkan pneumonia bakteri pada anak muda, dan kondisi akan jauh berkurang dengan penggunaan vaksin efektif rutin.
4) Virus penyebab pneumonia yang paling lazim adalah virus sinsitial pernapasan (*respiratory syncitial virus/rsv*), *parainfluenza*, dan *adenovirus*.

b. Non Infeksi

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

c. Faktor Lain

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

4. Patofisiologi

Paru merupakan struktur kompleks yang terdiri atas kumpulan unit yang dibentuk melalui percabangan progresif jalan napas. Saluran napas bagian bawah yang normal berada dalam keadaan steril, walaupun berseblahan dengan sejumlah besar mirkoorganisme yang menempati orofaring dan terpajan oleh mikroorganisme dari lingkungan didalam udara yang dihirup. Sterilisasi seluruh napas bagian bawah ini adalah hasil mekanisme penyaringan yang efektif oleh organ-organ pernapasan sebelah atas.

Tubuh sebenarnya akan langsung mengaktifkan mekanisme pertahanan saat terjadi onhalasi bakteri mikroorganisme penyebab

pneumonia maupun akibat penyebaran secara hematogen dari tubuh dan aspirasi melalui orofaring. Tubuh pertama kali akan melakukan mekanisme pertahanan primer dengan meningkatkan respon radang. Stadium dari pneumonia 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 bergranula karena sel darah merah, fibrin, dan leukosit PMN mengisi alveolus.
c. Hepatisasi 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.

Patogen yang sampai ke trakea berasal dari aspirasi bahan yang ada di orofaring, kebocoran melalui mulut saluran endotrakeal, inhalasi dan sumber patogen yang mengalami kolonisasi di pipa endotrakeal. Faktor risiko pada inang dan terapi yaitu pemberian antibiotik, penyakit penyerta yang berat, dan tindakan invansif pada saluran nafas. Faktor resiko kritis adalah ventilasi mekanik >48jam, lama perawatan di ICU. Faktor predisposisi lain seperti pada pasien dengan imunodefisien menyebabkan tidak adanya pertahanan terhadap kuman patogen akibatnya terjadi kolonisasi di paru dan menyebabkan infeksi. Proses infeksi dimana patogen tersebut masuk ke saluran nafas bagian bawah setelah dapat melewati mekanisme pertahanan inang berupa daya tahan mekanik (epitel,cilia, dan mukosa), pertahanan humoral (antibodi dan komplemen) dan seluler (leukosit, makrofag, limfosit dan sitokinin). Kemudian infeksi menyebabkan peradangan membran paru (bagian dari sawar-udara alveoli) sehingga cairan plasma dan sel darah merah dari kapiler masuk. Hal ini menyebabkan rasio ventilasi perfusi menurun, saturasi oksigen menurun. Pada pemeriksaan dapat diketahui bahwa paru-paru akan dipenuhi sel radang dan cairan , dimana sebenarnya merupakan reaksi tubuh untuk membunuh patogen, akan tetapi dengan adanya dahak dan

fungsi paru menurun akan mengakibatkan kesulitan bernafas, dapat terjadi sianosis, asidosis respiratorik dan kematian.

5. Manifestasi Klinik

Gambaran klinis beragam bergantung pada organisme penyebab dan penyakit pasien.

a. Menggigil mendadak dan dengan cepat berlanjut menjadi demam (38,5 C- 40,5).
b. Nyeri pada pleuntik yang semakin berat ketika bernapas dan batuk.
c. Pasien yang sakit parah mengalami takipnea berat (25-45 kali pernapasan per menit) dan dispnea, ortopnea ketika disangga.
d. Nadi cepat dan memantul, dapat meningkatkan 10 x/menit persatu derajat peningkatan suhu tubuh.
e. Bradikardia relative untuk tingginya demam menunjukkan, infeksi virus, infeksi mikoplasma.
f. Tanda lain infeksi saluran napas atas, sakit kepala, demam derajat rendah, nyeri pleuritik, mialgia, ruam, faringitis, setlah beberapa hari sputum mukoid dikeluarkan.
g. Pneumonia berat : pipi memerah, bibir dan bantalan kuku menunjukkan sianosis sentral.
h. Nafsu makan buruk, dan pasien mudah letih.

6. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan rontgen thorax : dapat terlihat infiltrate pada paru.
b. Laboratrium :
    1) AGD (Analisis Gas Darah) : tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlihat dan penyakit paru yang ada.
    2) DPL (Darah Perifer Lengkap) : biasanya terdapat leukositosis, LED meningkat.
    3) Elektrolit : natrium dan klorida dapat menurun.
    4) Bilirubun : dapat meningkat
    5) Kultur sputum : terdapat mikroorganisme penyebab akan didapatkan lebih dari satu jenis kuman, seperti *displococcus pneumonia, staphylococcus aureus, a hemolytic streptococcus dan haemophilus influenza.*

7. Penatalaksanaan Medik

a. Pengobatan suportif/simpatomik
   - Pemberian terapi oksigen
   - Pemasangan infus untuk rehidrasi dan koreksi kalori serta elektrolit

b. Pengobatan antibiotik sesuai dengan etiologi kurang dari 8 jam

c. Bila ada indikasi penderita dipasang ventilator mekanik

d. Tirah baring direkomendsikan sampai infeksi menunjukkan tanda-tanda bersih

8. Komplikasi

a. Atelektasis (akibat obstruksi bronkus oleh penumpukan sekresi) dapat terjadi pada sembarang fase pneumonia akut

b. Efusi pleura, dimana cairan terkumpul dalam rongga pleura

c. Pneumonia ekstrapulmoner, pneumonia pneumokokus dengan bakteriemi.

d. Pneumonia ekstrapulmoner non infeksius gagal ginjal, gagal jantung, emboli paru dan infark miokard akut.

e. ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrom*)

f. Komplikasi lanjut berupa pneumonia nosokomial

g. Sepsis

h. Gagal pernafasan, syok, gagal multiorgan

i. Penjalaran infeksi (abses otak, endokarditis)

j. Abses paru

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

   Ds : Lingkungan tempat tinggal yang tidak bersih, ventilasi rumah yang tidak cukup, terpapar polusi, asap rokok dan riwayat merokok

   Do : Sesak napas, batuk berlendir, pernapasan cuping hidung

b. Pola nutrisi dan metabolik

   Ds : Tidak ada nafsu makan, pada awal-awal biasanya ada peingkatan suhu yang mendadak

   DO : Mual, muntah, demam, turgor kulit tidak elastis

c. Pola eliminasi

Ds : Diare, sering BAK atau penurunan keluaran urine

Do : Distensi abdomen, hiperperistaltik usus

d. Pola aktivitas dan latihan

Ds : Kelelahan, keterbatasan melakukan aktivitas seperti berdiri dan berlari

DO : Kelemahan otot, penurunan kekuatan

e. Pola tidur dan istirahat

DS : Susah tidur, lemah, gelisah, perasaan tidak enak

DO : Sesak, banyak menguap, lingkar mata tampak hitam

f. Pola persepsi kognitif

DS : Perasaan nyeri dada, sesak, demam, gelisah

DO : Gelisah, bingung

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS : Ungkapan pasien tentang keadaan tubuhnya seperti tidak mau makan, tidak mau minum

DO : Tampak pasien kurang bersabar, ketakutan, dan gelisah

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS : Tidak mau bicara, gelisah, malas

DO : Tampak pasien lebih dekat dengan keluarganya, diam

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS : Pakaian yang digunakan pasien, aksesoris sesuai jenis kelamin

DO : Perilaku yang cengeng dan manja

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

DS : Tidak konsentrasi saat diajak bicara

DO : Gelisah, suka marah, dan cepat tersinggung

k. Pola nilai kepercayaan

DS : Kebiasaan pasien dalam menjelni ibadah dan tanggapan pasien terhadap agama

DO : Berdoa, mengaji, dan agama yang dianut

2. Diagnosa Keperawatan

a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan.

b. Hypertermi berhubungan dengan penyakit.

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penurunan fungsi jaringan paru sekunder akibat konsilidasi, peningkatan sekret.
e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum
f. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan proses inflamasi dalam alveoli

3. Perencanaan Keperawatan

a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan, eksudat dalam alveoli, materi asing dalam jalan napas, sekresi yang tertahan/ sisa sekresi.

Tujuan :

1) Klien mampu melakukan batuk efektif
2) Pernapasan klien normal (16-20 x/menit)
3) Bunyi napas kembali normal

Intervensi:

1) Monitor status pernapasan pasien dan tanda-tanda vital secara terus menerus sehingga jalan napas paten. Tempatkan alat intubasi emergensi disebelah tempat tidur pasien.
2) Auskultasi bunyi napas catat adanya bunyi napas tambahan misalnya wheezing, rales dan ronchi.
3) Kaji atau pantau frekuensi pernapasan, catat rasio inspirasi dan ekspirasi.
4) Catat adanya derajat sesak napas,gelisah, ansietas, distress,pernapasan/penggunaan otot-otot bantu pernapasan.
5) Anjurkan untuk minum air hangat
6) Berikan posisi yang nyaman untuk pasien misalnya peninggian kepala ditempat tidur.
7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat sesuai indikasi bronkodilator, ekspektoran, analgesic, mukolitik
8) Memberikan informasi cara melakukan batuk efektif, dan mencegah penyebab pneumonia untuk menurunkan kekambuhan.

b. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

Tujuan:

1) Suhu tubuh kembali normal (36-37 ºC)
2) Tidak ada perubahan warna kulit
3) Mengigil tidak ada

Intervensi:

1) Monitor temperature suhu tubuh setiap 1-2 jam terhadap perubahan temperature tubuh yang tiba-tiba.
2) Berikan kompres air hangat jika dibutuhkan untuk mengurangi demam.
3) Kolaborasi pemberian antipiretik golongan acetaminophen atau ibuprofen, bukan aspirin, sesuai order.
4) Ambil sampel specimen sputum untuk pemeriksaan kultur.
5) Anjurkan mengenakan pakaian ringan dan minimal.
6) Berikan terapi cairan intravena RL 0,5 %

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penrunan fungsi, jaringan paru sekunder akibat konsolidasi, peningkatan secret.

Tujuan:

1) pertukaran gas dapat teratasi
2) perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan

Intervensi:

1) Observasi warna kulit, membrane mukosa dan kuku, dan catat adanya sianosis perifer (kuku) atau sianosis perifer (sirkumonal)
2) Kolaborasi pemeriksaan AGD (*analisa gas darah)*
3) Kaji status mental.
4) Pertahankan tirah baring. Berikan informasi menggunakan teknik relaksasi aktivitas disversi.
5) Elevasi kepala dan anjurkan perubahan posisi, napas dalam, batuk efektif.
6) Kaji tingkat kecemasan pasien.
7) Berikan terapi oksigen sesuai kebutuhan, misalnya nasal kanul dan masker.

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis.

Tujuan:

1) status nutrisi pasien adekuat.
2) Mual dan muntah tidak ada
3) BB stabil
4) Peningkatan nafsu makan

Intervensi:

1) Identifikasi factor yang menimbulkan mual ata muntah (sputum banyak, pengobatan aerosol, dyspnea).
2) Berikan makanan sedikit dengan frekuensi makanan sering dan makanan yang disukai pasien.
3) Kolaborasi ahli gizi berikan makanan yang tinggi protein,dan tinggi kalori.
4) Lakukan penilaian pada status nutrisi pasien seperti berat badan, lingkar lengan, konjungtiva, indeks massa tubuh, laboratorium darah.
5) Auskultasi bising usus, observasi/palpasi distensi abdomen.
6) Evaluasi status nutrisi secara umum, bandingkan dengan berat badan normal.
7) Berikan informasi tentang diet yang diberikan yaitu tinggi kalori, tinggi protein

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidaksimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen.

Tujuan:

1) aktivitas dapat terpenuhi selama perawatan.
2) Peningkatan toleransi tanpa adanya dyspnea, dan keletihan yang berlebihan.

Intervensi:

1) Kaji respon terhadap aktivitas, catat serta laporkan adanya dyspnea, peningkatan kelemahan, dan perubahan dalam tanda-tanda vital, baik selama Maupun setelah beraktivitas.
2) Berikan lingkungan yang nyaman dan batasi pengunjung selama fase akut atas indikasi. Anjurkan pasien untuk menerapkan manajemen stress dan aktivitas disversi.
3) Berikan informasi pentingnya beristrahat dalam rencana terapi dan perlunya keseimbangan antara aktivitas dan istrahat.

4) Bantu pasien dalam mengambil posisi yang nyaman untuk beristrahan dan atau untuk tidur.
5) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri (self are). Berikan aktivitas yang dapat meningkatkan kesehatan diri selama fase penyembuhan.

f. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan proses inflamasi alveoli

Tujuan:

1) Pola napas kembali efektif
2) Frekuensi dan kedalaman napas dalam rentang normal (16-20 x/menit)
3) Suara paru jelas dan bersih.

Intervensi:

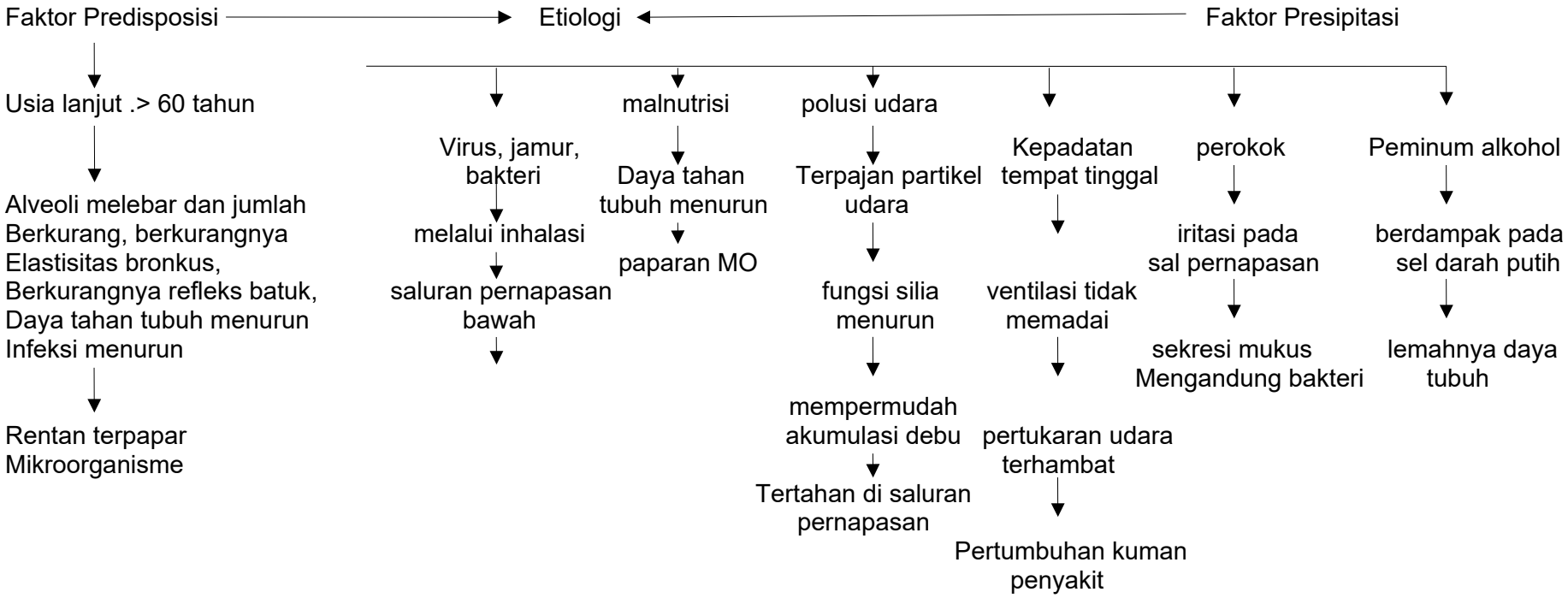
1) kaji frekuensi, kedalaman dan kemudahan bernapas dan ekspansi paru
2) auskultasi bunyi napas dan catat adanya bunyi napas tambahan
3) tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi
4) observasi pola batuk dan karakter secret.
5) Bantu pasien napas dalam dan latihan batuk efektif'
6) kolaborasi pemberian oksigen tambahan.
7) bantu fisioterapi dada, postural drainase.

4. Discharge Planning

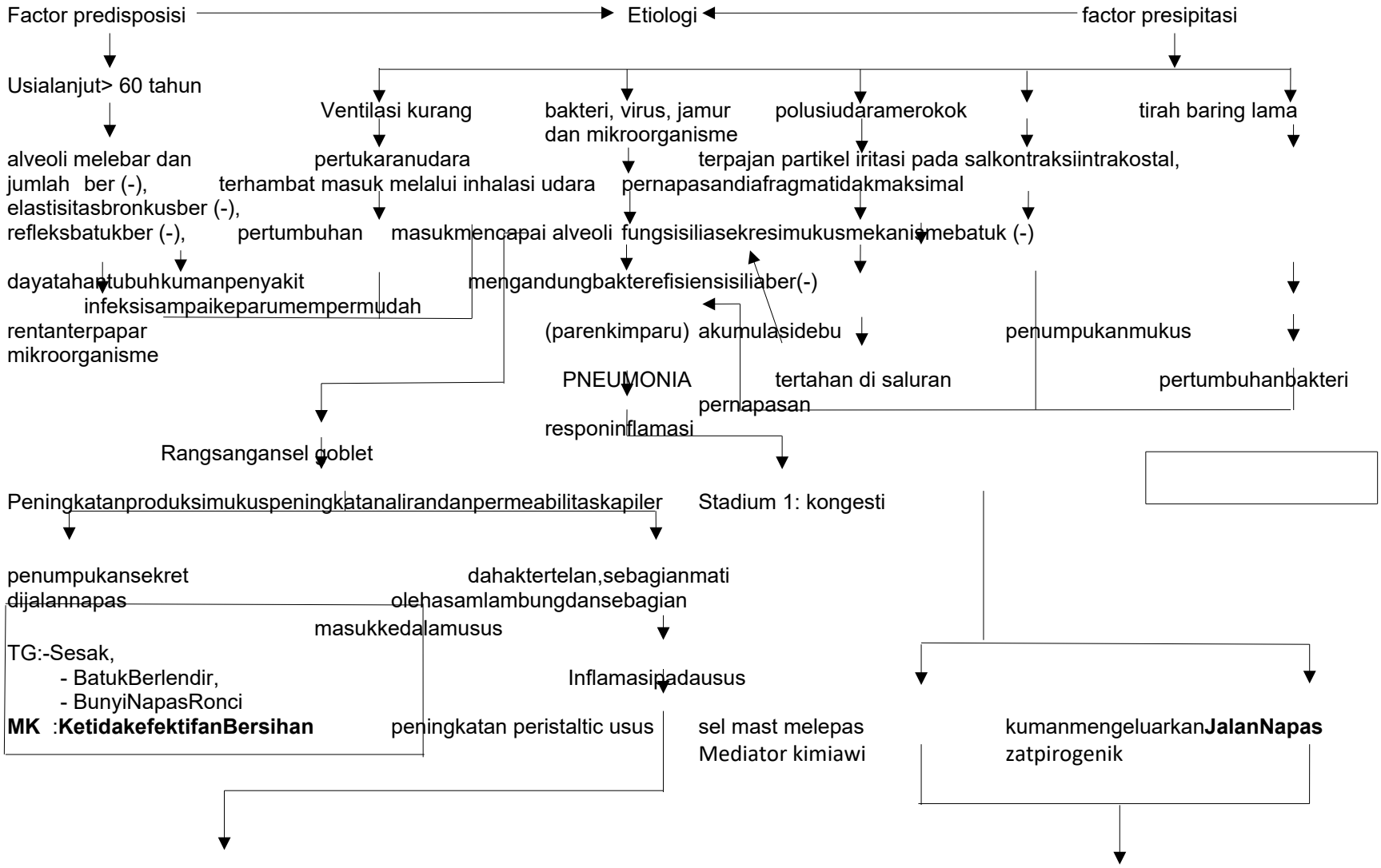
a. Memberitahukan pada pasien dan keluarga untuk melanjutkan pengobatan dirumah sesuai dengan dosis dan instruksi dari dokter.
b. Mengajarkan tindakan sederhana yang dapat dilakukan jika sakit, misalnya memberi kompres hangat untuk menurunkan demam, memberikan minum yang cukup untuk mencegah dehidrasi, memberikan posisi tidur yang nyaman dengan meninggikan kepala jika pasien mengalami sesak napas untuk membuka jalan napas.
c. Menjelaskan kepada keluarga/pasien tentang pentingnya perilaku hidup sehat, yaitu dengan lingkungan rumah yng bersih, ventilasi rumah yang memadai, terhindar dari polusi, menghindari rokok, sehingga dapat terhindar dari penyakit yang disebabkan oleh virus-virus dan mendapatkan gizi yang baik.
d. Tindakan awal dengan kasus pneumonia apabila pasien sesak dan batuk berikan posisi semi fowler yaitu posisi duduk 90 dan kaki lurus

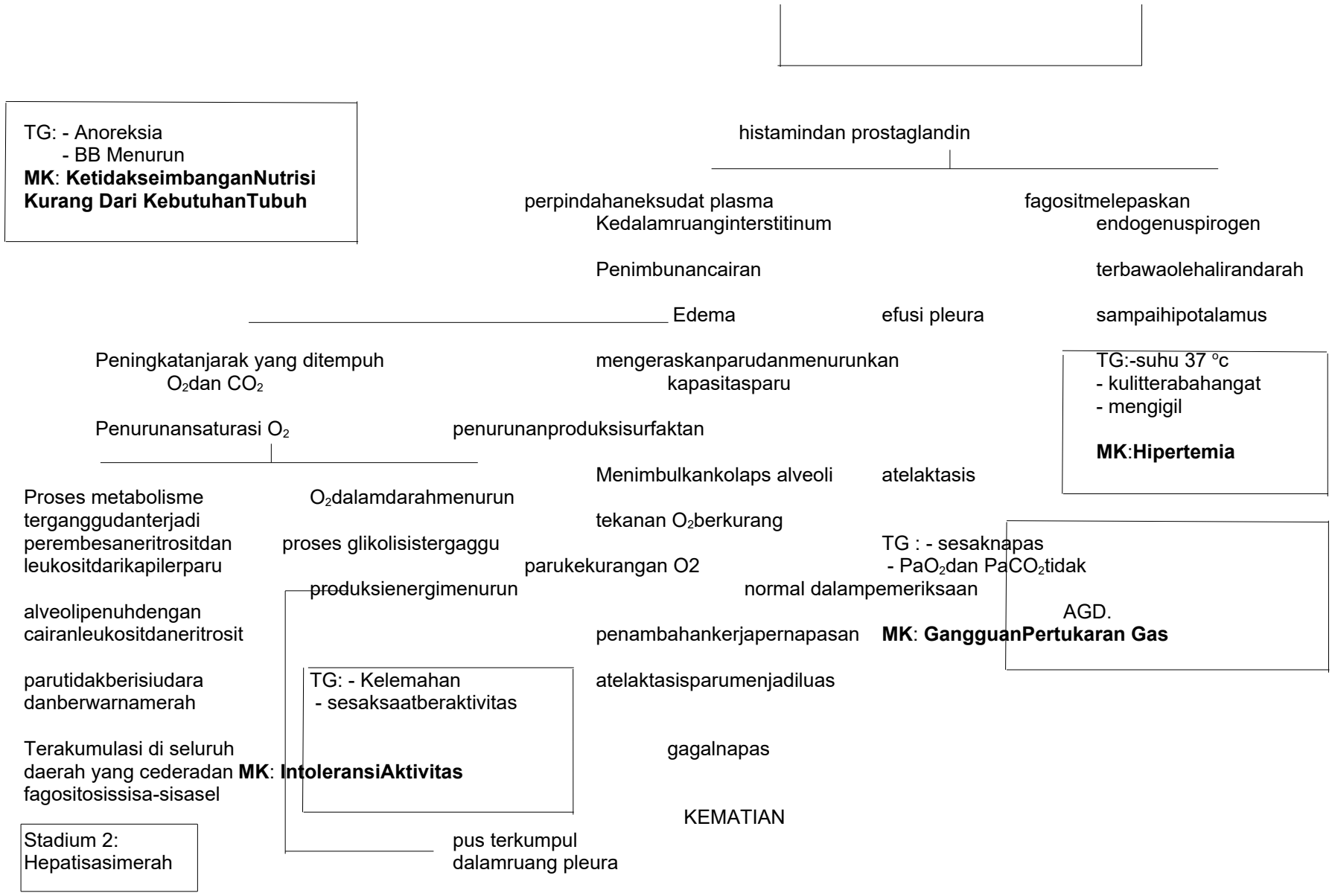
kedepan kemudian berikan air minum hangat untuk membantu mengencerkan sekret pada saluran pernapasan.

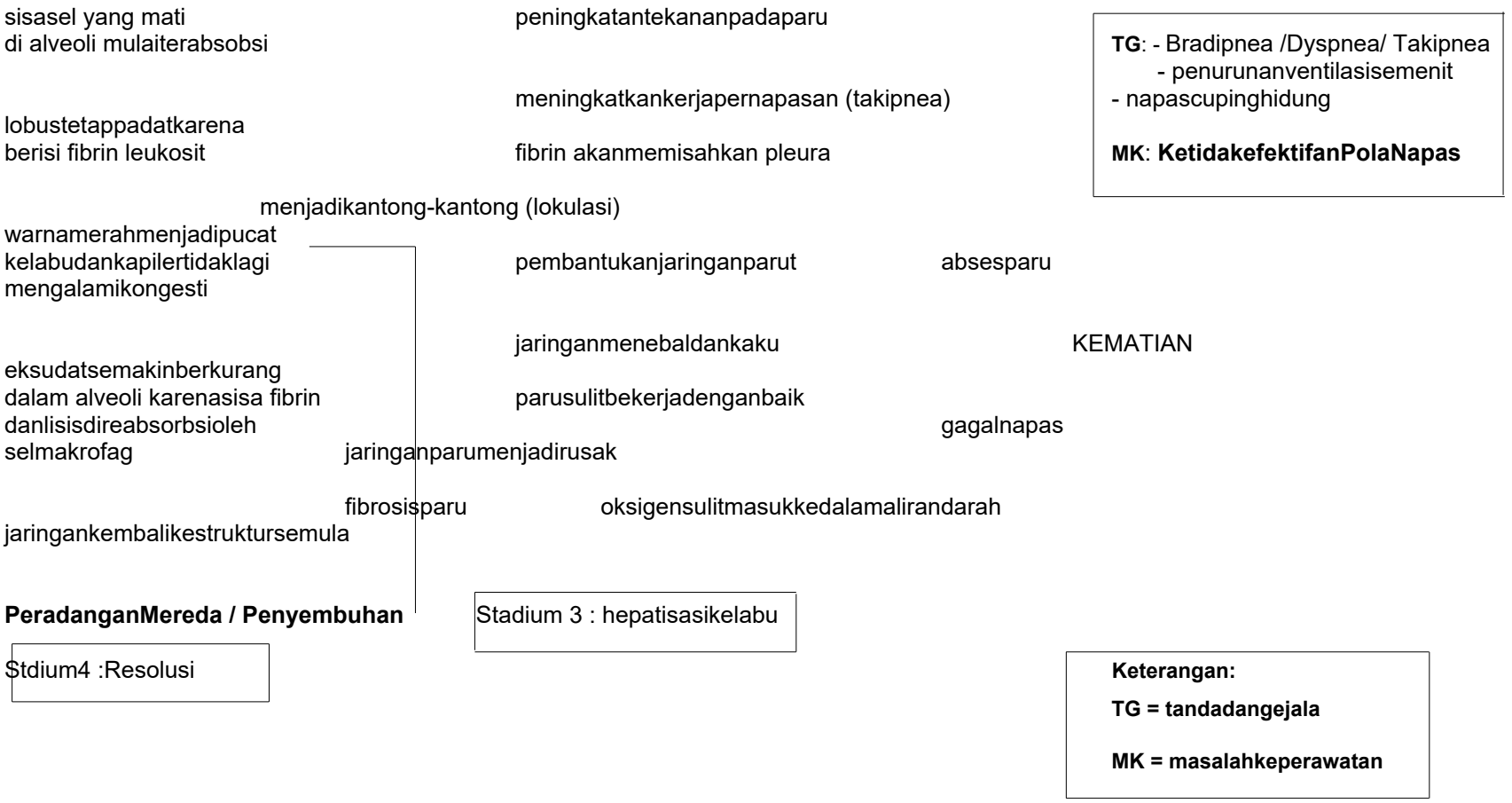
Patoflowdiagram



C. Patoflowdiagram




TG: - Anoreksia
- BB Menurun
MK: KetidakseimbanganNutrisi Kurang Dari KebutuhanTubuh
histamindan prostaglandin
perpindahaneksudat plasma
Kedalamruanginterstitinum
Penimbunancairan
Edema
efusi pleura
fagositmelepaskan
endogenuspirogen
terbawaolehalirandarah
sampaihipotalamus
TG:-suhu 37 °c
- kulitterabahangat
- mengigil
MK:Hipertemia
Peningkatanjarak yang ditempuh O2dan CO2
mengeraskanparudanmenurunkan kapasitasparu
Penurunansaturasi O2
penurunanproduksisurfaktan
Menimbulkankolaps alveoli
atelaktasis
Proses metabolisme terganggudanterjadi perembesaneritrositdan leukositdarikapilerparu
O2dalamdarahmenurun
tekanan O2berkurang
proses glikolisistergaggu
parukekurangan O2
produksienergimenurun
TG : - sesaknapas
- PaO2dan PaCO2tidak normal dalampemeriksaan AGD.
MK: GangguanPertukaran Gas
alveolipenuhdengan cairanleukositdaneritrosit
penambahankerjapernapasan
parutidakberisiudara danberwarnamerah
TG: - Kelemahan
- sesaksaatberaktivitas
atelaktasisparumenjadiluas
Terakumulasi di seluruh daerah yang cederadan fagositosissisa-sisasel
MK: IntoleransiAktivitas
gagalnapas
KEMATIAN
Stadium 2: Hepatisasimerah
pus terkumpul dalamruang pleura


sisasel yang mati
di alveoli mulaiterabsobsi
peningkatantekananpadaparu
TG: - Bradipnea /Dyspnea/ Takipnea
- penurunanventilasisemenit
- napascupinghidung
MK: KetidakefektifanPolaNapas
meningkatkankerjapernapasan (takipnea)
lobustetappadatkarena
berisi fibrin leukosit
fibrin akanmemisahkan pleura
menjadikantong-kantong (lokulasi)
warnamerahmenjadipucat
kelabudankapilertidaklagi
mengalamikongesti
pembantukanjaringanparut
absesparu
jaringanmenebaldankaku
KEMATIAN
eksudatsemakinberkurang
dalam alveoli karenasisa fibrin
danlisisdireabsorbsioleh
selmakrofag
parusulitbekerjadenganbaik
gagalnapas
jaringanparumenjadirusak
fibrosisparu
oksigensulitmasukkedalamalirandarah
jaringankembalikestruktursemula
PeradanganMereda / Penyembuhan
Stadium 3 : hepatisasikelabu
Stdium4 :Resolusi
Keterangan:
TG = tandadangejala
MK = masalahkeperawatan

BAB III
TINJAUAN KASUS

Ny. “M’ berumur 66 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris di ruang ICU tanggal 19 April 2018. Diagnosa medis saat pengkajian adalah Pneumonia dengan keluhan utama sesak napas disertai batuk berlendir. Pengkajian dilakukan tanggal 20 April 2018 jam 10.00 WITA. Pada saat pengkajian pasien tampak sesak, batuk berlendir, dan pasien merasa cemas dengan penyakitnya. TTV : TD : 110/80 mmHg, N : 106 x/menit, S : 37 , P : 29 x/menit, pada saat pengkajian pasien mendapat terapi NRM 10 liter/menit, Spo_2 = 90%. Pada saat implementasi hari pertama dokter mengganti terapi NRM menjadi terapi Nasal Kanul 5 liter/menit, Spo2 95 %. Di rumah sakit pasien dilakukan pemeriksaan darah rutin dan didapatkan WBC 14.4 10^3/uL, pemeriksaan foto thoraks pneumonia bilateral mungkin spesifik. Adapun terapi yang diberikan adalah terapi cairan RL 500 cc 20 tetes/menit. Terapi obat-obatan : combivent, dexametasone, ceftriaxone, aminophilin, n. ace.

Berdasarkan hasil pengakajian pada Ny. “M” penulis mengangkat diagnosa keperawatan sesuai prioritas : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan, fungsi peran).

A. **Pengkajian**

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Romana Riong Dakosta Lewar
NIM : E1514401041

Unit	: ICU-ICCU	Autoanamnese	: ✓
Kamar	: HCU	Alloananmnese	: ✓
Tgl masuk RS	: 19 April 2018		
Tgl pengkajian	: 20 April 2018		

1. Identitas
   a. Pasien

Nama initial	: Ny.”M”
Umur	: 66 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Janda
Jumlah anak	: 3
Agama/suku	: Islam/Makassar
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Tidak ada
Alamat rumah	: Jenne Tallasa, Gowa

   b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. “R”
Umur	: 41 tahun
Alamat	: Jenne Tallasa, Gowa
Hubungan dengan pasien	: Anak Pasien

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat masuk : Suspek TB Paru + Dispnea

   Saat pengkajian : Pneumonia

3. Keadaan Umum
   a. Keadaan sakit

      Pasien tampak sakit berat

      Alasan : Pasien tampak sesak napas, irama pernapasan cepat, terpasang O2 reabrithing mask 10 liter/menit, monitor jantung, infus RL 500 cc dengan 20 tetes/menit pada tangan kanan serta terpasang kateter urine. Pernapasan 29 x/menit disertai pasien batuk berlendir, SPO2 90.

      Tanda – Tanda Vital

      1) Kesadaran (kualitatif): Compos Mentis

         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 : 110/80 mmHg

         MAP : 90 mmHg.

         Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

      3) Suhu : 37 °C ☐ Oral ☑ axilla ☐ Rectal

      4) Pernapasan : 29 x/menit

         Irama ☑ teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

         Jenis ☐ dada ☑ Perut

      5) Nadi : 106 x/menit

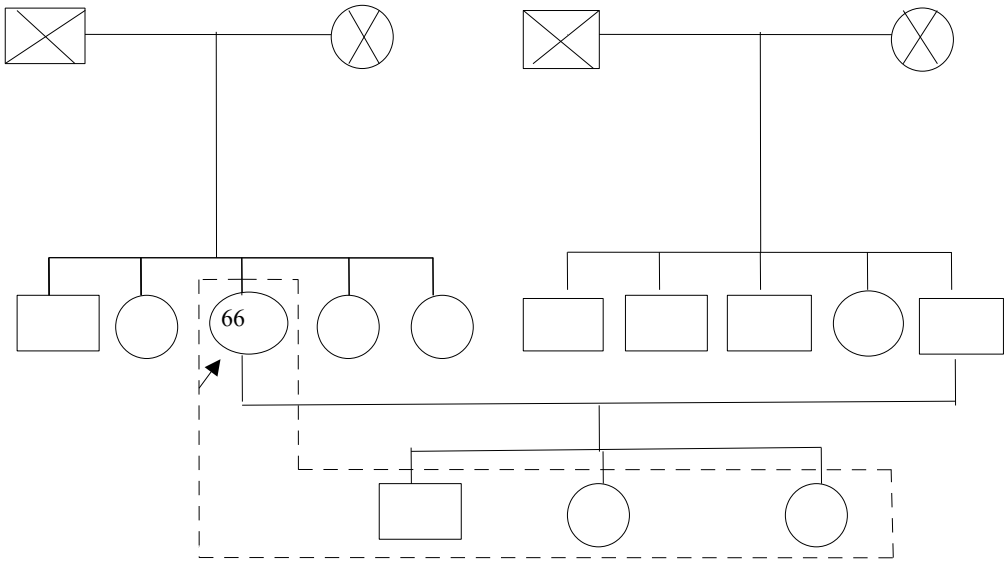
         Irama: ☐ teratur ☑ tachikardi ☐ Bradichardi ☑ Kuat ☐ Lemah

b. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 18 cm
2. Tinggi badan : 150
3. Berat badan : 40
4. IMT : 17

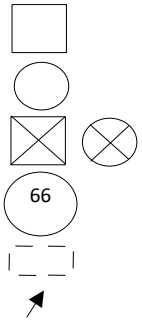
Kesimpulan : Berat badan dibawah normal

c. Genogram



Gambar 2.3

Keterangan :



: Pria Normal

: Wanita Normal

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

3. Pengkajian Pola Kesehatan
   a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
      1) Keadaan sebelum sakit :

         Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting, sehat itu ketika kita dapat melalukan aktivitas seperti biasa, keluarga pasien mengatakan saat pasien mengalami flu/batuk keluarga membeli obat di apotik. Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal dirumah panggung dengan kondisi ventilasi yang tidak memadai, pasien juga sering membersihkan rumah dan halaman rumah setiap hari. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa saat ini rumahnya sedang direnovasi.

         Riwayat penyakit saat ini:

         a) Keluhan utama : Sesak napas
         b) Riwayat keluhan utama:

            Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas sejak 3 hari yang lalu disertai dengan batuk berlendir. Keluarga pasien mengatakan sesaknya muncul saat pasien selesai melakukan aktivitas dirumah, sesaknya timbul perlahan-lahan dan terus menerus, upaya yang dilakukan keluarga pasien untuk mengatasi sesaknya adalah dengan istirahat, namun karena sesaknya semakin bertambah maka keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit.

      2) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

         Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2011 dan pasien sering mengkonsumsi obat dari dokter yaitu amlodiphine 1x1/oral

      3) Riwayat kesehatan keluarga:

         Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami sakit seperti yang diderita pasien.

Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut : Tampak lepek dan kotor
b) Kulit kepala : Tampak ada ketombe
c) Kebersihan kulit : Tampak kotor
d) Higiene rongga mulut : Tampak kotor
e) Kebersihan genitalia : Tampak kotor
f) Kebersihan anus : Tampak kotor

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan teratur pasien makan 3x sehari dengan menu nasi, sayur, ikan dan pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanannya. Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengkonsumsi buah pepaya dan pisang. Keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien hanya minum air putih 3-4 gelas (± 800 cc). Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien mengalami penurun berat badan dari 45 kg ke 40 kg.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan menu bubur, sayuran, dan lauk pauk namun pasien hanya mampu menghabiskan 3-5 sendok makan saja, keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien mengalami penurunan nafsu makan. Keluarga pasien mengatakan pasien minum air putih sebnayak 3-4 gelas (± 800 cc) / hari.

3) Observasi:

Tampak pasien menghabiskan 3-5 sendok makanan yang disediakan rumah sakit. Pasien tampak kurus.

Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : tampak lepek dan berminyak
b) Hidrasi kulit : kembali dalam <3 detik

c) Palpebra/conjungtiva : tidak edema/ anemic.
d) Sclera : tampak tidak ikterik.
e) Hidung : tampak simetris dan septum berada ditengah
f) Rongga mulut : tampak kotor, tidak ada radang.
Gusi : tampak tidak ada peradangan.
g) Gigi : tampak gigi banyak yang ompong
Gigi palsu : ya
h) Kemampuan mengunyah keras : pasien tidak mampu mengunyah keras
i) Lidah : tampak kotor, tidak ada peradangan.
j) Pharing : tampak tidak ada peradangan.
k) Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran.
l) Kelenjar parotis : tidak ada pembesaran.
m) Abdomen:
a. Inspeksi : Tampak perut datar
b. Auskultasi : Peristaltik usus 19x/menit.
c. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
d. Perkusi : Tidak asites
n) Kulit
a. Edema : ☐ positif ☑ negatif
b. Ikterik : ☐ positif ☑ negatif
c. Tanda radang : tampak tidak ada.
d. Lesi : tampak tidak ada lesi pada kulit.

c. Pola eliminasi
1) Keadaan sebelum sakit :
Keluarga pasien mengatakan paien BAB 1 kali dalam sehari, dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan. Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah saat pasien

BAB dan pasien juga tidak pernah menggunakan obat pencahar. Keluarga pasien mengatakan pasien BAK ± 3-5 kali sehari berwarna kekuning-kuningan.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan selama 2 hari di rumah sakit pasien belum BAB. Selama sakit pasien BAK melalui selang kateter berwarna kuning.

Observasi:

Tampak pasien menggunakan pampers dan kateter dan tampak urine berwarna kuning dengan jumlah 2200cc/24 jam

3) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 19 x/menit.
b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong
c) nyeri ketuk ginjal : ☐ positif ☑ negatif
d) mulut uretra : tidak ada penyumbatan
e) anus:
   - peradangan : tampak tidak ada peradangan
   - Hemoroid : tidak ada
   - Fistula : tidak ada

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya tinggal dirumah. Pasien selalu membersihkan rumah dan menyapu halaman setiap pagi dan sore hari. Keluarga pasien juga mengatakan pasien selalu jalan pagi disekitar halaman rumah tanpa menggunakan alas kaki.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa lemah dan selama dirumah sakit semua akativitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga.

3) Observasi :

Tampak keadaan umum pasien lemah, tampak kebutuhan sebagian dipenuhi oleh keluarga dan perawat.

Akitivitas harian :

1)	Makan	:	0
2)	Mandi	:	2
3)	Pakaian	:	2
4)	Kerapihan	:	2
5)	Buang air besar	:	2
6)	Buang air kecil	:	3
7)	Mobilisasi ditempat tidur	:	0

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

a) Postur tubuh : tidak dapat dikaji karena pasien bedres.
b) Gaya jalan : tidak dapat dikaji karena pasien bedres.
c) Anggota gerak yang cacat : tampak tidak ada.
d) Fiksasi : tampak tidak ada.
e) Tracheostomi : tampak tidak ada.

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 110/80 mmHg
Duduk : tidak dikaji karena pasien bedres.
Berdiri : tidak dikaji karena pasien bedres.
Kesimpulan : tidak dapat disimpulkan
HR : 99 x/menit

b) Kulit

Keringat dingin : Tidak ada
Basah : Tidak ada

c) JVP : 5 – 2 cmH_2O
Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai.

d) Perfusi perifer pembuluh kuku : kembali dalam < 3 detik.

e) Thorax dan pernapasan :

1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Tampak tidak simetris kiri dan kanan

Retraksi intercostal : Tampak tidak ada

Sianosis : tidak ada.

Stridor : tidak terdengar.

2) Palpasi :

Vocal fremitus : Teraba getaran paru kiri dan kanan sama.

3) Perkusi : ☑ sonor ☐ redup ☐ pekak

4) Auskultasi :

Suara napas : Terdengar bronkovesikuler

Suara ucapan : getaran kiri dan kanan sama

Suara tambahan : terdengar ronhi pada kedua lapang paru bagian bawah.

f) Jantung

1) Inspeksi :

Ictus cordis : tidak tampak

2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 mid-klavikularis sinistra

3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra.

Batas bawah jantung : ICS IV mid-clavicularis sinistra.

Batas kanan jantung : ICS II linea sternalis dextra.

Batas kiri jantung : ICS IV linea axilaris sinistra.

4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis dextra.

Bunyi jantung II P : Tunggal, di ICS 3 linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung I T : Tunggal, di ICS 4 linea Sternalis sinistra.

Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS 5 linea Mid clavicularis.

Bunyi jantung II : Tidak terdengar

Murmur : tidak terdengar

Bruit : Aorta :

A. Renalis : tidak terdengar.

A. Femoralis : tidak terdenngar.

g) Lengan dan tungkai

1) Atrofi : ☐ positif ☑ negatif

2) Rentang gerak :

Kaku sendi : Tampak tidak ada

Nyeri sendi : Tampak tidak ada

Fraktur : Tampak tidak ada

Parese : Tampak tidak ada

Paralisis : Tampak tidak ada

3) Uji kekuatan otot :

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekanan

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

4) Refleks fisiologi : Tampak adanya gerak biceps, triceps, patella
5) Refleks patologi : Positif
   Babinski, kiri : ☐ positif ☑ negatif
   Kanan : ☐ positif ☑ negatif
6) Clubbing jari-jari : Tampak tidak ada
7) Varises tungkai : Tampak tidak ada

h) Columna vertebralis :
   1) Inspeksi : Tidak dikaji karena pasien bedres
   2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
   Kaku kuduk : Tampak tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga pasien mengatakan pasien tidur pada malam hari pukul 21.00-05.00 pagi. Keluarga pasien juga mangatakan pasien dapat melakukan pekerjaan sehari-hari setelah bangun tidur, sebelum tidur pasien selalu menonton tv. Pasien jarang tidur di siang hari.

2) Keadaan sejak sakit :

   Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien sering tidur, namun kadang-kadang pasien terbangun di malam hari saat ia marasa sesak.

3) Observasi :

   Tampak pasien terbaring dengan posisi semifowler

   Ekspresi wajah mengantuk : ☐ positif ☑ negatif
   Banyak menguap ☐ positif ☑ negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada panca indera yang lain seperti penglihatan, penciuman, dan perabaan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada panca indera yang lain seperti penglihatan, penciuman, dan perabaan.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

- Kornea : Tampak jernih
- Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan Intra Okuler (TIO) : sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran :

- Pina : Tampak simetris antar kiri dan kanan
- Kanalis : Tampak bersih, tidak ada serumen
- Membran timpani : Tampak utuh

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien menikmati perannya sebagai seorang ibu yang membesarkan anak-anaknya dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia tidak ingin ditinggal sendirian di rumah sakit, pasien ingin ditemani oleh anak-anaknya.

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah

a) Kontak mata : Ada kontak mata
b) Rentang perhatian : Perhatian berkurang
c) Suara dan cara bicara : Jelas
d) Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien bedres

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama
   1) Keadaan sebelum sakit :
      Pasien mengatakan ia tinggal dirumah bersama ketiga anaknya dan menantunya, hubungan pasien dengan anak dan menantunya sangat akrab, pasien juga mengatakan ia selalu menyapa dan bercengkrama dengan tetangganya.
   2) Keadaan sejak sakit :
      Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada gangguan hubungan dalam keluarga.
   3) Observasi :
      Tampak pasien bercengkrama dengan anaknya saat dikaji.

i. Pola reproduksi dan seksualitas
   1) Keadaan sebelum sakit :
      Pasien mengatakan ia mengalami menopause sejak usia 53 tahun, pasien mengatakan ia tidak menggunakan alat kontrasepsi saat usia produktif.
   2) Keadaan sejak sakit :
      Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada alat kelaminnya dan tidak ada penyimpangan dalam reproduksi dan seksualitas.
   3) Observasi :
      Tampak tidak ada penyimpangan.
   4) Pemeriksaan fisik :

Tampak tidak ada masalah yang ditemukan.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

5) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan marah saat anaknya terlambat pulang kerja dan saat ia marah cara mengatasinya dengan membaca Al-Quran. Pasien mengatakan saat ia mengalami masalah anaknya yang selalu membantunya.

6) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak dirumah sakit ia merasa tidak nyaman dan ia selalu cemas dengan penyakit yang ia alami, pasien juga selalu menanyakan kondisi yang dialami oleh perawat maupun dokter yang datang memeriksanya.

7) Observasi :

Tampak pasien gelisah, tampak pasien sering menanyakan kondisinya pada perawat, tampak wajah pasien tegang.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia rajin sholat dan baca Al-Quran.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia jarang sholat dan baca Al-Quran akibat kondisi tubuhnya yang tidak sehat.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak melakukan kegiatan agama

5. UJI SARAF CRANIAL

a. N I Olafactorius

Pasien mampu mengenal bau minyak kayu putih

b. N II Optikus

Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat

c. N III, IV, VI Oculomotorius, Traklearis, Abdusens

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

d. N V Trigeminus

Sensorik : pasien mampu merasakan sentuhan tissu didahi dan pipi

Motorik : pasien mampu menjulurkan lidahnya

e. N VII Facialis

Sensorik : pasien mampu mengecap rasa pahit saat minum obat

Motorik : pasien mampu mengangkat alis dan tersenyum

f. N VIII Vestibula Akustikus

Vestibularis : tidak dikaji karena pasien bedres

Akustikus : pasien mampu mendengar suara gesekan jari perawat

g. N IX Glossopharingeus

Tampak uvula berada ditengah

h. N X Vagus

Pasien mampu menelan saat diberikan air minum ½ gelas

i. N XI Accesorious

Pasien mampu mengangkat kedua bahunya

j. N XII Hipoglosus

Pasien mampu menjulurkan lidah kedepan dan mendorong pipi kiri dan kanan menggunakan lidah

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Nama / umur : Ny.”M”/66 tahun

Tgl.Pemeriksaan : 20/04/2018

Ruang / kamar : ICU / HCU

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	14.4	+	10^3/uL	[4.8 – 10.8]
HGB	10.8	-	g/dl	[14 – 18]
HCT	35.90	-	%	[42 – 52]
MCV	61.7	-	fL	[80 – 99]
MCH	18.6	-	pg	[27 – 31]
RDW – CV	17.6	+	%	[11.5 –14.5]
NEUT %	93.1	+	%	[40 – 74]
LYM %	5.6	-	%	[19 – 48]
MXD %	1.3	-	%	[4 – 18]
NEUT #	13.4	+	10^3/uL	[1.5 – 7]
LYM #	0.8	-	10^3/uL	[1 – 3.7]

b. Pemeriksaan Foto Thorax

Tanggal pemeriksaan: 21 April 2018

KESAN :

Pneumonia bilateral, mungkin spesifik

7. Terapi

Combivent 0,5 Mg/nebu/8 jam

Dexametasone 5 Mg /iv/12 jam

Ceftriaxone 1 gram /iv/12 jam

Aminophilin 24 Mg/iv/24 jam

N. Ace (Acetylcysteine) 200 Mg /oral/8 jam

B. ANALISA DATA

Nama/umur : NY “M”/66 tahun

Ruang/Kamar : ICU-HCU

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Data Subyektif : -Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu menghabiskan 3-5 sendok makan saja. -Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien mengalami penurunan nafsu makan. -Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien mengalami penurunan berat badan dari 45 kg ke 40 kg Data Objektif : -Lingkar lengan 18 cm -Berat badan 40 Kg -IMT : 17 -Tampak pasien menghabiskan 3-5 sendok makan yang disediakan rumah sakit. -Tampak pasien kurus	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
2.	Data Subyektif : -Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas sejak 3 hari	Mukus yang berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas

	yang lalu -Keluarga pasien mengatakan sesaknya muncul saat pasien selesai melakukan aktivitas dirumah Data Objektif : -Pasien tampak sesak napas -Tampak irama pernapasan cepat -Tampak pasien batuk berlendir -Terdengar suara ronhi dikedua lapang paru bagian bawah -TTV : TD : 110/80 mmHg S : 37 N : 106 x/menit P : 29 x/menit -Hasil foto thorax Pneumonia bilateral mungkin spesifik		
3	Data Subyektif : -Pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit ia merasa tidak nyaman -Pasien mengatakan ia selalu cemas dengan penyakit yang ia alami -Pasien selalu menanyakan kondisinya kepada perawat Data Objektif : -Tampak pasien gelisah -Tampak pasien menanyakan kondisinya kepada perawat -Tampak wajah pasien tegang	Perubahan besar (status kesehatan, fungsi peran)	Ansietas

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/umur : NY “M”/66 tahun

Ruang/Kamar : ICU-HCU

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
I	Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d mukus yang berlebihan
II	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan
III	Ansietas b.d perubahan besar (status kesehatan, fungsi peran)

D. Intervensi Keperawatan

Nama/umur : Ny. “M”/66 tahun

Ruang/kamar : ICU-HCU

NO	Hari/ tanggal	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
1	21-04-2018	I. Ketidkefektifan bersihan jalan napas b.d mukus yang berlebihan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan napas dapat memadai, dengan kriteria hasil : Status Pernapasan : Kepatenan jalan napas 1. Frekuensi pernapasan dapat kembali normal 16-24 x/menit 2. Irama pernapasan kembali teratur 3. Kemampuan untuk	Manajemen jalan napas 1. Posisikan pasien untuk meringankan sesak napas dengan posisi semifowler 2. Instruksikn bagaimana agar bisa melakukan batuk efekif 3. Kelola nebulizer ultrasonik sebagaimana mestinya Monitor pernapasan 1. Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernapas 2. Monitor pola pernapasan 3. Auskultasi suara napas, catat area dimana terjadi penurunan/tidak adanya ventilasi suara napas tambahan

			mengeluarkan sekret dapat dilakukan dengan baik	
		II. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nutrisi pasien dapat memadai, dengan kriteria hasil : Status Nutrisi 1. Asupan gizi dapat terpenuhi 1700 KK/hari, 48 gr/hari protein 2. Asupan makanan dapat terpenuhi dengan porsi ½ makanan yang disediakan rumah sakit	Manajemen Nutrisi 1. Tentukan status gizi dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi 2. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi (1700 KK/hari, 48 gr/hari protein,) 3. Ciptakan lingkungan yang optimal saat mengkonsumsi makan 4. Anjurkan kelurga untuk membawa makanan favorit pasien selama pasien berada di rumah sakit (buah psang dan pepaya) 5. Monitor kalori dan asupann makanan Bantuan Peningkatan Berat Badan 1. Bantu pasien untuk makan/suapi pasien

				2. Berikan makanan yang sesuai dengan instruksi dokter (dalam sehari 3 kali makan dengan 1 porsi makanan yang disediakan rumah sakit) 3. Anjurkan makan sedikit tapi sering
		III. Ansietas b.d perubahan besar (status kesehatan, fungsi peran)	Setelah dilkukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapakan cemas pasien dapat memadai, dengan kriteria hasil : Tingkat Kecemasan 1. Perasaan gelisah dapat dikenalikan 2. Wajah tegang dapat dikendalikan 3. Rasa cemas yang disampaikan secara lisan dapat teratasi	Pengurangan Kecemasan 1. Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan 2. Berada di sisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan 3. Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat 4. Dengarkan klien Terapi Relaksasi 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman 2. Tunjukkan tehnik relaksasi napas dalam

E. Implementasi Keperawatan

Nama/ umur : Ny “M” / 66 tahun

Ruang/ kamar : ICU-HCU

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi Keperawatan	NamaPerawat
21-04-2018	I	06.30	Mendengar suara napas tambahan Hasil : Terdengar suara ronhi dikedua lapang paru bagian bawah	Romana
	I	07.00	Melakukan advis dokter pemberian nebulizer Hasil : Combivent	Romana
	I	07.30	Menganjurkan pasien batuk efektif Hasil : Tampak pasien melakukan batuk efektif hail lendirnya sedikit dan berwarna putih kental	Romana
	I	07.50	Mendengar suara napas tambahan Hasil : Terdengar suara ronhi dikedua lapang paru bagian bawah	Romana
	I,II,III	08.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 100 x/menit P : 30 x/menit S : 37	Romana
	I	08.10	Memonitor pola pernapasan pada pasien Hasil : - Pasien mengatakan ia masih batuk berlendir - Pernapasan 30 x/menit	Romana

			- Tampak pasien batuk berlendir - Tampak pasien menggunakan nasal kanul 5 liter/menit	
	II	08. 20	Membantu pasien makan Hasil : pasien hanya mampu menghabiskan 4 sendok makanan yang disediakan rumah sakit	Romana
	I,II,III	09.00	Mengganti cairan infus Hasil : RL 500 cc 20 tetes/menit	Romana
	I	10.00	Melakukan advis dokter Hasil : N. Ace Dexametasone	Romana
	I,II,III	10.05	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 29 x/menit S : 37,2	Romana
	II	10.10	Memberikan pasien snack yang disediakan rumah sakit Hasil : pasien tampak menghabiskan ½ bagian snack tersebut	Romana
	III	10.30	Melakukan pendekatan dengan pasien	Romana

			Hasil : pasien mulai berbicang sedikit dengan perawat	
	I	11.00	Memberikan posisi semi fowler Hasil : pasien mengtakan merasa nyaman dengan posisi setengah duduk	Romana
	I	12.00	Melakukan advis dokter Hasil : Ceftriaxone Aminophilin	Romana
	I,II,III	12.05	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 29 x/menit S : 37,2	Romana
	II	12.10	Membantu pasien makan Hasil : Pasien hanya mampu menghabiska 4 sendok makan yang disediakan rumah sakit	Romana
	II	12.20	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan kesukaan pasien Hasil : keluarga tampak memberi pasien pepaya dan pasien hanya mmpu menghabiskan ½ bagian saja	Romana
	III	12.40	Mendengarkan pasien	Romana

	I	13.00	Hasil : pasien tampak legah saat bercerita dengan perawat Melakukan advis dokter pemberian neulizer	Romana
	I	13.20	Hasil : combivent Menganjurkan pasien batuk efektif Hasil : pasien tampak melakukan atuk efektif dan hasilnya lendir keluar sedikit serta berwarna putih	Romana
	I	13.45	kental Mendengar suara napas tambahan Hasil : Terdengar suara ronhi	Romana
	I,II,III	14.00	dikedua lapang paru bagian bawah Mengobservasi TTV Hasil : TD : 100/80 mmHg N : 99 x/menit P : 29 x/menit	Winda
	III	14.20	S : 36 Menciptakan lingkungan yang nyaman dan anjurkan pasien beristirahat Hasil : pasien tampak nyaman dan	Winda
	I,II,III	16.00	segera beristirahat Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 100 x/menit P : 29 x/meni	Winda
	II	16.30	S : 37	Winda

	I,II,III	17.00	Memberi pasien snack Hasil : tampak pasien menghabiskan ½ bagian snack yang disediakan rumah sakit	Winda
	I	18.00	Mengganti cairan infus Hasil : RL 500 cc 20 tetes/menit	Winda
	I,II,III	18.05	Melakukan advis dokter Hasil : N. Ace	Winda
	II	18.30	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 30 x/menit S : 37,2	Winda
	II	18.45	Membantu pasien makan Hasil : Tampak pasien hanya menghaiskan 4 sendok makan yang disediakan rumah sakit	Winda
			Memonitor asupan gizi Hasil : - Pasien mengatakan ia masih kurang nafsu makan - Tampak pasien hanya menghabiskan 4 sendok makan saja yang disediakan rumah sakit	

	I	19.00	- Tampak pasien menghabiskan ½ pepaya yang dierikan keluarganya	Winda
	I,II,III	20.00	Melakukan advis dokter pemberian neulizer Hasil : Combivent Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg	Winda
	III	20.30	N : 98 x/menit P : 29 x/menit S : 37,2 Mengkaji perasaan yang dialami pasien Hasil : - Pasien mengatakan ia masih cemas dengan penyakit yang ia alami	Winda
	I	22.00	- Pasien tampak gelisah - Tampak otot wajah tegang	Grego
	I,II,III	22.05	Melakukan advis dokter Hasil : Dexameasone Mengobservasi TTV Hasil : TD : 120/80 mmHg	Grego
	III	22.10	N : 98 x/menit P : 29 x/menit S : 37 Menciptakan lingkungan tenang	Grego

	I	24.00	dan menganjurkan pasien istirahat Hasil : Pasien tampak nyaman dansegera beristirahat	Grego
	I,II,III	24.05	Melakukan advis dokter Hasil : Ceftriaxone Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg	Grego
	I	01.00	N : 99 x/menit P : 30 x/menit S : 37,2 Melakukan advis dokter pemberian nebulizer dan mengganti cairan infus Hasil : Combivent dan RL 500 cc 20 tetes/menit	Grego
	I,II,III	02.05	Melakukan advis dokter Hasil : N. Ace Mengobservasi TTV Hasil : TD : 120/80 mmHg	Grego
	I,II,III	04.00	N : 100 x/menit P : 29 x/menit S : 37 Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg	Grego
22-04-2018	I,II,III	06.00	N : 98 x/menit P : 29 x/menit S : 37,2	Grego

	I	06.30	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 99 x/menit P : 30 x/menit S : 37	Romana
	I	07.00	Mendengar suara napas tambahan Hasil : Terdengar suara ronhi dikedua lapang paru bagian bawah	Romana
	I	07.30	Melakukan advis dokter pemberian nebulizer Hasil : Combivent	Romana
	I	07.50	Menganjurkan pasien batuk efektif Hasil : Tampak pasien melakukan batuk efektif, hasil lendirnya sedikit dan berwarna putih kental	Romana
	I,II,III	08.00	Mendengar suara napas tambahan Hasil : Terdengar suara ronhi dikedua lapang paru bagian bawah	Romana
	I	08.10	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 100 x/menit P : 28 x/menit S : 37 Memonitor pola pernapasan pada pasien	Romana

	II	08. 20	Hasil : - Pasien mengatakan ia masih batuk berlendir - Pernapasan 28 x/menit - Tampak pasien menggunakan nasal kanul 5 liter/menit	Romana
	I,II,III	09.00	Membantu pasien makan Hasil : pasien hanya mampu menghabiskan 7 sendok makanan	Romana
	I	10.00	yang disediakan rumah sakit Mengganti cairan infus Hasil : RL 500 cc 20 tetes/menit	Romana
	I,II,III	10.05	Melakukan advis dokter Hasil : N. Ace Dexametasone	Romana
	II	10.10	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 29 x/menit S : 37,2	Romana
	III	10.30	Memberikan pasien snack yang disediakan rumah sakit Hasil : pasien tampak menghabiskan ½ bagian snack tersebut	Romana
	I	11.00	Melakukan pendekatan dengan pasien	Romana

			Hasil : pasien mulai nyaman dengan ditemani perawat	
	I	12.00	Memberikan posisi semi fowler Hasil : pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi setengah duduk	Romana
	I,II,III	12.05	Melakukan advis dokter Hasil : Ceftriaxone Aminophilin	Romana
			Mengobservasi TTV	
	II	12.10	Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 29 x/menit S : 37,2	Romana
	II	12.20	Membantu pasien makan Hasil : Pasien hanya mampu menghabiska 7 sendok makan yang disediakan rumah sakit	Romana
			Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan kesukaan pasien	
	III	12.40	Hasil : keluarga tampak memberi pasien pisang dan pasien hanya mmpu menghabiskan ½ bagian saja	Romana
	I	13.00	Mendengarkan pasien	Romana

	I	13.20	Hasil : pasien tampak legah saat bercerita dengan perawat Melakukan advis dokter pemberian nebulizer Hasil : combivent	Romana
	I	13.45	Menganjurkan pasien batuk efektif Hasil : pasien tampak melakukan atuk efektif dan hasilnya lendir keluar sedikit serta berwarna putih	Romana
	I,II,III	14.00	kental Mendengar suara napas tambahan Hasil : Terdengar suara ronhi dikedua lapang paru bagian bawah	Mulya
	III	14.20	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 100/80 mmHg N : 99 x/menit P : 28 x/menit S : 36	Mulya
	I,II,III		Menciptakan lingkungan yang nyaman dan anjurkan pasien beristirahat Hasil : pasien tampak nyaman dan segera beristirahat	Mulya
	II	16.30	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 100 x/menit P : 28 x/menit S : 37	Mulya

	I,II,III	17.00	Memberi pasien snack Hasil : tampak pasien	Mulya
	I	18.00	menghabiskan ½ bagian snack yang disediakan rumah sakit	Mulya
	I,II,III	18.05	Mengganti cairan infus Hasil : RL 500 cc 20 tetes/menit Melakukan advis dokter Hasil : N. Ace	Mulya
	II	18.30	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 29 x/menit S : 37,2	Mulya
	II	18.45	Membantu pasien makan Hasil : Tampak pasien hanya menghaiskan 7 sendok makan yang disediakan rumah sakit Memonitor asupan gizi Hasil : - Pasien mengatakan ia masih kurang nafsu makan - Tampak pasien hanya menghabiskan 7 sendok	Mulya
	I	19.00	makan saja yang disediakan rumah sakit	Mulya

	I,II,III	20.00	- Tampak pasien menghabiskan ½ pisang yang dierikan keluarganya Melakukan advis dokter pemberian neulizer	Mulya
	III	20.30	Hasil : Combivent Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 29 x/menit S : 37,2	Mulya
	I	22.00	Mengkaji perasaan yang dialami pasien Hasil: - Pasien mengatakan perasaan cemasnya	Stellien
	I,II,III	22.05	mulai berkurang masih cemas dengan penyakit yang ia alami - Pasien tampak gelisah Melakukan advis dokter	Stellien
	III	22.10	Hasil : Dexameasone Mengobservasi TTV Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 98 x/menit P : 29 x/menit	Stellien
	I	24.00	S : 37	Stellien

	I,II,III	24.05	Menciptakan lingkungan yan tenang dan menganjurkan pasien istirahat Hasil : Pasien tampak nyaman dan segera beristirahat	Stellien
	I	01.00	Melakukan advis dokter Hasil : Ceftriaxone Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 99 x/menit	Stellien
	I	02.00	P : 28 x/menit S : 37,2	Stellien
	I,II,III	02.05	Melakukan advis dokter pemberian nebulizer dan mengganti cairan infus Hasil : Combivent dan RL 500 cc 20 tetes/menit	Stellien
	I,II,III	04.00	Melakukan advis dokter Hasil : N. Ace Mengobservasi TTV Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 100 x/menit	Stellien
23-04-2018	I,II,III	06.00	P : 29 x/menit S : 37 Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit	Stellien

	I	06.30	P : 29 x/menit S : 37,2 Mengobservasi TTV	Romana
	I	07.00	Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 99 x/menit P : 28 x/menit S : 37	Romana
	I	07.30	Mendengar suara napas tambahan Hasil : Terdengar suara ronhi mulai berkurang	Romana
	I	07.50	Melakukan advis dokter pemberian nebulizer Hasil : Combivent	Romana
	I,II,III	08.00	Menganjurkan pasien batuk efektif Hasil : Tampak pasien melakukan batuk efektif, hasil lendirnya sedikit dan berwarna putih kental	Romana
	I	08.10	Mendengar suara napas tambahan Hasil : Terdengar suara ronhi mulai berkurang Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 100 x/menit P : 27 x/menit S : 37	Romana

	II	08. 20	Memonitor pola pernapasan pada pasien Hasil : - pasien mengatakan ia masih batuk berlendir namun sudah berkurang	Romana
	I,II,III	09.00	- Pernapasan 27 x/menit - Tampak pasien menggunakan nasal kanul	Romana
	I	10.00	5 liter/menit Membantu pasien makan	Romana
	I,II,III	10.05	Hasil : pasien hanya mampu menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan rumah sakit	Romana
			Mengganti cairan infus Hasil : RL 500 cc 20 tetes/menit	
	II	10.10	Melakukan advis dokter Hasil : N. Ace Dexametasone	Romana
	III	10.30	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 27 x/menit S : 37,2	Romana
	I	11.00	Memberikan pasien snack yang disediakan rumah sakit Hasil : pasien tampak menghabiskan 1 snack tersebut	Romana

	I	12.00	Melakukan pendekatan dengan pasien Hasil : pasien mulai nyaman dengan ditemani perawat	Romana
	I,II,III	12.05	Memberikan posisi semi fowler Hasil : pasien mengtakan merasa nyaman dengan posisi setengah duduk	Romana
	II	12.10	Melakukan advis dokter Hasil : Ceftriaxone Aminophilin	Romana
	II	12.20	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 27 x/menit S : 37,2	Romana
	III	12.40	Membantu pasien makan Hasil : pasien hanya mampu menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan rumah sakit	Romana
	I	13.00	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan kesukaan pasien Hasil : keluarga tampak memberi pasien pisang dan pasien mampu	Romana
	I	13.20	menghabiskan 1 buah pisang Mendengarkan pasien	Romana

			Hasil : pasien tampak legah saat bercerita dengan perawat	
	I	13.45	Melakukan advis dokter pemberian neulizer Hasil : combivent	Romana
	I,II,III	14.00	Menganjurkan pasien batuk efektif Hasil : pasien tampak melakukan batuk efektif dan hasilnya lendir keluar sedikit serta berwarna putih kental	Winda
	III	14.20	Mendengar suara napas tambahan Hasil : Terdengar suara ronhi mulai berkurang	Winda
	I,II,III	16.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 100/80 mmHg N : 99 x/menit P : 28 x/menit S : 36	Winda
	II	16.30	Menciptakan lingkungan yang nyaman dan anjurkan pasien beristirahat Hasil : pasien tampak nyaman dan segera beristirahat	Winda
	I,II,III	17.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 100 x/menit P : 28 x/menit	Winda

	I	18.00	S : 37	Winda
			Memberi pasien snack	
	I,II,III	18.05	Hasil : tampak pasien menghabiskan 1 snack yang disediakan rumah sakit	Winda
			Mengganti cairan infus Hasil : RL 500 cc 20 tetes/menit	
	II	18.30	Melakukan advis dokter Hasil : N. Ace	Winda
			Mengobservasi TTV	
	II	18.45	Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 27 x/menit S : 37,2	Winda
			Membantu pasien makan Hasil : pasien hanya mampu menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan rumah sakit	
			Memonitor asupan gizi	
	I	19.00	Hasil : - Pasien mengatakan ia masih kurang nafsu makan - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan rumah sakit	Winda
	I,II,III	20.00	- Tampak pasien menghabiskan 1 buah	Winda

			pisang yang dierikan keluarganya	
	III	20.30	Melakukan advis dokter pemberian neulizer Hasil : Combivent	Winda
			Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit P : 29 x/menit S : 37,2	
			Mengkaji perasaan yang dialami pasien	
	I	22.00	Hasil : -Pasien mengatakan perasaan cemasnya mulai berkurang	Grego
	I,II,III	22.05	masih cemas dengan penyakit yang ia alami - Pasien tampak gelisah	Grego
	III	22.10	Melakukan advis dokter Hasil : Dexameasone	Grego
			Mengobservasi TTV Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 98 x/menit	
	I	24.00	P : 29 x/menit S : 37	Grego

	I,II,III	24.05	Menciptakan lingkungan yang tenang dan menganjurkan pasien istirahat Hasil : Pasien tampak nyaman dan segera beristirahat	Grego
	I	01.00	Melakukan advis dokter Hasil : Ceftriaxone Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 99 x/menit	Grego
	I	02.00	P : 28 x/menit S : 37,2	Grego
	I,II,III	02.05	Melakukan advis dokter pemberian nebulizer dan mengganti cairan infus Hasil : Combivent dan RL 500 cc 20 tetes/menit	Grego
	I,II,III	04.00	Melakukan advis dokter Hasil : N. Ace Mengobservasi TTV Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 100 x/menit	Grego
	I,II,III	06.00	P : 29 x/menit S : 37 Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 98 x/menit	Grego

			P : 29 x/menit S : 37,2 Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 99 x/menit P : 27 x/menit S : 37	

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/ umur : Ny.”M”/ 66 tahun

Ruang/ kamar : ICU-HCU

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Nama Perawat
21-04-2018	DP I : Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d mukus yang berleihan S : - Pasien mengatakan ia masih batuk berlendir O : - Pernapasan 30x/menit - Tampak pasien menggunakan nasal kanul 5 liter/menit (SPO2 95%) - Tampak pasien batuk berlendir A : Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Manajemen jalan napas - Monitor pernapasan DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan	Romana

	S : - Pasien mengatakan ia masih kurang nafsu makan O : - Tampak pasien hanya menghabiskan 5 sendok makan yang disediakan rumah sakit - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ bagian pepaya yang diberikan keluarga - Tampak pasien menghabiskan ½ bagian snack yang disediakan rumah sakit A : Ketidakseimangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Manajemen Nutrisi - Bantuan peningkatan berat badan DP III : Ansietas b.d perubahan besar (fungsi peran, perubahan kesehatan) S : - Pasien mengatakan ia merasa cemas dengan penyakit yang ia alami O : - Tampak pasien gelisah - Tampak wajah pasien tegang - Tampak pasien menanyakan kondisinya kepada perawat A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Pengurangan kecemasan	

	- Tehnik relaksasi	
22-04-2018	DP I : Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d mukus yang berleihan S : - Pasien mengatakan ia masih batuk berlendir O : - Pernapasan 28x/menit - Tampak pasien menggunakan nasal kanul 5 liter/menit (SPO2 95%) A : Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi P : Lanjutkan intervesi : - Manajemen jalan napas - Monitor pernapasan DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan ia masih kurang nafsu makan O : - Tampak pasien hanya menghabiskan 7 sendok makan yang disediakan rumah sakit - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ bagian pepaya yang diberikan keluarga - Tampak pasien menghabiskan ½ bagian snack yang disediakan rumah sakit A : Ketidakseimangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi	Romana

23-04-2018	P : Lanjutkan intervensi : - Manajemen Nutris - Bantuan peningkatan berat badan DP III : Ansietas b.d perubahan besar (fungsi peran, perubahan kesehatan) S : - Pasien mengatakan perasaan cemasnya mulai berkurang O : - Tampak pasien gelisah A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Pengurangan kecemasan - Tehnik relaksasi DP I : Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d mukus yang berleihan S : - Pasien mengatakan batuk berlendirnya mulai berkurang O : - Pernapasan 27x/menit - Tampak pasien menggunakan nasal kanul 5 liter/menit A : Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi P : Lanjutkan intervesi : - Manajemen jalan napas - Monitor pernapasan DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan	Romana

	S : - Pasien mengatakan ia masih kurang nafsu makan O : - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan rumah sakit - Tampak pasien hanya menghabiskan1 buah pisang yang diberikan keluarga - Tampak pasien menghabiskan 1 snack yang disediakan rumah sakit A : Ketidakseimangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Manajemen Nutrisi - Bantuan peningkatan berat badan DP III : Ansietas b.d perubahan besar (fungsi peran, perubahan kesehatan) S : - Pasien mengatakan perasaan cemasnya mulai berkurang O : - Tampak pasien gelisah A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Pengurangan kecemasan - Tehnik relaksasi	

G. DAFTAR OBAT

1. Nama obat : Combivent
   a. Klasifiksi / golongan obat : Obat untuk saluran napas/anti asma
   b. Dosis umum : 3 x 1 unit vial dosis/hari
   c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 1 tube/8 jam
   d. Cara pemberian obat : menggunakan alat nebulizer
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Efek ditingkatkan oleh β-adrenergik lainnya, derivate xantin, antikolinergik, dan kortikosteroid. Dan aksi dikurangi oleh β-bloker
   f. Alasan diberikan obat pada pasien :
      Diberikan pada pasien yang mengalami sesak napas
   g. Indikasi :
      Mengobati bronkospasme yang berhubungan dengan penyakit penyumbatan paru kronis sedang sampai berat pada pasien yang memerlukan lebih dari satu bronkodilator.
   h. Kontra indikasi :
      Kardiomiopati obstruktif hipertrofik, takhiaritmia, infark miokardial yang baru terjadi, diabetes melitus secara infusiensi terkontrol, hipertiroidisme, kehamilan dan menyusui.
   i. Efek samping
      Sakit kepala, pusing, gelisah, palpitasi, mual, muntah, mulut kering, kelemahan otot.

2. Nama obat : Dexametasone
   a. Klasifiksi / golongan obat : Kortikosteroid dan kortikotropin
   b. Dosis umum : 2-4 x sehari
   c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 1 ampul/12 jam
   d. Cara pemberian obat : Intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Mencegah shock dan sesak napas
   f. Alasan diberikan obat pada pasien :
      Diberikan pada pasien yang mengalami sesak napas
   g. Indikasi :
      Obat ini digunakan sebagai glucocorticoid khususnya untuk anti inflamasi, pengobatan rheumatik artrithis dan penyakit collagen lainnya, alergi dermatitis dan penyakit kulit. Penyakit inflamasi pada masa dan kondisi lain dimana terpinglucocoticoid berguna lebih menguntungkan sebagai penyakit leukimia tertentu dan lymphomas dan inflamasi pada jaringan lunak dan anemia hemolytica.
   h. Kontra indikasi :
      Tidak boleh digunakan pada penderita tukak lambung, osteoporosis, diabetes melitus, infeksi jamur sistemik, psikosis dan herpes simpleks pada mata.
   i. Efek samping
      Pemberian kostikosteroid yang diberhentikan secara tiba-tiba menimbulkan infusiensi adekuat obat, memberikan kostikosteroid secara sistemik dalam jumlah besar dan dapat menyebabkan batuk.

3. Nama obat : Ceftriaxone
   a. Klasifiksi / golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : 1-2 gram x sehari
   c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 1 ampul/12 jam
   d. Cara pemberian obat : Intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Ceftriaxone merupakan golongan seplosporin yang mempunyai spektrum luas dengan waktu paruh eliminasi 8 jam. Efektif terhadap mikroorganisme fram positif maupun gram negatif. Ceftriaxone juga sangat stabil terhadap enzim beta laktamase yang dihasilkan oleh bakteri.
   f. Alasan diberikan obat pada pasien :

      Karena pasien mengalami peningkatan WBC yaitu 14,4 10^3/uL
   g. Indikasi :

      Untuk infeksi berat dan yang disebabkan kuman gram positif maupun gram negatif yang resisten terhadap antibiotik lain : infeksi sluran pernapasan, infeksi saluran kemih, infeksi tulang dan jaringan, infeksi kulit.
   h. Kontra indikasi :

      Hipersensitif terhadap cephalosporin dan penicilin (sebagai reaksi alergi silang).
   i. Efek samping

      Gangguan pencernaan : diare, mual, muntah, stomatitis. Reaksi kulit : dermatitis, pruritis, urtikaria, edema, eritema multiforme, dan reaksi anafilaktik eosinofil, anemia hemolitik, trombositosis, leukopenia, granulositopenia. Gangguan sistem saraf pusat : sakit kepala.

4. Nama obat : Aminophilin
   a. Klasifiksi / golongan obat : Obat untuk saluran napas
   b. Dosis umum : 1 ampul/8 jam
   c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 1 ampul/24 jam
   d. Cara pemberian obat : Intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Teofilin sebagai bronkodilator memiliki 2 mekanisme kerja utama diparu yaitu dengan cara relaksasi otot polos dan menekan stimulus yang terdapat pada jalan napas. Meknisme kerja yang utama belum diketahui secara pasti, teofilin juga dapat meningkatkan kontraksi otot diafragma dengan cara peningkatan uptake Ca melalui adenosine mediated chanels.
   f. Alasan diberikan obat pada pasien :

      Karena pasien sesak napas
   g. Indikasi :

      Hipersensitifitas bKontra indikasi terhadap teofilin dan ethlendiamine.
   h. Efek samping

      Diare, mual, muntah, pusing, sakit kepala, insomnia, dan tremor atrial fibrasi, bradiritmia apabila administrasi terlalu cepat dapat menyebabkan cardiac arrest.

5. Nama obat : N. Ace
   a. Klasifiksi / golongan obat : Antitusiv
   b. Dosis umum : 3x1 tablet/hari
   c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 3x1 tablet/8 jam
   d. Cara pemberian obat : Melalui oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Terapi sluran pernapasan yang ditandai dengan adanya sekret mukoid dan mukopurelen, seperti pada bronkhitis akut, bronkhitis kronis, emfisema, mukovisidosis, dan bronkiektsis.

   f. Alasan diberikan obat pada pasien :

      Karena pasien mengalami batuk berlendir

   g. Indikasi :

      Untuk mucolytic (melarutkan lendir) terapi sebagai adjuvant dalam kondisi pernapasan dengan produksi lendir yang berlebihan dan tebal, untuk mengurangi viskositas lendir oleh ikatan disulfida membelah menghubungkan protein hadir dalam lendir (mucoproteins).

   h. Efek samping

      Menyebabkan kerusakan pada jantung dan paru-paru, meningkatkan tekanan darah di paru-paru dan ventrikel kanan jantung (hipertensi arteri paru-paru).

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan antara teori dan penerapan asuhan keperawatan pada Ny. “M” dengan Pneumonia di ruang perawatan ICU-HCU Rumah Sakit Stella Maris yang berlangsung selama 3 hari yaitu tanggal 21 sampai dengan 23 April 2018.

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal pada proses keperawatan. Pada tahap ini penulis mengumpulkan data informasi mengenai pasien dan keluarga pasien, perawat ruangan, dan catatan medis, serta pengalaman langsung dari pasien. Data yang diperoleh dari Ny. “M” berusia 66 tahun masuk rumah sakit pada tanggal 19 April 2018 dengan diagnosa medis pneumonia diruang perawatan ICU-HCU. Pada saat pengkajian tanggal 20 April 2018 didapatkan data-data yaitu pasien dalam keadaan berbaring semi fowler kesadaran kualitatif compos mentis dan GCS M : 6, E : 4, V: 5. Sesak dan batuk berlendir serta perasaan cemas. Tanda-tanda vital TD : 110/80 mmHg, N : 106 x/menit , P : 29 x/menit, S : 37 . Adapun hasil pemeriksaan foto thoraxnya menunjukkan hasil pneumonia bilateral, mungkin spesifik. Hasil pemeriksaan darah menunjukkan adanya peningkatan WBC 14.4 V10^3/uL, penurunan HGB 10.8 g/dL, penurunan HCT 35.90%, penurunan

MCV 61.7 fL, penurunan MCH 18.6 Pg, peningkatan RDW-CV 17.6 % . Adapun terapi yang diberikan adalah terapi cairan RL 500 cc 20 tetes/menit. Terapi obat-obatan : combivent, dexametasone, ceftriaxone, aminophilin, n. Ace.

Menurut teori pasien sesak napas dan batuk berlendir disebabkan oleh reaksi inflamasi atau peradangan pada paru-paru, alveoli dan jaringan sekitarnya. Akibat dari reaksi inflamasi tersebut, terjadi perangsangan pada sel goblet sehingga terjadi peningkatan produksi mukus dan akan menumpuk pada jalan napas dan meyebabkan sesak napas dan batuk berlendir, peningkatan WBC terjadi karena adanya infeksi yang disebabkan oleh virus dan bakteri dari pneumonia sehingga WBC mengeluarkan darah lebih banyak untuk melawan virus dan bakteri tersebut. Ansietas disebabkan karena adanya masalah terhadap efisiensi proses neurotransmiter. Neurotransmiter sendiri adalah utusan kimia khusus yang membantu informasi bergerak dari sel saraf ke sel saraf. Jika neurotransmiter keluar dari keseimbangan, pesan tidak bisa melalui otak dengan benar. Hal ini dapat mengubah cara otak bereaksi dalam situasi tertentu yang menyebabkan kecemsan.

Dari tinjauan teori yang ditemukan tanda dan gejala adalah batuk, takipnea, pucat, atau sianosis, retraksi dinding toraks: intercostal, substernal, diafragma, atau suprakalvikula, napas cuping hidung, nyeri abdomen, demam, terdengar suara tambahan ronchi, sakit kepala, sesak napas, mengigil,dan berkeringat.

Berdasarkan data diatas penulis dapat menarik kesimpulan tidak semua manifestasi klinis yang ada pada teori dialami oleh pasien seperti distress respirasi mendadak, sianosis, hipoksemia, dan diikuti tanda infeksi sekunder.

B. Diagnosis Keperawatan

Pada tinjauan teoritis terdapat 6 diagnosis keperawatan yang diangkat pada pasien pneumonia yaitu :

a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan
b. Hypertermi berhubungan dengan penyakit
c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
d. Gangguan pertukran gas berhubungan dengan penurunan fungsi jaringan paru sekunder akibat konsilidasi, peningkatan sekret
e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum
f. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan proses inflamasi dalam alveoli

Pada kasus ini penulis hanya mengangkat 3 diagnosis keperawatan berdasarkan data-data yang diperoleh dari pasien

a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan. Penulis mengangkat diagnosis ini kerana pada saat pengkajian pasien sesak dan batuk berlendir.
b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Penulis mengangkat diagnosis ini karena pada saat pengkajian sejak sakit nafsu makan pasien menurun, dan pasien hanya mampu menghabiskan 3-5 sendok makanan yang disediakan, berat badan 40 kg, IMT 17.
c. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan,fungsi peran). Penulis mengangkat diagnosis ini karena pada saat pengkajian pasien selalu merasa cemas

dengan penyakit yang ia alami dan pasien selalu menanyakan kondisinya kepada perawat secara lisan.

Data diatas ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata namun tidak jauh beda. Pada teori terdapat 6 diagnosis keperawatan namun saat pengkajian pada Ny. “M” ditemukan 3 diagnosis keperawatan saja. Hal ini dikarenakan tidak ada data yang mendukung diagnosa keperawatan yang lain.

C. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, selanjutnya penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul.

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan dengan kriteria hasil: frekuensi pernapasan dapat kembali normal 16-24 x/menit, irama pernapasan kembali teratur, kemampuan untuk mengeluarkan sekret dapat dilakukan dengan baik. Intervensi keperawatan yang dibuat oleh penulis adalah memposisikan pasien untuk meringankan sesak napas dengan posisi semifowler,mengajarkan bagaimana agar bisa melakukan batuk efekif , pemberian terapi nebulizer Combivent 1 tube/Nebulizer/6 jam, memonitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernapas, mendengar suara napas tambahan dan catat area dimana terjadi penurunan/tidak adanya ventilasi suara napas tambahan. Bila dibandingkan dengan intervensi yang ada pada teori, penulis membuat intervensi tidak jauh berbeda dengan intervensi pada konsep teori.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan dengan kriteria

hasil : asupan gizi dapat terpenuhi 1700 KK/hari, 48 gr/hari protein, asupan makanan dapat terpenuhi dengan porsi ½ makanan yang disediakan rumah sakit. Intervensi keperawatan yang dibuat adalah menentukan status gizi dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi, menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi (1700 KK/hari, 48 gr/hari protein), menciptakan lingkungan yang optimal saat mengkonsumsi makan, menganjurkan kelurga untuk membawa makanan favorit pasien selama pasien berada di rumah sakit (buah pisang dan pepaya), membantu pasien untuk makan/suapi pasien, memberikan makanan yang sesuai dengan instruksi dokter (dalam sehari 3 kali makan dengan 1 porsi makanan yang disediakan rumah sakit), menganjurkan makan sedikit tapi sering. Semua intervensi yang dibuat oleh penulis tidak jauh berbeda dengan intervensi pada konsep teori.

3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan,fungsi peran) dengan kriteria hasil : perasaan gelisah dapat dikenalikan, wajah tegang dapat dikendalikan, rasa cemas yang disampaikan secara lisan dapat teratasi. Intervensi keperawatan yang dibuat adalah menggunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan pada pasien, berada di sisi pasien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan, mendorong keluarga untuk mendampingi pasien dengan cara yang tepat, mendengarkan pasien, menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, menujukkan tehnik relaksasi dengar musik kesukaan pasien. Semua intervensi yang dibuat oleh penulis tidak jauh berbeda dengan intervensi pada konsep teori.

D. Implementasi Keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan penulis menyesuaikan dengan kondisi pasien. Kerjasama pasien, keluarga, perawat ruangan dan rekan-rekan mahasiswa. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan setiap diagnosa keperawatan meliputi :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan, terdapat 6 perencanaan keperawatan.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, terdapat 8 perencanaan keperawatan.
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (proses penyakit, fungsi peran), terdapat 6 perencanaan keperawatan.

E. Evaluasi Keperawatan

Adapun evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 21 April 2018 – 23 April 2018 pada Ny “M”.

1. ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan. Dengan kriteria hasil: frekuensi pernapasan dapat kembali normal 16-24 x/menit, irama pernapasan kembali teratur, kemampuan untuk mengeluarkan sekret dapat dilakukan dengan baik. Sampai hari ketiga perawatan, masalah pasien belum teratasi pernapasan pasien 27 x/menit, masih terdengar suara tambahan sedikit ronchi pada kedua lapang paru bagian bawah.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Dengan kriteria hasil: asupan gizi dapat terpenuhi 1700 KK/hari, 48 gr/hari protein, asupan makanan dapat terpenuhi dengan porsi ½ makanan yang disediakan rumah sakit. Sampai hari ketiga perawatan, masalah

telah teratasi sebagian karena pasien telah menghabiskan makanan ½ porsi yang disediakan rumah sakit.

3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (proses penyakit, fungsi peran). Dengan kriteria hasil : perasaan gelisah dapat dikendalikan, wajah tegang dapat dikendalikan, rasa cemas yang disampaikan secara lisan dapat teratasi. Sampai hari ketiga perawatan, masalah belum teratasi karena pasien masih merasa cemas dan gelisah namun sudah berkurang dibandingkan dengan hari pertama implementasi keperawatan.

BAB V
PENUTUP

Setelah melakukan pembahasan kasus, yang membandingkan kesenjangan antara teori dengan perawatan langsung pada pasien dilahan praktek melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien Ny. “M” dengan Pneumonia di ruang perawatan ICU-HCU RS Stella Maris Makassar. Maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Pasien masuk dengan diagnosa pneumonia yang di dukung oleh pemeriksaan foto thoraks : pneumonia bilateral mungkin spesifik, dan uji laboratorium dengan hasil WBC = 14,4 mg/dl, dan pasien batuk berlendir disertai perasaan kurang nafsu makan dan perasaan cemas.

2. Diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu: Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas berhubungan dengan Mukus yang Berlebihan, Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan Kurang Asupan Makanan dan Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (Status Kesehatan, Fungsi Peran).
3. Dari rencana tindakan yang di susun penulis telah melaksanakan sepenuhnya, ini dikarenakan dalam pelaksanaan keperawatan:

    a. Penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.
    b. Dari intervensi keperawatan yang telah disusun, pada prisipnya hampir sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis. Intervensi keperawatan meliputi : tindakan keperawatan mandiri, observasi, kolaboratif dan pendidikan kesehatan.

c. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari pada pasien Ny.”M’ diperoleh diagnose ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan dan Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan, fungsi peran) belum teratasi sedangkan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan sudah teratasi sebagian dengan pasien mengatakan telah menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit .
d. Penulis memberikan perawatan selama 3 hari berturut-turut sampai dengan evaluasi hari terakhir, dan masih didapati ada diagnosa pertama dan ketiga yang belum teratasi.

B. Saran

1. Bagi Institusi/pendidikan

   Diharapkan untuk menyediakan buku-buku terbitan baru terutama buku yang membahas penyakit pneumonia dan menilai sejauh mana pemahaman mahasiswa dalam menerapkan praktek dan ilmu yang telah diberikan khususnya pada pasien pneumoia.
2. Bagi instansi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan sumber informasi untuk tenaga perawat di dalam instansi rumah sakit berkaitan dengan perawatan pada pasien pneumonia.
3. Bagi pasien dan keluarga

   Diharapkan selalu memperhatikan kesehatan dan selalu mengontrol kesehatan secara rutin guna mendeteksi dini dan memantau perkembangan penyakit pneumonia.
4. Bagi penulis

   Agar penulis lebih banyak membaca dan mengakses jurnal yang berhubungan dengan penyakit pneumonia sehingga

menambah pengalaman dan pengetahuan dalam menangani penderita penyakit pneumonia dan menerapkan pemberian asuhan keperawatan sesuai teori dan keterampilan yang diperoleh selama perkuliahan.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner & Suddarth. (2014). Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12 Jakarta : EGC

Brunner & Suddarth. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8. Jakarta : EGC

Ardiasyah, Muhammad. (2012). Medikal Bedah Untuk Mahasiswa. Yogyakarta : DIVA Press

Marlene Hurst. (2016). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : EGC

Herdman dan T. Heather. (2015). Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10. Jakarta : EGC

Sue Moorhead, dkk. (2016). Nursing Outcome Classifiction (NOC) : Edisi 5. Jakarta : Mocomedia

Gloria M. Bulechek, dkk (2016). Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi 6. Jakarta : Mocomedia

Syaifuddin, H. (2012). Anatomi Fisiologi: Kurikulum Berbasis Kompetensi Untuk Keperawatan dan Kebidanan. Jakarta : EGC

Smeltzer, (2012). Buku Ajar Keperawatan Medikal bedah, Volume 3. Jakarta : EGC

Rosdhal, (2014) Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : EGC

Muttaqin Afif. (2012). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan. Jakarta : Salemba Medika

Somantri Irman. (2012). Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan Edisi 2. Jakarta : Salemb Medika

MRO, Rumah Sakit Stella Maris. (2018). Data Statistik Rumah Sakit Stella Maris Makassar (tidak dipublikasikan)

Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. (2017). http://www.pendahuluan.pneumonia.lansia.co.id/pdf. Diakses pada tanggal 15 Mei 2018

Bambang, Setiadji (2017) prevalensi Pneumonia, http://www.depkes.co.id/index . Diakses pada tanggal 15 Mei 2018