KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”A” DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU (VIP) RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

MARI’ MARISSA NANDA
E1514401029

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”A” DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU (VIP) RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

MARI’ MARISSA NANDA
E1514401029

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."A" DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ICU-HCU (VIP) RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertahankan di depan penguji.

Diajukan Oleh:
Nama Mahasiswa: Mari' Marissa Nanda
NIM: E1514401029

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.”A” DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ICU-HCU (VIP) RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan tim penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/tanggal : Selasa, 12 Juni 2018
Pukul : 13.15-14.00
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. Yunita Gabriela Madu, S.Kep. Ns. (……..)

Mengetahui:
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi:

Nama	: Mari' Marissa Nanda
Tempat/Tanggal Lahir	: Makassar, 29 Maret 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Perum. Stella Maris Blok C No. 3

II. Identitas Orang Tua:

Ayah/Ibu	: Nanda/ Mesa
Agama	: Budha
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Paun Simbuang, Tana Toraja

III. Pendidikan yang telah di tempuh

SDN 196 Simbuang	: 2003-2009
SMPN 1 Simbuang	: 2009-2012
SMA Kristen Makale	: 2012-2015
STIK Stella Maris Makassar	: 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa melimpahkana berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."A" Dengan PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU (VIP) RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" dengan tepat waktu. 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 penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapat banyak dukungan baik berupa moral maupun material sehingga dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan terima kasih sedalam-dalamnya 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 pelayana selama penulis menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
5. Dr. Thomas Soeharto, M.Kes, 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-ICCU yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Ny.”A” 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 penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha peningkatan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi. sebagai manusia biasa penulis menyadari bahwa apa yang telah tertuang dalam Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Sekian dan terima kasih.

Makassar, Mei 2018

Marissa

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Anatomi paru..... 6
Gambar 2.2 Patoflowdiagram..... 25
Gambar 3.1 Genogram pasien..... 31

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 3.1 Analisis data..... 47
Tabel 3.2 Diagnosis keperawatan..... 49
Tabel 3.3 Intervensi keperawatan..... 50
Tabel 3.4 Implementasi keperawatan..... 53
Tabel 3.5 Evaluasi keperawatan..... 73

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL..... i
HALAMAN PERSETUJUAN..... ii
HALAMAN PENGESAHAN..... iii
RIWAYAT HIDUP..... iv
KATA PENGANTAR..... v
DAFTAR GAMBAR..... vii
DAFTAR TABEL viii
DAFTAR ISI..... ix
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 3
C. Manfaat Penulisan..... 3
D. Metode Penulisan..... 4
E. Sistematika Penulisan..... 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 6
A. Konsep Dasar Medis..... 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi..... 6
3. Etiologi 12
4. klasifikasi 13
5. Patofisiologi 13
6. Manifestasi Klinik..... 15
7. Tes Diagnostik 16
8. Penatalaksanaan Medik..... 16
9. Komplikasi 17
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 18
1. Pengkajian 18
2. Diagnosa Keperawatan..... 19

3. Perencanaan Keperawatan..... 20
4. Discharge Planning..... 24
C. Patoflowdiagram..... 25
BAB III PENGAMATAN KASUS 28
A. Pengkajian..... 29
B. Analisa Data..... 47
C. Diagnosa Keperawatan..... 49
D. Rencana Keperawatan..... 50
E. Implementasi..... 53
F. Evaluasi..... 73
G. Daftar Obat..... 77
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 79
A. Pengkajian 79
B. Diagnosa Keperawatan 80
C. Perencanaan Keperawatan 82
D. Implementasi Keperawatan 84
E. Evaluasi..... 84
BAB V PENUTUP..... 86
A. Kesimpulan 86
B. Saran..... 87
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pneumonia merupakan infeksi pada parenkim paru yang disebabkan oleh satu atau lebih agen infeksius seperti bakteri, virus, jamur, parasit atau aspirasi zat asing (Betz & Sowden, 2009) dan bisa juga sebagai akibat merokok atau memiliki riwayat penyakit seperti Asma Dan Stroke. Berbagai macam penyakit infeksi pernapasan yang sering ditemui di daerah tropis adalah ISPA, Tuberculosis Paru, Kanker Paru, Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK), Asma, dan Pneumonia. Penyakit pneumonia merupakan masalah kesehatan di dunia karena angka kematiannya sangat tinggi, tidak hanya dinegara berkembang tetapi juga terdapat di Negara maju seperti Amerika, Kanada, dan Negara-negara Eropa lainnya. Pneumonia dikenal sebagai morbiditas yang tinggi dengan angka kesakitan 4 juta kasus per tahun mengenai 12 per 1000 orang dewasa, dengan lebih dari 600 ribu penderita rawat inap per tahun (Susanto dkk, 2010).

Salah satu kelompok berisiko tinggi untuk pneumonia adalah usia lanjut dengan usia 65 tahun atau lebih (*American Lung Association*, 2015). Pada usia lanjut angka kejadian pneumonia mencapai 25 - 44 kasus per 1000 penduduk setiap tahun (Putri *et al.* 2014). Insiden pneumonia akan semakin meningkat seiring dengan pertambahan usia, dengan 81,2% kasus terjadi pada usia lanjut (Fung *et al,* 2014). Penderita pneumonia usia lanjut memiliki kemungkinan lima kali lebih banyak untuk rawat inap dibandingkan dengan penderita pneumonia usia dewasa. 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. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, prevalensi pneumonia pada usia lanjut mencapai 15,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Data penemuan dan penanganan penderita pneumonia di Kota Makassar tahun 2015 yaitu 508 kasus menurun dari tahun 2014 yaitu 556 kasus dan pada tahun 2013 yaitu 438 kasus (Profil Kesehatan Kota Makassar, 2015). Berdasarkan data *Medical Record* dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar diperoleh data penderita pneumonia tahun 2015 berjumlah 730 orang, laki-laki 348 orang (47,67%), perempuan 298 orang (40,82%) dan yang meninggal dunia berjumlah 84 orang (11,5%). Sedangkan pada tahun 2016 jumlah penderita pneumonia sejumlah 717 orang, laki-laki 325 orang (45,32%), perempuan 308 orang (42,95%), yang meninggal dunia berjumlah 84 orang (11,71%). Sementara pada tahun 2017 jumlah penderita pneumonia sejumlah 884 orang, laki-laki 380 orang (42,98%), perempuan 413 orang (46,71%) dan yang meninggal dunia sebanyak 91 orang(10,29%). Berdasarkan data tersebut penderita pneumonia dari tahun 2015 sampai tahun 2017 masih menunjukkan angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi.

Menurut WHO upaya untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat dapat dilakukan dengan upaya kesehatan masyarakat meliputi : peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (kuratif) guna mencapai derajat masyarakat yang optimal. Hal ini diperlukan kesiapan keterampilan tenaga kesehatan dan didukung peran serta dari masyarakat. Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang mempertahankan hidup sehat harus dapat dilakukan sedini mungkin yang menjadi tugas dari perawat terutama dalam merawat pasien pneumonia yaitu : meliputi upaya kuratif (perawat membrikan pengobatan dengan cara melakukan fisioterapi dada, mengeluarkan lendir batuk, memberikan antibiotic, obat demam seperti paracetamol, dan obat batuk sesuai keluhan pasien), promotif

(perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit pneumonia melalui lefleat, poster, dan lain-lain),dan preventif (perawat mencegah komplikasi dari pneumonia dengan pemberian gizi, dan pemberian antibiotic). Oleh karena itu, penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien pneumonia.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Penulis dapat memperolah pengalaman yang nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien pneumonia di ruang perawatan Rumah Sakit Stella Maris.

2. Tujuan khusus

   Penulis dapat memperolah pengalaman nyata dalam hal:

   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan: pneumonia.
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan: pneumonia.
   c. Menetapkan rencana tindakan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan: pneumonia.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan yang tepat pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan: pneumonia.
   e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan: pneumonia
   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pernapasan: pneumonia.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi institusi/akademik

   Sebagai bahan informasi dan juga sebagai salah satu persyaratan akhir dalam mengikuti pendidikan program diploma tiga (D III) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris.

2. Bagi rumah sakit

   Sebagai bahan masukan untuk petugas kesehatan khususnya perawat dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada kasus pneumonia.

3. Bagi pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, menyadari pentingnya pengobatan dan melakukan perubahan pola hidup untuk mencegah komplikasi dan berulangnya penyakit

4. Bagi mahasiswa

   Untuk menambah keterampilan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia dan juga melakukan pendokumentasian dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

D. Metode penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, untuk memperolah data yang dibutuhkan beberapa metode pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data/informasi melalui:

1. Studi Kepustakaan

   Dalam metode ini penulis menggunakan buku-buku, internet seperti situs : jurnal, serta materi perkuliahan yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini.

2. Studi Kasus

   Untuk studi kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan dan evaluasi keperawatan. Untuk mendapatkan informasi digunakan teknik:

   a. Wawancara

      Penulis mengadakan wawancara dengan pasien dan keluarga melalui pertanyaan langsung.

b. Observasi

Penulis mengadakan pengamatan/ mengevaluasi langsung reaksi/ respon emosi pasien, riwayat penyakit, tindakan dan pemeriksaan penunjang pada pasien.

c. Pemeriksaan fisik

Penulis melakukan pemeriksaan terhadap fisik pasien guna mendapatkan data tentangk keadaan fisik pasien.

d. Diskusi

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

3. Internet

Dengan membaca situs seperti jurnal yang ada kaitannya dengan penulisan karya tulis ilmiah ini.

E. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah sistematika penulisannya terdiri dari: Bab I : Pendahuluan yang terdiri dari Latar Belakang, Tujuan Penulisan, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan dan Sistematika Penulisan. Pada Bab II : Tinjauan Teoritis yang meliputi : Konsep Dasar Medik Yang Mencakup Defenisi, Anatomi Fisiologi, Etiologi, Patofisiologi, Klasifikasi, Manifestasi Klinik, Tes Diagnostik, Penatalaksanaan dan Komplikasi. Pada bagian kedua yaitu Konsep Dasar Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan Keperawatan, *Discharge Planning*, dan Patoflowdiagram. Pada Bab III : Pengamatan Kasus terdiri dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan. Pada Bab IV : Pembahasan kasus yang terdiri dari analisa kasus yang membahas perbandingan antara kasus dengan konsep teori untuk mengetahui ada tidaknya kesenjangan yang terjadi. Bab V: Simpulan dan saran dan yang terakhir Daftar Pustaka.

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Konsep dasar medik

1. Pengertian

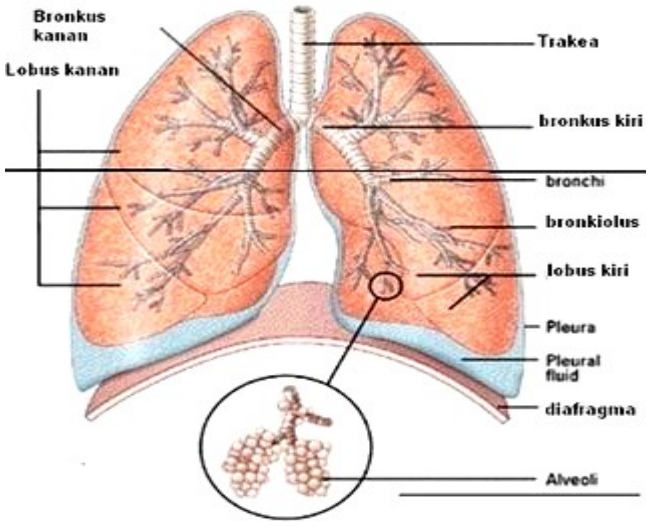
a. Pneumonia adalah proses inflamasi pada parenkim paru yang biasanya berhubungan dengan peningkatan cairan alveolar dan interstisial (Black & Hawks, 2014).

b. Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh agen infeksius (Brunner & Suddarth, 2013).

Berdasarkan definisi diatas penulis menyimpulkan bahwa pneumonia adalah penyakit yang terjadi karena inflamasi pada parenkim paru yang berhubungan dengan peningkatan cairan alveolar dan interstisial yang disebabkan oleh agen infeksius.

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi sistem pernapasan



Gambar 2.1 anatomi pernapasan (Adam, 2012)

1) Hidung

Hidung merupakan organ tubuh yang berfungsi sebagai alat pernapasan dan indra penciuman yang berbentuk menyerupai piramida/kerucut. Udara masuk dalam sistem pernapasan melalui rongga hidung.

2) Faring (tekak)

Faring adalah suatu saluran otot selaput yang tegak lurus antara basis krani dan vertebrae servikalis VI berfungsi sebagai saluran untuk keluar masuknya udara.

3) Laring (pangkal tenggorokan)

Laring merupakan jalinan tulang rawan yang dilengkapi dengan otot, membrane, jaringan ikat, dan ligamentum yang berfungsi untuk melindungi saluran pernapasan dibawahnya dengan cara menutup secara cepat dan mencegah masuknya benda asing ke dalam saluran napas.

4) Trakea (batang tenggorokan)

Trakea adalah tabung berbentuk pipa yang dibentuk oleh tulang-tulang rawan yang disempurnakan oleh selaput, yang terletak diantara vertebrae servikalis VI sampai ke tepi bawah kartilago krikoidea vertebra torakalis V yang berfungsi untuk menangkap dan mengembalikan benda asing yang akan masuk ke paru-paru bersama udara.

5) Bronkus (cabang tenggorokan)

Merupakan lanjutan dari trakea dan mempunyai struktur yang sama dengan trakea. Dan bagian bawah trakea mempunyai cabang dua yaitu kiri dan kanan yang dibatasi oleh pembatas.

6) Pulmo (paru)

Paru adalah salah satu organ sistem pernapasan yang berada di dalam kantong yang dibentuk oleh pleura paritalis dan pleura viselaris. Kedua paru sangat lunak, elastis, sifatnya ringan dan terapung dalam air, serta berada dalam

rongga thoraks dan berwarna biru keabu-abuan dan berbintik-bintik karena partikel-partikel debu yang masuk dan dimakan oleh fagosit. Paru mempunyai apeks yang tumpul menjorok ke atas, masuk ke leher kira-kira 2,5 cm di atas klavikula. Paru kanan teridiri dari tiga lobus yaitu lobus superior, medius, dan inferior. Paru kiri terdiri dari dua lobus yaitu, lobus superior dan lobus inferior.

Beberapa bagian bagian dari organ paru-paru yaitu:

a) Apeks pulmo

Berbentuk bundar dan menonjol kearah dasar yang lebar melewati apertura torasis superior 2,5-4 cm diatas ujung iga I. Basis pulmo adalah bagian yang berada diatas permukaan cembung diafragma. Oleh karena kubah diafragma lebih menonjol ke atas, maka bagian kanan lebih tinggi dari paru kiri.

b) Insisura atau fisura

Pada paru kiri terdapat insisura obligua yang membagi paru kiri atas menjadi dua lobus yaitu lobus superior yang terletak di atas dan didepan insisura, dan lobus inferior terletak di belakang dan bawah insisura. Dan pada paru kanan terdapat dua insisura yaitu insisura obligua (interlobularis primer) yang memisahkan lobus inferior dari lobus medius dan lobus posterior, dan insisura horizontal (interlobaris sekunder) yang memisahkan lobus medius dari lobus superior.

c) Pleura

Pleura adalah suatu membrane serosa yang halus, membentuk suatu kantong yang membungkus kedua paru dan tidak saling berhubungan yang memiliki dua lapisan permukaan yaitu permukaan paretalis yang memasuki fisura paru dan memisahkan lobus-lobus dari paru dan

lapisan dalam pleura viseralis yang berhubungan dengan fasia endotorasika, merupakan permukaan dalam dari dinding thoraks.

Pleura paretalis memiliki empat bagian menurut letaknya yaitu : Pleura kostalis yaitu bagian pleura yang menghadap ke permukaan lengkung kosta dan otot-otot yang terdapat dfiantaranya, bagian depan mencapai sternum, sedangkan bagian belakangnya melewati iga disamping vertebra. Pleura servikalis yaitu bagian pleura yang melewati apertura torasis superior yang memasuki dasar lebar berbentuk seperti kubah dan diperkuat oleh membran supra pleura. Sedang Pleura diafragmatika yaitu bagian pleura yang berada di atas diafragma. Dan Diafragma mediastinalis yaitu bagian pleura yang menutup permukaan lateral mediastinum serta susunan yang terletak didalamnya.

d) Sinus pleura

Sinus pleura terdiri dari dua bagian yaitu :Sinus kostamediastinalis yang terbentuk pada pertemuan pleura mediastinalis dengan pleura kostalis dan pada waktu inspirasi hampir semua terisi oleh paru. Sedangkan sinus frenikokostalis : terbentuk pada pertemuan pleura diafragmatika denga pleura kostalis dan pada inspirasi yang sangat dalam bagian ini belum dapat diisi oleh pengembangan paru.

e) Ligamentum pulmonale

Radiks pulmonalis bagian depan, atas, dan belakang ditutupi oleh pertemuan pleura parietalis dan pleura viseralis. Bagian bawah radiks yang berasal dari depan dan belakang bergabung membentuk lipatan yang disebut

ligamentum pulmonale yang terdapat diantara bagian bawah fasies mediastinal dan fasies perikardium.

f) Pembulu limfe

Dalam paru terdapat dua pembulu limfe yang saling berhubungan yaitu bagian superfisi berukuran relative besar yang membatasi lobus permukaan paru yang tampak hitam karena pengisapan karbon, dan Pembuluh limfe lebih kecil yang membentuk jala-jala halus pada tepi lobus yang mengalir sepanjang tepi paru menuju hilus.

g) Persyarafan

Dalam paru dijumpai serat-serat kecil, terutama di daerah hilus yang berkaitan dengan bronkus serta pembuluh besar yang berhubungan dengan percabangan bronkial membentuk pleksus pulmonalis dan tersusun dari cabang vagus dan cabang dari ganglia simpatis .

h) Alveoli

Paru terbentuk oleh sekitar 300 juta alveoli, yang tersusun dalam klaster antara 15-20 alveoli. Luas total dinding paru dengan dinding kapiler kedua paru kira-kira 70 m^2. Terdapat tiga jenis sel elveolar : Membran respiratorius yang dilapisi oleh sel epitel pipih yang disebut sel tipe I, Makrofag alveolar yang berkeliling sekitar epitalium untuk menfagositosis partikel atau bakteri yang masuk ke alveoli. Sel alveoli tipe II adalah makrofag yang merupakan sel fagositisis besar yang memakan benda asing (bakteri, virus dan parasite), yang aktif mensekresi surfaktan (fosfolid yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveolar agar tidak kolaps).

b. Fisiologi pernapasan

Proses fisiologi pernapasan dimana oksigen dipindahkan dari udara kedalam jaringan dan karbondioksida dikeluarkan

ke udara, dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1) Ventilasi

Ventilasi adalah gerakan udara masuk dan keluar dari paru-paru. Saat ekspirasi dan inspirasi otot diafragma berkontraksi dan kubah dari diafragma menurun, pada waktu yang bersamaan otot-otot intrakostal interna berkontraksi dan mendorong dinding dada sedikit ke arah luar dan ruang di dalam dada meluas, tekanan alveoli menurun dan udara memasuki paru-paru. Pada ekspirasi diafragma dan otot intrakosta eksterna relaksasi dan diafragma naik, dinding dada jatuh kedalam.

2) Difusi

Difusi adalah proses pertukaran O_2 dan CO_2 di dalam alveoli dan darah di dalam kapiler sekitarnya. Dalam difusi ini gas mengalir dari tempat yang tinggi tekanan parsielnya ke tempat yang rendah tekanan parsialnya. O_2 dalam alveoli mempunyai tekanan parsial yang lebih tinggi O_2 dari yang ada dalam darah. CO_2 dalam darah memiliki tekanan parsial yang lebih tinggi daripada yang di alveoli sehingga CO_2 dapat mengalir dari darah masuk kedalam alveoli.

3) Transportasi gas

Transpor pengangkutan oksigen dan karbondioksida oleh darah. O_2 berikatan dengan hemoglobin untuk membentuk HbO_2 yang berwarna merah terang. Sebagian oksigen terlarut dalam plasma. CO_2 ditransportasi dalam darah sebagai natrium bikarbonat dan kalium bikarbonat, sel-sel darah merah larutan berikatan dengan hemoglobin dan protein plasma.

3. Etiologi

a. Bakteri

Pneumonia bakterial dibagi menjadi dua bakteri penyebabnya yaitu:

1) Typical organisme

Penyebab pneumonia berasal dari gram positif berupa :

a) *Streptococcus pneumonia*

b) *Staphylococcus aureus*

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

Bakteri gram negatif dibawah adalah :

a) Pseudomonas aeruginosa

b) Klebsiella pneumonia

c) Haemophilus influenza

2) Atipikal organisme

Bakteri yang termasuk atipikal adalah:

a) *Mycoplasma sp.*

b) *chlamedia sp.*

c) *Legionella sp.*

b. Virus

Disebabkan oleh virus influenza yang menyebar melalui doplet, biasanya menyerang pada pasien dengan *Imunodefisiensi*. Penyebabnya adalah *cytomegalivirus, herpes simplex virus, varicella zooster virus.*

c. Jamur

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

4. Klasifikasi
   a. Berdasarkan letak anatomik
      1) *Pneumonia Lobaris*

         Merupakan pneumonia yang terjadi pada seluruh atau satu bagian besar dari lobus paru dan bila kedua lobus terkena bisa dikatakan sebagai pneumonia lobaris.
      2) *Pneumonia interstisial*

         Merupakan pneumonia yang dapat terjadi di dalam dinding alveolar.
      3) *Bronchopneumonia*

         Merupakan pneumonia yang terjadi pada ujung akhir bronkhiolus yang dapat tersumbat oleh eksudat mukopuren untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus (Hidayat, 2006)
   b. Berdasarkan asal penyakit:
      1) Pneumonia komunitas atau *community acquired pneumonia*, adalah pneumonia yang didapat dari masyarakat.
      2) Pneumonia nosokomial atau *hospitality acquired pneumonia* yang berarti penyakit itu didapat saat pasien berada di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan.

5. Patofisiologi

   Pneumonia terjadi aspirasi kuman atau penyebaran langsung kuman dari saluran respiratorik atas hingga kuman patogen mencapai saluran napas bagian bawah kemudian virus akan menginfeksi saluran napas kecil dan alveoli dan lobus. Respon inflamasi awal adalah infiltrasi sel-sel mononuclear kedalam submukosa dan perivascular. Proses inflamasi mengakibatkan terjadinya kongesti vascular dan edema yang luas.

Resolusi konsolidasi pneumonia terjadi ketika antibody antikapsular timbul dan leukosit PMN (*Polimorfonuklear*) meneruskan aktivitas fagositosisnya dan sel-sel monosit akan membersihkan debris. Jika struktur reticular paru masih utuh, parenkim paru akan kembali sempurna dan perbaikan epitel alveolar terjadi setelah terapi berhasil. Pembentukan jaringan parut pada paru pun minimal.

Pada infeksi yang disebabkan oleh *streptococcus aureus*, kerusakan jaringan disebabkan oleh berbagai enzim dan toksin yang dihasilkan oleh kuman. Perlekatan *staphylococcus aureus* pada sel mukosa melalui teichoid acid yang terdapat pada dinding sel dan paparan di submukosa akan meningkatkan adhesi dari fibrinogen,fibronektinkolagen, dan protein yang lain. Strain yang berbeda dari *staphylococcus aureus* akan menghasilkan faktor-faktor virulensi yang berbeda pula, factor tersebuat mempunyai satu atau lebih kemampuan dalam melindungi kuman dari pertahanan tubuh penjamu, melokalisir infeksi, menyebabkan kerusakan jaringan lokal dan bertindak sebagai toksin yang memengaruhi jaringan yang tidak terinfeksi.

Menurut Price dan Wilson (2006), perjalanan penyakit pneumonia dapat digambarkan dalam empat fase yaitu:

a. Fase kongesti terjadi antara 4-12 jam pertama, dimana eksudat serosa masuk kedalam alveoli melalui pembuluh darah yang mengalami dilatasi dan bocor.
b. Fase hepatisasi merah, paru tampak merah dan bergranula seperti hepar karena sel-sel darah merah, fibrin dan leukosit PMN mengisi alveoli yang terjadi 48 jam berikutnya.
c. Fase hepatisasi kelabu terjadi setelah 3-8 hari, paru tampak kelabu karena leukosit dan fibrin mengalami konsolidasi didalam alveoli yang terserang.

d. Fase resolusi terjadi pada hari ke-8 sampai hari ke-11 dimana eksudat mengalami lisis dan direabsorbsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali pada struktur semula.

Seseorang yang terkena pneumonia akan mengalami gangguan pada proses ventilasi yang disebabkan karena penurunan volume paru. Untuk mengatasi gangguan ventilasi tubuh akan berusaha melakukan kompensasi dengan meningkatkan volume tidal dan frekuensi napas sehingga secara klinis terlihat takipnea dan dyspnea dengan tanda-tanda upaya inspirasi. Akibat penurunan ventilasi maka rasio optimalantara ventilasi perfusi tidak tercapai (*ventilation perfusion mismatch).* Selain itu dengan berkurangnya volume paru secara fungsional karena proses inflamasi, akan mengganggu proses difusi dan menyebabkan gangguan pertukaran gas yang dapat mengakibatkan terjadinya hipoksia atau bahkan gagal napas.

6. Manifestasi klinik

Tanda-tanda klinis utama pneumonia menurut (Betz dan Sowden, 2009).

a. Batuk
b. Takipnea
c. Pucat atau sianosis
d. Retraksi dinding toraks : intercostal, substernal, diafragma, atau suprakalvikula
e. Napas cuping hidung
f. Nyeri abdomen
g. Demam
h. Terdengar suara tambahan Ronchi
i. Sakit kepala
j. Sesak napas
k. Mengigil

l. Berkeringat.

7. Tes diagnostik

Penderita pneumonia perlu dilakukan pemeriksaan penunjang guna memperolah diagnosis yang akurat (brunner & suddart, 2013).

a. Pemeriksaan rontgen: dapat terlihat infiltrate pada paru.
b. Laboratorium:
   1) AGD (analisa 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) Bilirubin: dapat meningkat.
   5) Kultur sputum: terdapat mikroorganisme penyebab didapatkan lebih dari satu jenis kuman, seperti *Displococcus Pneumonia, Staphylococcus Aureus,* dan *Haemophilus Influenza.*

8. Penatalaksanaan medik

a. Antibiotic diresepkan berdasarkan pewarnaan gram dan pedoman antibiotic (pola resistensi,factor resiko,etiologi harus dipertimbangkan). Terapi kombinasi dapat juga digunakan.
b. Terapi suportif mencakup hidrasi, antipiretik, medikasi antitusif, antihistamin, atau dekogestan nasal.
c. Tirah baring direkomendasikan sampai infeksi menunjukkan tanda-tanda bersih.
d. Terapi oksigen diberikan untuk terapi hipoksemia.
e. Bantuan pernapasan mencakup konsentrasi oksigen inspirasi yang tinggi, intubasi endotrakea, dan ventilasi mekanis.

f. Terapi etelaktasis, efusi pleura, syok, gagal napas, atau superinfeksi dilakukan jika perlu.

9. Komplikasi

Menurut Misnadiarly (2008) komplikasi yang sering terjadi menyertai pneumonia adalah:

a. Meningitis.
   Terjadi saat virus atau bakteri masuk dalam darah dan menyebar ke otak.
b. Empisema (peradangan di paru)
   Peradangan terjadi karena kuman atau bakteri berhasil di lokalisasi oleh pertahanan tubuh namun tidak dapat di basmi akhirnya muncul nanah dan mengumpul di antara paru paru dan dinding dada
c. Infeksi darah**.**
   Kondisi ini terjadi akibat adanya bakteri yang masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ lain. Infeksi darah berpotensi menyebabkan terjadinya gagal organ.
d. Efusi pleura
   yaitu kondisi dimana cairan memenuhi ruang di sekitar paru.
e. Gagal napas
   Terjadi karena ketidakmampuan tekanan parsial O_2 dan CO_2 di dalam darah
f. Abses paru
   Terjadi karena suatu jaringan lokal mengalami nekrosis supurstiva dalam paru.
g. Atelaktasis
   terjadi karena berkurangnya volume paru akibat tidak memadainya ekpansi rongga udara (kolaps) sehingga darah kurang teroksigenasi.

B. Konsep dasar keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas pasien: nama, alamat, jenis kelamin, umur, pekerjaan,dan jumlah anak.

b. Pola Gordon yang meliputi:

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Data subyektif: lingkungan berdebu, polusi udara, merokok, menghrup asap rokok,rumah yang kurang ventilasi, adanya anggota keluarga yang pernah mengalami pneumonia, tidak mendapat vaksinasi yang lengkap.

Data obyektif: sesak napas, batuk berlendir, pernapasan cuping hidung, tidak mendapat pengobatan.

2) Pola nutrisi dan metabolic

Data subyektif: kehilangan nafsu makan, mual, muntah, penurunan berat badan malas makan.

Data obyektif: berat badan menurun, turgor kulit kering, distensi abdomen, mata cekung, demam.

3) Pola eliminasi

Data subyektif: riwayat diare, penurunan produksi urine.

Data obyektif: BAB encer, polyuria.

4) Pola aktivitas dan latihan

Data subyektif: kelelahan, keterbatasan melakukan aktivitas seperti: berdiri dan berlari

Data obyektif: kelemahan fisik, pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur.

5) Pola tidur dan istrahat

Data subyektif: susah tidur, lemah, gelisah, perasaan tidak enak.

Data obyektif: sesak, menguap, ekpresi wajah mengantuk.

6) Pola persepsi kognitif

Data subyektif: perasaan nyeri dada, sesak, demam, gelisah.

Data obyektif: gelisah bingung.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Data subyektif: ungkapan pasien htentang keadaan tubuhnya seperti; tidak mau makan, tidak mau minum, dan rasa nyeri.

Data obyektif: tampak pasien kurang bersabar, ketakutan dan gelisah.

8) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subyektif: tidak mau bicara gelisah, malas.

Data obyektif: tampak pasien lebih dekat dengan orang yang terdekat, diam..

9) Pola mekanisme koping dan toleransi stress

Data subyektif: tidak konsentrasi saat diajak bicara.

Data obyektif: gelisah, suka marah, dan cepat tersinggung.

10) Pola reproduksi dan seksualitas

Data subyektif: pakaian yang digunakan pasien dan aksesoris sesuai dengan jenis kelamin.

Data obyektif: perilaku yang engeng dan manja.

11) Pola nilai kepercayaan

Data subyektif: kebiasaan pasien dalam menjalani ibadah dan tanggapan pasien terhadap agama

Data obyektif: berdoa, belajar, mengaji, dan agama yang dianut.

2. Diagnose keperawatan

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

b. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penrunan fungsi, jaringan paru sekunder akibat konsolidasi, peningkatan secret.
d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis.
e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidaksimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen.
f. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan proses inflamasi dalam alveoli.

3. Intervensi 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 di sebelah 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 °C)
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 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) Berat Badan 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 pemberian makanan 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, ketidakseimbangan antara 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 care). 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:

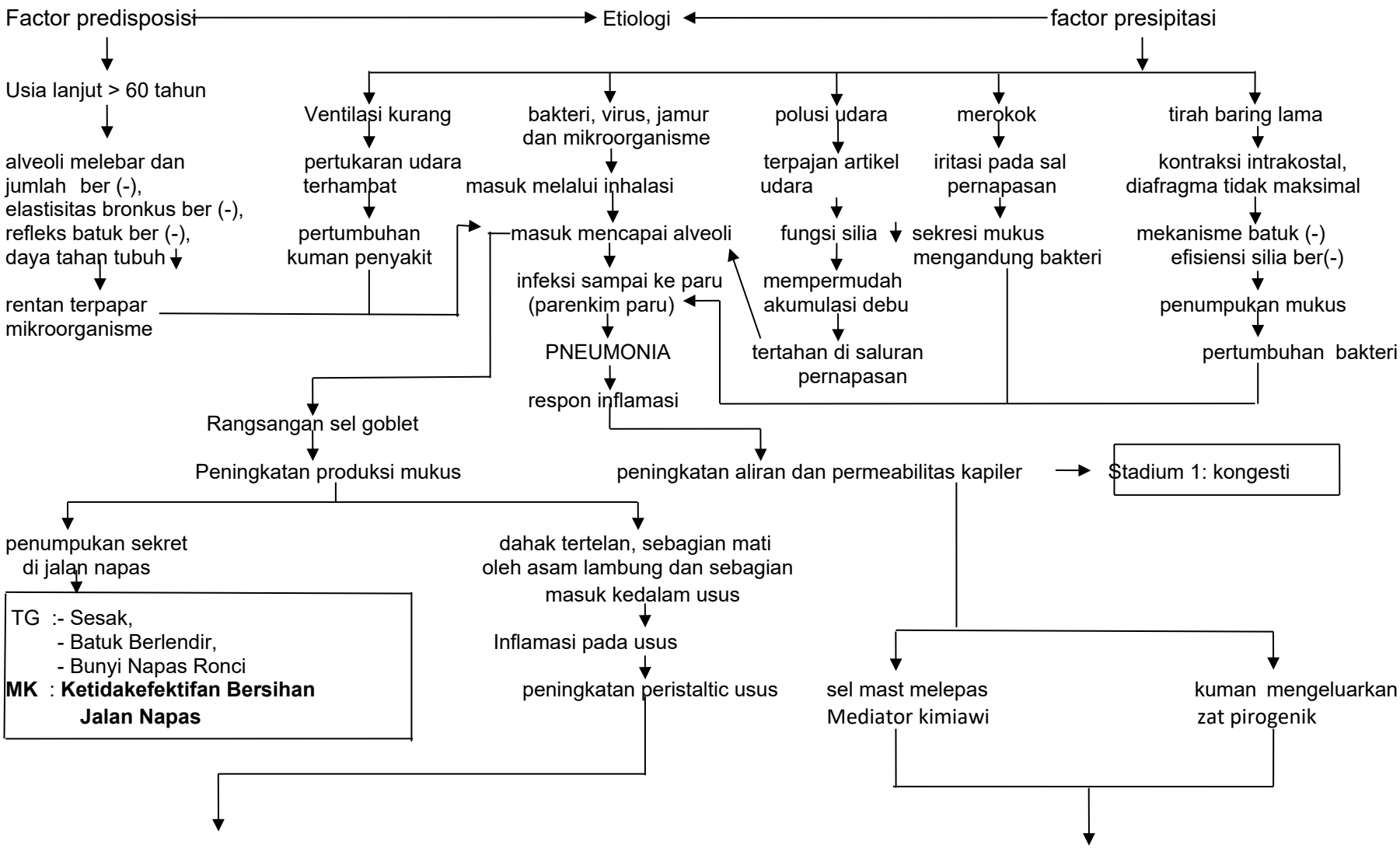
1) kaji frekuensi, kedalaman dan kemudahan bernapas dan ekspansi paru
2) auskultasi bunyi napas dan catat adanya bunyi napas tambahan
3) tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi
4) observasi pola batuk dan karakter secret.
5) Bantu pasien napas dalam dan latihan batuk efektif'
6) kolaborasi pemberian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

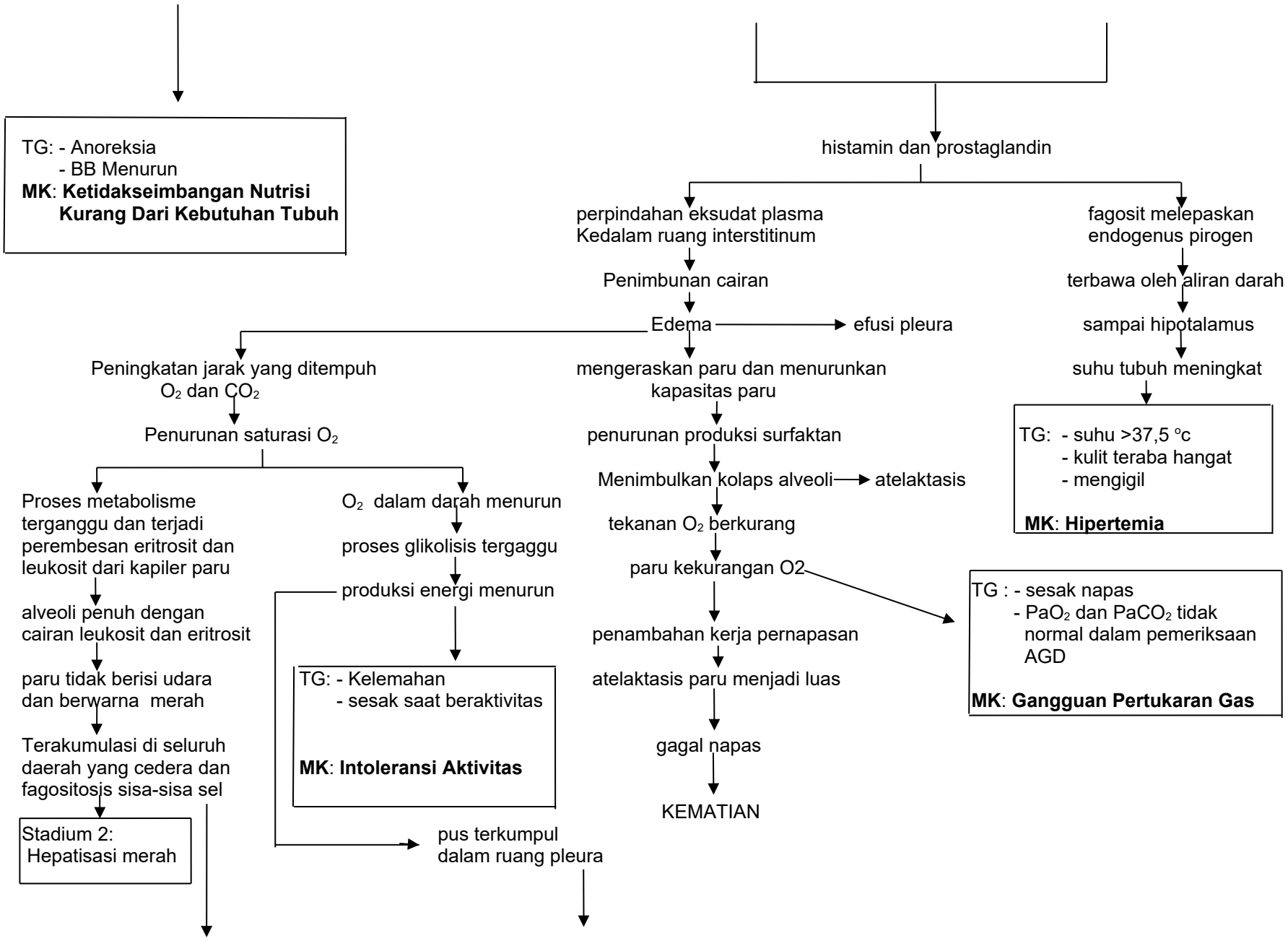
4. Discharge planning

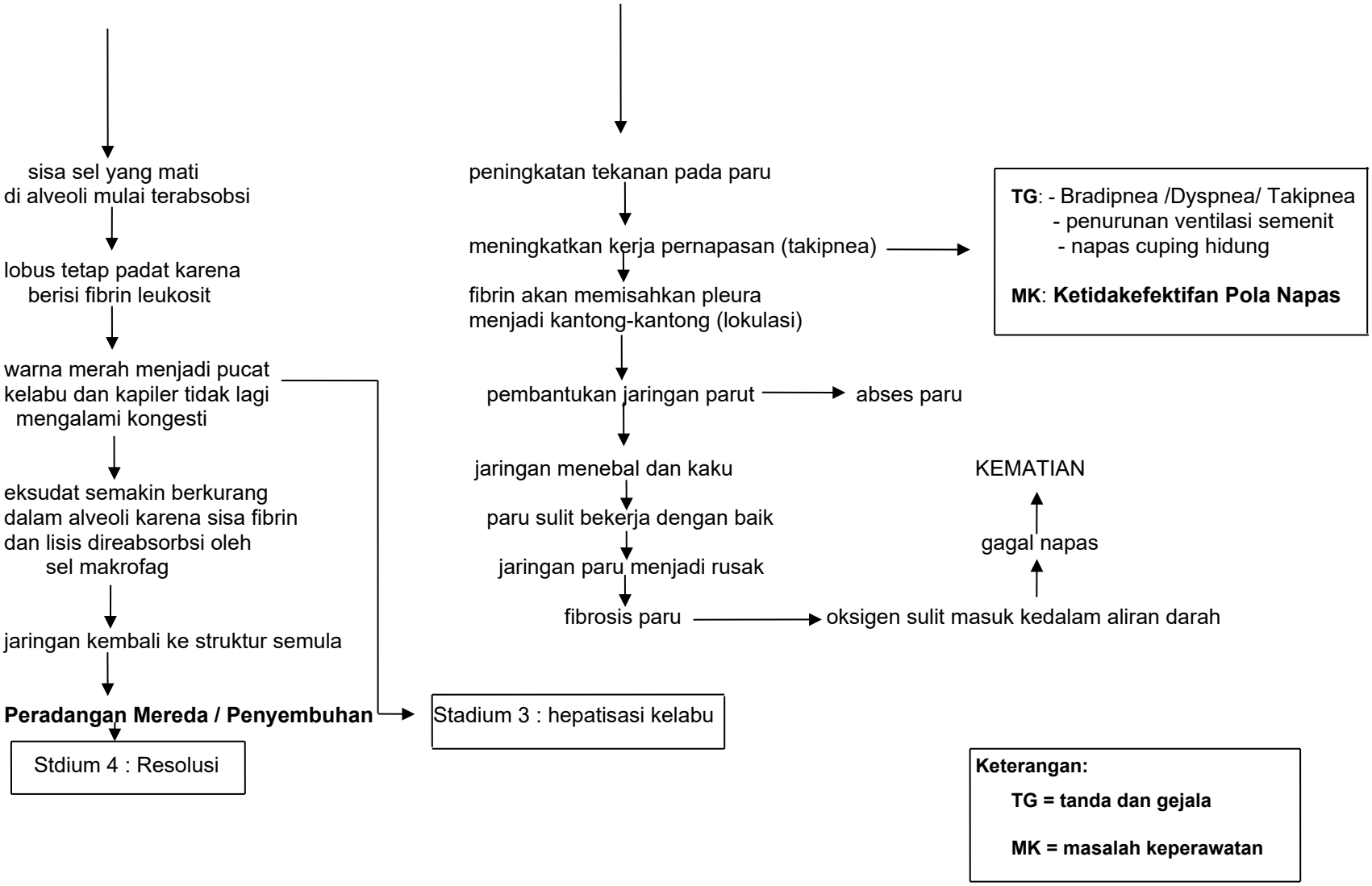
Setelah pasien pulang perawat perlu memberikan penjelasan mengenai tindakan apa yang seharusnya dilakukan saat pulang, yaitu:

a. Jelaskan pada keluarga pasien tentang penyebab, tanda dan gejala, serta cara penanggulangan penyakit pneumonia di rumah.
b. Anjurkan pasien menghindari merokok, polusi udara, debu, karena dapat menyebabkan penyakit pneumonia yang berulang.
c. Anjurkan pasien melakukan control yang sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan.
d. Anjurkan keluarga memberikan kompres hangat apabila pasien demam dan berikan air minum hangat saat pasien batuk untuk mengencerkan secret pada saluran pernapasan.
e. Berikan informasi cara melakukan batuk efektif saat pasien batuk di rumah.

C. Patoflowdiagram




TG: - Anoreksia
- BB Menurun
MK: Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh
histamin dan prostaglandin
perpindahan eksudat plasma Kedalam ruang interstitinum
fagosit melepaskan endogenus pirogen
Penimbunan cairan
terbawa oleh aliran darah
Edema
efusi pleura
sampai hipotalamus
Peningkatan jarak yang ditempuh O2 dan CO2
mengeraskan paru dan menurunkan kapasitas paru
suhu tubuh meningkat
TG: - suhu >37,5 °c
- kulit teraba hangat
- mengigil
MK: Hipertemia
Penurunan saturasi O2
penurunan produksi surfaktan
Menimbulkan kolaps alveoli
atelaktasis
Proses metabolisme terganggu dan terjadi perembesan eritrosit dan leukosit dari kapiler paru
O2 dalam darah menurun
tekanan O2 berkurang
proses glikolisis tergaggu
paru kekurangan O2
alveoli penuh dengan cairan leukosit dan eritrosit
produksi energi menurun
TG : - sesak napas
- PaO2 dan PaCO2 tidak normal dalam pemeriksaan AGD
MK: Gangguan Pertukaran Gas
penambahan kerja pernapasan
paru tidak berisi udara dan berwarna merah
TG: - Kelemahan
- sesak saat beraktivitas
MK: Intoleransi Aktivitas
atelaktasis paru menjadi luas
Terakumulasi di seluruh daerah yang cedera dan fagositosis sisa-sisa sel
gagal napas
Stadium 2: Hepatisasi merah
pus terkumpul dalam ruang pleura
KEMATIAN


sisa sel yang mati
di alveoli mulai terabsobsi
lobus tetap padat karena
berisi fibrin leukosit
warna merah menjadi pucat
kelabu dan kapiler tidak lagi
mengalami kongesti
eksudat semakin berkurang
dalam alveoli karena sisa fibrin
dan lisis direabsorbsi oleh
sel makrofag
jaringan kembali ke struktur semula
Peradangan Mereda / Penyembuhan
Stdium 4 : Resolusi
Stadium 3 : hepatisasi kelabu
peningkatan tekanan pada paru
meningkatkan kerja pernapasan (takipnea)
TG: - Bradipnea /Dyspnea/ Takipnea
- penurunan ventilasi semenit
- napas cuping hidung
MK: Ketidakefektifan Pola Napas
fibrin akan memisahkan pleura
menjadi kantong-kantong (lokulasi)
pembantukan jaringan parut
abses paru
jaringan menebal dan kaku
paru sulit bekerja dengan baik
jaringan paru menjadi rusak
fibrosis paru
oksigen sulit masuk kedalam aliran darah
gagal napas
KEMATIAN
Keterangan:
TG = tanda dan gejala
MK = masalah keperawatan

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/umur: Ny.”A”/87 tahun

Unit/kamar: ICU/VIP 1

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Hasil yang Diharapkan (Noc)	Rencana Tindakan (Nic)
Selasa,17 April 2018	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kepatenan jalan napas dengan kriteria hasil: 1. Status pernapasan : kepatenan jalan napas. a. Frekuensi pernapasan dapat kembali ke kisaran normal (16-24 x/menit) b. Batuk dapat berkurang c. Kemampuan batuk dapat ditingkatkan d. Akumulasi sputum dapat berkurang.	1. Manajemen jalan napas a. posisikan pasien untuk meringankan sesak napas. b. Monitor status pernapasan dan oksigenasi sebagaimana mestinya. c. Kelola pengobatan sebagaimana mestinya. d. Instruksikan pasien bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. 2. Monitor pernapasan a. Auskultasi suara napas untuk dicatat b. Monitor keluhan sesak pasien c. Monitor kemampuan batuk efektif

Selasa,17 April 2018	Hipertermia berhubungan dengan Penyakit	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi, keparahan infeksi dengan kriteria hasil: 1. Keparahan infeksi a. Demam dapat turun kembali ke kisaran normal (36,5-37,5 ºc) b. Ketidakstabilan suhu kembali normal. c. Mengigil dapat diatasi.	1. Perawatan demam a. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya. b. Monitor suhu kulit c. Beri obat atau cairan IV misalnya antipiretik, agen bakteri, dan agen anti mengigil. 2. Pengaturan demam a. Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien b. Berikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol mengigil. c. Informasikan kepada pasien mengenai indikasi adanya kelelahan akibat panas.

Selasa,17 April 2018	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan koordinasi pergerakan	1. Terapi latihan mobilitas fisik a. Tentukan batas pergerakan sendi b. Jelaskan pada keluarga/ pasien manfaat

	neuromuscular	dengan kriteria hasil: 1. Koordinasi pergerakan a. Kontraksi kekuatan otot dapat meningkat. b. Kemamampuan dalam beraktivitas dapat dilakukan c. Gerakan kearah yang diinginkan dapat dapat dilakukan. d. Keseimbangan gerakan dapat dilakukan.	dan tujuan melakukan latihan sendi c. Lakukan latihan ROM pasif atau dengan bantuan, sesuai indikasi. d. Lindungi pasien dari trauma selama latihan e. Intruksikan keluarga cara melakukan latihan ROM. f. Tentukan perkembangan terhadap pencapaian tujuan. 2. Bantuan perawatan diri a. Monitor kemampuan perawatan mandiri b. Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri. c. Dorong kemandirian pasien, tapi bantu ketika pasien tak mampu melakukannya. d. Ajarkan keluarga untuk mendukung kemandiri dengan membantu ketika pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.

BAB III
TINJAUAN KASUS

Ny.”A” berumur 87 tahun dengan, BB 45 kg masuk Rumah Sakit Stella Maris Di Ruang ICU-ICCU (VIP) tanggal 14 April 2018. Diagnosa medik saat pengkajian adalah Pneumonia dengan keluhan utama sesak napas dan batuk berlendir. Pengkajian dilakukan tanggal 17 April 2018 jam 15.30 WITA. Pada saat pengkajian pasien tampak sesak, batuk berlendir berwarna kekuningan, dan akral teraba hangat. TTV : TD =160/80 mmHg, N = 94 x/menit, S = 38 °C, P = 28 x/menit, Spo2 = 98 %. Di rumah sakit pasien dilakukan pemeriksaan darah rutin dan didapatkan WBC = 12,8 mg/dl, RBC = 4.3 10^3/uL, HGB = 13.4 g/dl, HCT = 38.20 %, MCH = 31.2 pg. Pemeriksaan foto thoraks pada tanggal 15 april 2018 didapatkan : Pneumonia Bilateral dan Efusi Pleura Minimal Bilateral. Adapun terapi yang diberikan adalah terapi cairan RL 500 cc 20 tetes/menit. Terapi obat-obatan : epexol 5 ml /8 jam /oral, fixacep 200mg /12 jam/ oral, paracetamol 10 mg /12 jam/ iv.

Berdasarkan hasil pengkajian pada ny.”A” penulis mengangkat diagnosa keperawatan sesuai prioritas : Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan, Hipertermia berhubungan dengan penyakit, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Mari' Marissa Nanda NIM : E1514401029

Unit : ICU Autoanamnese : √

Kamar : ICCU (VIP) Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 14-04-2018

Tanggal Pengkajian : 17-04-2018

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Nama initial : Ny."A"
      Umur : 87 Tahun
      Jenis kelamin : Perempuan
      Status perkawinan : Janda
      Jumlah anak : 3
      Agama/suku : budha/China
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan: Bahasa Indonesia
      Pendidikan : SD
      Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
      Alamat rumah : Jl. Bonto Mangape
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Ny. "S"
      Umur : 48 Tahun
      Alamat : Jl. Sultan Hasanudin
      Hubungan dengan pasien : Anak
2. Data Medik
   Diagnosa medik:
   Saat masuk : Dispnea + Kesadaran Menurun
   Saat pengkajian : Pneumonia

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

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

Alasan: tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak pasien sesak dengan pernapasan 28x/menit, pasien tampak terpasang O_2 nasal kanul 4 lliter, NGT, monitor jantung, infus RL 500 cc 20 tetes/ menit pada tangan kanan dan terpasang kateter, tampak Spo2 = 98%

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (Kualitatif) : Kompos Mentis

Skala Koma Glasgow (Kualitatif)

a) Respon motorik : 5

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 14

Kesimpulan : Pasien Tidak Koma

2) Tekanan darah : 160/80 mmHg

MAP : 106,6 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

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

4) Pernapasan : 28 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stroke

Jenis : ☐ Dada ☑ Perut

5) Nadi : 94 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas :18 cm

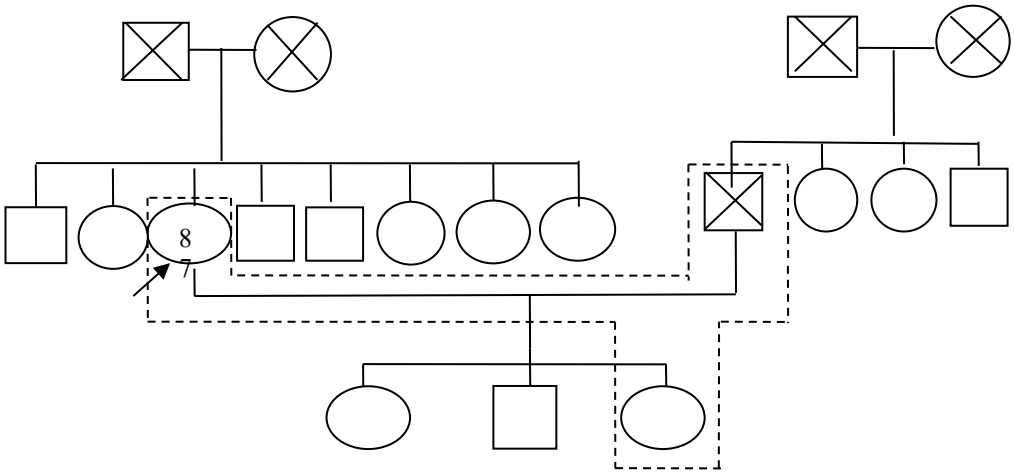
2) Tinggi badan :45 kg

3) Berat badan :150 cm

4) IMT (Indeks Massa Tubuh): 20 kg

Kesimpulan : berat badan ideal

d. Genomlam



Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Pasien

: Tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sangat menjaga kesehatannya dengan rajin mengkomsumsi vitamin C, keluarga pasien mengatakan pasien sering sakit kepala dan flu, keluarga pasien mengatakan saat pasien sakit ia hanya membeli obat di kios dekat rumahnya, keluarga mengatakan pasien pernah tirah baring lama karena stroke, keluarga mengatakan pasien sering-sering batuk sejak keluar dari rumah sakit, keluarga pasien mengatakan lingkungan tempat tinggal pasien dekat jalan raya dan banyak terpapar debu.

2) Riwayat penyakit saat ini
   a) Keluhan utama
      Sesak nafas
   b) Riwayat keluhan utama

      Keluarga mengatakan pasien tiba-tiba sesak di rumah sejak ± 1 hari yang lalu saat duduk di teras sewaktu keluarga menyapu halaman, Keluarga mengatakan sesak bertambah parah saat sore hari disertai demam sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Mlestelina untuk mendapat pertolongan karena pasien sangat sesak dalam perjalanan, pasien diberi O_2 kemudian keluarga meminta rujukan ke Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 14 April 2014 karena keluarga mengatakan saat ada keluarga sakit ia tidak mau ke rumah lain selain RS Stella Maris. Saat pengkajian keluarga mengatakan pasien masih sesak disertai batuk berlendir dan dahak berwarna putih kuningan sejak 3 hari yang lalu, pasien sulit mengeluarkan lendir, disertai demam, menggigil serta demamnya naik turun, tampak pasien mengigil, tampak badan teraba hangat, tampak pasien batuk berlendir. Tampak pasien tidak mampu mengeluarkan lendir saat batuk.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

   Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di rumah sakit ±10 tahun yang lalu karena stroke dan DM, dan pasien juga pernah dirawat dengan Imbalance Elektrolit ±1 bulan yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga

   Keluarga mengatakan ayah pasien meninggal karena stroke ±10 tahun yang lalu, ibu pasien meninggal karena DM

± 5 tahun yang lalu, dan suami pasien meninggal karena stroke ± 1 minggu yang lalu.

5) Pemeriksaan fisik
   a) Kebersihan rambut : Tampak lepek dan beruban
   b) Kulit kepala : Tampak kotor
   c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
   d) Higine rongga mulut : Tampak kotor,lidah tampak putih
   e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
   f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit.

   Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari dengan menu nasi, ikan dan sayur-sayuran, keluarga mengatakan pasien sangat menyukai makanan yang manis-manis, dalam sehari pasien dapat minum air putih sebanyak 6-7 gelas/hari, dan minum segelas susu atau teh dipagi hari, serta BB pasien sebelum sakit 45 kg.

2) Keadaan sejak sakit.

   Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien makan dan minum melalui NGT, keluarga mengatakan NGT pasien terpasang sejak masuk di rumah sakit Mlestelina sejak 3 hari yang lalu, pasien hanya makan sesuai dengan makanan yang disediakan rumah sakit dengan rincian bubur saring 3x200cc/ 24 jam, susu 2x200cc/ 24 jam, air putih 5x50cc/ 24 jam serta diberi diet tinggi kalori dan tinggi protein.

3) Observasi

   Tampak pasien makan dan minum melalui NGT 5 kali/24 jam dengan rincian bubur saring ±600 cc/24 jam, susu ±400 cc/24 jam, dan air putih ± 250 cc/24 jam.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak beruban dan berminyak
b) Hidrasi kulit :Tampak kembali dalam ≤3 detik
c) Palpebra/conjungtiva:Tampak tidak edema/ tidak anemis
d) Sclera :Tampak tidak ikterik
e) Hidung :Tampak septum berada di tengah
f) Rongga mulut : Tercium bau
g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak beberapa gigi tanggal
i) Gigi palsu : Tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras :Pasien tidak mampu mengunyah keras.
k) Lidah :Tampak kotor bewarna putih
l) Pharing :Tampak tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening :Tampak tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis :Tampak tidak ada pembesaran
o) Abdomen
   (1) Inspeksi : Tampak datar dan tidak asites
   (2) Peristaltik usus : Peristaltic 12x/ menit
   (3) Palpasi : Tidak nyeri tekan, tidak teraba adanya benjolan
   (4) Perkusi : Terdengar thympani
p) Kulit
   (1) Edema : [ ] Positif [√] Negatif
   (2) Icterik : [ ] Positif [√] Negatif
   (3) Tanda-tanda radangan : Tampak tidak ada tanda-tanda peradangan
q) Lesi : Tampak tidak ada lesi pada kulit

c. Pola Eliminasi
   1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit BAB pasien lancar dengan frekuensi 1 kali sehari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan, keluarga mengatakan pasien BAK ± 5-6 kali sehari berwarnah kuning jernih, dan tidak ada keluhan pasien saat BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien BAK dengan bantuan kateter dengan warna urine kuning jernih, keluarga pasien mengatakan pasien BAB kadang 1 kali/ 2 hari dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan, dan tidak ada keluhan pasien saat BAB.

3) Observasi

Tampak pasien BAK melalui kateter dengan frekuensi 1500cc/ 24 jam.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 12x/menit
b) Palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ penuh ☑ kosong
d) Mulut ureta :Tidak dikaji
e) Anus :
   (1) Peradangan : Tidak peradangan
   (2) Hemoroid : Tidak ada
   (3) Fistula : Tidak ada

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien masih mampu melakukan kegiatannya di rumah seperti mencuci, mandi dan membersihkan rumah, keluarga pasien mengatakan pasien jarang berolahraga atau pergi rekreasi, ketika pasien ada waktu luang pasien hanya menonton di rumah dan kumpul bersama keluarga.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mampu lagi melakukan aktivitasnya seperti biasanya, pasien dibantu oleh perawat atau keluarga dalam memenuhi kebutuhannya, pasien tidak mampu untuk menggerakkan anggota tubuhnya bagian kiri, pasien pernah bedrest selama 2 tahun karena stroke.

3) Observasi

Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuhnya bagian kiri, tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam melakukan mobilisasi di tempat tidur dan tampak pasien tidak bisa bergerak ke arah yang diinginkan.

a) Aktivitas harian

(1) Makan : 1
(2) Mandi : 2
(3) Pakaian : 2
(4) Kerapian : 2
(5) Buang air besar : 2
(6) Buang air kecil : 1
(7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3:Bantuan alat dan orang
4 : Bantuan penuh

b) Postur tubuh :Tidak dikaji karena pasien bedrest

c) Gaya jalan :Tidak dikaji karena pasien bedrest

d) Anggota gerak yang cacat: Tampak tidak ada

e) Fiksasi :Tampak tidak ada

f) Tracheostomy :Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

(1) Berbaring : 160/80 mmHg
(2) Duduk : - mmHg

(3) Berdiri : - mmHg

Kesimpulan: Hipotensi Ortostatik: [ ] Positif [ ] Negatif

b) HR : 96 x/menit

c) Kulit:

(1) Keringat dingin:Tampak pasien berkeringat dingin

(2) Basah : Tampak kulit pasien basah

d) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku: kembali dalam ≤3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi

(a) Bentuk Thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

(b) Retraksi interkosta: Tampak tidak ada

(c) Sianosis : Tidak ada

(d) Stridor : Tidak terdengar

(2) Palpasi

(a) Vocal premitus : Getaran keduan paru sama

(b) Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi : [ ] Sonor [√] Redup [ ] Pekak

Lokasi : Kedua lapang paru bagian bawah

(4) Auskultasi

(a) Suara napas :Bronchial

(b) Suara ucapan :Bronchoponi

(c) Suara tambahan :Terdengar ronchi dikedua lapang paru bagian bawah

g) Jantung

(1) Inspeksi

(a) Ictus Cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi

(a) Ictus Cordis : Teraba pada ICS V *Linea Midclavicularis Sinistra*

(3) Perkusi

(a) Batas atas jantung :*Linea Sternalis Sinistra*

(b) Batas bawah jantung :*Linea Medio Clavicularis Sinstra*

(c) Batas kanan jantung :*Linea Sternalis Dekstra*

(d) Batas kiri jantung :*Linea Axilaris Sinistra*

(4) Auskultasi

(a) Bunyi jantung IIA : Tunggal, ICS II *Linea Sternalis Dekstra*

(b) Bunyi jantung IIP : Tunggal, ICS II *Linea Sternalis Sinistra*

(c) Bunyi jantung IT : Tunggal, ICS IV *Linea Sternalis Sinistra*

(d) Bunyi jantung IM : Tunggal, ICS V *Linea Medio Clavicularis Sinistra*

(e) Bunyi Jantung III Irama Gallop : Tidak terdengar

(f) Murmur : Tidak terdengar

(g) Bruit Aorta : Tidak terdengar

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot [ ] Positif [√] Negatif

(2) Rentang gerak : Tidak terbatas

(a) Kaku sendi : Tidak ada

(b) Nyeri sendi : Tidak ada

(c) Fraktur : Tidak ada

(d) Parese : Tubuh bagian kiri

(e) Paralisis : Tidak ada

(3) Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	3

Kaki 5 3

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh.

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain.

Nilai 3 :Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekan.

Nilai 2 :Mampu menahan gaya mlavitasi tapi dengan sentuhan akan jauh.

Nilai 1 :Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan.

Nilai 0 :Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak.

(4) Refleks Fisiologis : Bicep (kanan +, kiri -),Tricep (+,-),Patella (+,-), achiles (+,-)

(5) Reflex patologis : Negatif

(a) Babinski kiri : [ ] Positif [√] Negatif

Kanan : [ ] Positif [√] Negatif

(b) Clubbing jari-jari : Tidak ada

(c) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna veterbalis

(1) Inspeksi [—] Lordosis [—] Kiposis [—] Scoliosis

(2) Palpasi : Nyeri tekan tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pola pola tidur pasien baik, keluarga mengatakan pasien tidur malam hari mulai dari pukul 22.00 – 04.00 WITA atau ± 6-7 jam dan tidur siang ± 1-2 jam, pasien menggunakan AC dirumah saat tidur, dan pasien suka tidur dengan suasana gelap.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien sering gelisah saat malam, pasien tidur ± 4-5 jam saat malam dan ±1-2 jam saat siang hari, dan pasien sering terbangun saat malam hari karena batuk.

3) Observasi

Tampak pasien tidur dengan posisi semifowler.

a) Ekspresi wajah mengantuk: [ ] Positif [√] Negatif
b) Banyak menguap : [ ] Positif [√] Negatif
c) Palpebral inferior bewarna gelap: [ ] Positif [√] Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan mampu mendengar dengan baik, dapat merasakan panas atau dingin, pasien dapat merasakan manis, pahit, asin, dapat mencium bau minyak kayu putih, dan tidak ada gangguan pada panca indra, pasien mengatakan tidak pernah menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit penglihatan agak kabur, mampu mendengar dengan baik, dan mampu mencium bau- bauan seperti minyak kayu putih.

3) Observasi

Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat pada jarak ± 35 cm, dan pasien tidak menggunakan kacamata.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak jernih
(2) Pupil : Tampak isokor
(3) Lensa mata : Tampak jernih
(4) Tekanan intra okuler (TIO) : sama kenyal kiri kanan.

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak simetris
(2) Kanali : Tampak bersih tidak ada serum
(3) Membran timpani : Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan tungkai

Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada lengan dan tungkai kanan.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki karakter yang tegas, meskipun sudah tua ia tetap memiliki tanggung jawab terhadap anak-anaknya sebagai orang tua, dan tetap semangat meskipun sudah tidak didampingi oleh suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit badannya terasa lemas dan merasa pusing tidak bisa melakukan aktivitasnya seperti biasa, Pasien hanya terbaring di tempat tidur dan tidak bisa menjalankan perannya sebagai IRT, dan selalu ingin cepat pulang kerumahnya.

3) Observasi

Pasien tampak lebih banyak diam saat ditanya keluhannya.

a) Kontak mata : Tampak ada kontak mata
b) Rentang perhatian : Perhatian kurang
c) Suara dan cara bicara :Terdengar tidak jelas dan pelan
d) Postur tubuh :Tidak dikaji karena pasien bedrest

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh :Tidak dikaji karena pasien bedrest
c) Kulit : Tampak bersih tidak ada lesi

h. Pola Persepsi dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia tinggal bersama anak perempuannya, ia memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan keluarga serta para tetangganya ataupun masyarakat dilingkungan tempat tinggalnya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga, perawat dan pasien lainnya terjalin dengan baik, banyak keluarga atau tetangga datang menjenguk dan mendoakan, pasien mengatakan ia berperan sebagai orang tua dari anak-anaknya.

3) Observasi

Tampak komunikasi pasien dengan keluarganya dan perawat baik, Tampak pasien dijaga oleh ketiga anaknya, tampak pasien dijenguk oleh beberapa kerabatnya.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia memiliki 3 orang anak, Pasien sudah lama monopouse ±40 tahun lalu, dan tidak ada masalah atau keluhan pada bagian reproduksi.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada keluhan atau masalah yang berhubungan dengan sistem reproduksi.

3) Observasi

Tampak tidak ada penyimpangan selama pasien dirawat dan pasien memakai pakaian serta aksesoris sesuai dengan jenis kelamin.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji pasien menolak

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jika mengalami masalah ia bisa mengontrol diri dan selalu bercerita dengan suami dan anaknya dan mengalihkan amarahnya dengan menonton TV dan bercerita dengan suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa cemas memimikirkan penyakitnya dan hanya bisa berpasrah kepada Tuhan Yang Maha Esa.

3) Observasi

Tampak ekpresi wajah pasien datar dan sering diam.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia menganut agama Budha, serta rajin berdoa dan mengikuti setiap ritual yang sesuai dengan adat dan kenyakinan yang dianutnya

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak pernah lagi melukakan setiap ritual yang berhubungan dengan agama yang dianut dan sering berdoa tetapi hanya dalam hati saja.

3) Observasi

Tampak pasien tidak melakukan kegiatan ibadah.

5. Uji Saraf Kranial
   a. NI : Olfactorius
      Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih
   b. N II : Optikus
      Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 35 cm, pasien tidak menggunakan kacamata
   c. N III, IV, VI : Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens.
      Pasien mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah,Tampak pasien mampu menggerakkan bola mata kesegalah arah, Tampak refleks isokor ketika melihat cahaya
   d. N V : Trigeminus
      Sensorik: pasien merasakan goresan kapas/tisu pada dahi,pipi dan dagu dan Motorik :pasien tidak mampu mengunyah keras.
   e. N VII : Facialis
      Sensorik: pasien mampu mengecap asin, manis dan pahit dan Motorik: pasien mampu mengangkat alis tapi tidak simetris, mampu mencucurkan bibir tetapi mencong kekiri.
   f. N VIII : Vestibulo – Acustikus
      Vestibularis :Tidak dikaji karena pasien bedrest.
      Acustikus :Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat.
   g. N IX : Glossopharingeus
      Tampak ovula berada berada ditengah.
   h. N X : Vagus
      Pasien mampu menelan saat diberi obat batuk.
   i. N XI : Accassorius
      Pasien bisa mengangkat bahu kanan dan kiri tapi tidak seimbang.
   j. N XII : Hypoglossus.
      Pasien mampu menjulurkan lidah, pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan dengan lidah tetapi tidak kuat pada pipi kiri.

6. Pemeriksaan Penunjang.

a. Pemeriksaan laboratorium

Nama/ umur: Ny.”A” / 87 tahun

Tgl.Pemeriksaan:16/04/2018

Ruang / kamar: ICU / VIP – 1

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	12.8	+	10^3/uL	[4.8 – 10.8]
RBC	4.3	-	10^3/uL	[4.7 – 6.1]
HGB	13.4	-	g/dl	[14 – 18]
HCT	38.20	-	%	[42 – 52]
MCV	88.8		fL	[80 – 99]
MCH	31.2	+	pg	[27 – 31]
MCHC	35		g/dL	[33 – 37]
PLT	304		10^3/uL	[150 – 450]
RDW – CV	14.5		%	[11.5 –14.5]
PDW	9.3		fL	[9 – 13]
MPV	8.2		fL	[7.2 – 11.1]
P – LCR	13.5	-	%	[15 – 25]
NEUT %	69.3		%	[40 – 74]
LYM %	18.4	-	%	[19 – 48]
MXD %	12.3		%	[4 – 18]
NEUT #	8.1	+	10^3/uL	[1.5 – 7]
LYM #	2.2		10^3/uL	[1 – 3.7]
MXD #	1.5	+	10^3/uL	[0 – 1.2]

b. Pemeriksaan fhoto thoraks

Tgl.pemeriksaan:15/04/ 2018

Kesan:

Pneumonia Bilateral dan Efusi Pleura Minimal Bilateral

7. Terapi
    a. Fixacep tablet 200 mg 2x1/oral
    b. Epexol syrup 5 ml 3x1/oral
    c. Paracetamol tablet 500 mg 3x1/oral
    d. Cairan infus RL 500 cc (20 tetes/ menit)
    e. Terapi oksigen 4 liter nasal kanul.

B. Analisa Data

Nama/umur : Ny. “A”/87 tahun

Unit/kamar : ICU/VIP 1

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Keluarga mengatakan pasien tiba tiba sesak di rumah sejak ± 1 hari yang lalu - keluarga mengatakan sesak bertambah parah saat sore hari disertai demam. - keluarga mengatakan pasien masih sesak disertai batuk berlendir dan dahak berwarna putih kuningan sejak 3 hari yang lalu, pasien sulit mengeluarkan lendir. DO : - Tampak pasien sesak dengan pernapasan 28x/menit. - Pasien tampak terpasang O_2 nasal kanul 4 lliter, - Tampak pasien batuk berlendir. - Tampak TTV : TD= 160/80 mmHg P = 28x/menit. N = 94 x/menit S = 38 ºC - Tampak irama pernapasan takipnea - Tampak pasien tidak mampu mengeluarkan lendir saat - Terdengar redup saat perkusi pada batuk. - Kedua lapang paru bagian bawah - Terdengar ronchi pada seluruh lapang paru bagian bawah. - Tampak foto thoraks: pneumonia bilateral dan efusi minimal bilateral. - Tampak WBC: 12.8 10^3/µl HGB :13.4 g/dl	Mukus berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas.
2	DS : - Keluarga mengatakan sesak pasien memberat saat sore hari disertai demam. - keluarga mengatakan pasien juga masih demam, menggigil serta demamnya naik turun	Penyakit	Hipertermia

3.	DO : - Tampak pasien mengigil. - Tampak badan teraba hangat - Tampak TTV : TD=160/80 mmHg S = 38 ºC N= 94 x/menit P = 28 x/menit - Tampak pasien berkeringat dingin - Tampak kulit pasien basah - Tampak WBC = 12.8 10^3/µl. - Tampak hasil foto thoraks : Pneumonia bilateral DS : - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mampu lagi melakukan aktivitasnya seperti biasanya. - keluarga mengatakan pasien dibantu oleh perawat atau keluarga dalam memenuhi kebutuhannya. - keluarga mengatakan pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuhnya bagian kiri karena memiliki riwayat stroke ±10 tahun lalu, dan bedrest selama 2 tahun karena stroke. DO: - Tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuhnya bagian kiri dan dibantu oleh keluarga dalam melakukan mobilisasi di tempat tidur. - Tampak aktivitas harian seperti: Makan : 1 Mandi : 2 Pakaian : 2 Kerapihan: 2 Buang air besar :2 Buang air kecil :1 Mobilisasi tempat tidur : 2 - Tampak uji kekuatan otot Kanan | kiri Tangan 5 | 3 Kaki 5 | 3 - Tampak pasien tidak bisa bergerak ke arah yang diinginkan. - Tampak ada parese pada bagian tubuh kiri. - Tampak rambut kotor	Gangguan Neuromuscular	Hambatan Mobilitas Fisik

C. Diagnosa Keperawatan

Nama /umur : Ny.”A”/ 87 tahun

Kamar /unit : ICU/ VIP 1

No.	Diagnosa keperawatan
1.	Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas berhubungan dengan Mukus Berlebihan.
2.	Hipertermia berhubungan dengan Penyakit
3.	Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuscular.

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama/umur: Ny.”A” /87 tahun

Unit/kamar: ICU / VIP 1

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama perawat
18/04/ 2018	I,II,III	07.00	Mengobservasi TTV: Hasil : TD =150/90 mmHg S = 37,7 °C N = 88 x/menit P = 28 x/menit	Marissa
	I	07.10	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak napas Hasil : tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler, pasien mengatakan sesak berkurang.	Marissa P. Lotha
	III	07.20	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri. Hasil : tampak pasien dimandikan oleh perawat, pasien mengatakan merasa nyaman setelah dimandikan. Tampak popok pasien diganti perawat.	Marissa P.Lotha
	III	07.30	Memberi makan pasien Hasil : tampak sonde bubur saring 200 cc, air putih 50 cc	Marissa
	I,II	07.45	memberikan obat pada pasien Hasil : pasien di beri obat epexol syr syr 5 ml / oral, fixacep 200 mg / oral, paracetamol 500 mg / oral	Marissa
	III	08.00	Melindungi pasien dari trauma selama latihan. Hasil : tampak tempat tidur memakai pagar, tampak perawat berdiri di sisi tubuh yang lemah.	Marissa
	III	08.05	Melakukan latihan ROM pasif. Hasil : pasien mengatakan belum mampu malakukan gerakan kearah yang diinginkan.	Marissa
	III	08.15	Menjelaskan kepada keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi Hasil: keluarga mengatakan mengerti dengan apa yang dijelaskan.	Marissa

	I	08.30	Mendengar suara napas untuk di catat. Hasil: terdengar ronchi pada lapang paru bagian bawah	Marissa
	I	08.35	Menginstruksikan pasien bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. Hasil: tampak pasien mempraktekkan cara batuk efektif.	Marissa
	I	08.50	Memonitor kemampuan batuk efektif pasien Hasil: tampak pasien mampu batuk tetapi belum efektif, pasien mengatakan lendir susah keluar, tampak pasien masih batuk berlendir.	Marissa
	I	08.55	Mendengar suara napas Hasil: terdengar suara ronchi berkurang setelah pasien batuk pada lapang paru bagian bawah.	Marissa
	I,II,III	09.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 150/ 80 mmHg S = 37,6 °C N = 89 x/menit P = 27 x/menit	Marissa
	II	09.10	Memberikan cairan IV sebagaimana mestinya Hasil: terpasang infus RL 500 cc 20 tetes/ menit	Marissa
	II	09.35	Memantau suhu kulit pasien. Hasil : tampak badan teraba hangat.	Marissa
	II	09.50	Memberikan medikasi yang tepat untuk mencegah mengigil atau mengontrol mengigil. Hasil: Tampak pasien diberi kompres hangat. pasien mengatakan masih demam.	Marissa
	II	10.05	Menutupi pasien dengan selimut atau pakaian ringan Hasil: pasien mengatakan rasa mengigil berkurang setelah ditutupi selimut.	Marissa
	III	10.25	Memonitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri mandiri. Hasil: pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri dan tetap, pasien mengatakan bisa	Marissa

			mengerakkan tangan tetapi tidak kuat	
	III	10.35	Memberikan makan pasien Hasil: Tampak sonde susu 200 cc, air putih 50 cc	Marissa
	III	11.00	Menentukan batas pergerakan sendi Hasil: tampak pasien tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kiri.	
	I	11.25	Memonitor kemampuan batuk efektif pasien Hasil: pasien mengatakan belum mampu melakukan batuk efektif.	Marissa
	I	11.30	Menginstruksikan bagaimana cara batuk efektif Hasil: pasien bisa mengikuti apa yang di ajarkan.	Marissa
	I	11.45	Mendengar bunyi napas pasien Hasil: terdengar ronchi kedua pada lapang paru bagian bawah.	Marissa
	I	11.50	Membuang sekret dengan batuk efektif Hasil: Tampak lendir keluar sedikit. Pasien mengatakan susah mengeluarkan lendirnya.	Marissa
	I,II,III	12.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 160/ 90 mmHg S = 37,6 ºC N = 89 x/menit P = 27 x/ menit	Marissa
	I	12.15	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak Hasil: tampak pasien baring dengan pasisi semifowler, pasien mengatakan sesak berkurang	Marissa
	I	12.30	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi. Hasil: tampak frekuensi napas 27x/menit, tampak terpasang oksigen 4 liter nasal kanul, tampak pasien takipnea.	Marissa
	III	12.45	Memberi makan pasien Hasil: sonde bubur saring 200 cc, air putih 50 cc	Marissa
	I,II	13.00	Memberikan obat pada pasien Hasil:	Marissa

			epexol syr 5 ml/oral, paracetamol 500 mg/oral.	
	III	13.30	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri. Hasil: membuang urine dengan frekuensi 200 cc	Marissa P.Lotha
	III	13.50	Mengintruksikan keluarga untuk melakukan ROM. Hasil: keluarga mengerti dengan apa yang di intruksikan.	Marissa
	I,II,II	14.05	Mengobservasi TTV: Hasil: TD = 150/ 90 mmHg S = 37,6 °C N = 79 x/menit P = 27 x/menit.	Marissa
	I	14.30	Memonitor keluhan sesak napas pasien. Hasil : Pasien mengatakan masih sesak, pasien mengatakan masih batuk berlendir.	Rini
	I	14.40	Memberikan posisi untuk meringankan sesak. Hasil: tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler.	Rini
	II	14.55	Memonitor suhu kulit pasien Hasil: badan pasien teraba hangat	Rini
	II	15.05	Menutupi pasien dengan selimut atau pakaian ringan. Hasil: pasien mengatakan rasa mengigil berkurang setelah memakai selimut.	Rini
	II	15.55	Menginformasikan kepada keluarga adanya kelelahan akibat panas Hasil: keluarga mengerti dengan apa yang diinfokan.	Rini
	I,II,III	16.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 140/ 60 mmHg S = 37,8 °C N = 99 x/menit P = 29 x/menit	Rini
	I	16.15	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak napas. Hasil: pasien mengatakan sesak berkurang. Tampak pasien baring dengan posisi semifowlerr.	Rini

	III	16.30	Memberi makan pasien. Hasil: sonde susu 200 cc,air putih 50 cc	Rini
	III	16.35	Melindungi pasien dari trauma latihan pergerakan sendi. Hasil: tampak perawat berdiri di samping tubuh pasien yang lemah.	Rini
	III	16.55	Melakukan latihan ROM pasif atau dengan bantuan. Hasil: pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri, tampak uji kekuatan otot pasien nilai 5 pada kaki dan tangan kanan dan nilai 3 pada tangan kiri dan kaki kiri.	Rini
	III	17.05	Menjelaskan kepada keluarga manfaat dan tujuan latihan pergerakan sendi. Hasil: keluarga mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan, tampak keluarga melanjutkan latihan ROM pada pasien.	Rini
	II	17.10	Mendorong kemandirian pasien tetapi bantu ketik pasien tasien tidak mampu. Hasil: tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri, tampak perawat memiringkan pasien ke kanan.	Rini
	I	17.35	Memberikan cairan IV sebagaimana mestinya. Hasil: tampak terpasang RL. 500 cc 20 tetes/ menit	Rini
	II	17.40	Memonitor suhu kulit pasien Hasil: tubuh pasien masih teraba hangat.	Rini
	II	17.50	Menutupi pasien denga selimut atau kain ringan. Hasil: pasien mengatakan rasa mengigi berkurang, tampak pasien masih berkeringat dingin.	Rini
	I,II,III	18.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 140/90 mmHg S = 37,8 °C N = 89 x/ menit P = 27 x/menit	Rini
	II	18.05	Melakukan medikasi yang tepat untuk mengurangi rasa mengigil. Hasil:	Rini

			Tampak pasien sedang dikompres air hangat, pasien mengatakan merasa tidak terlalu mengigil	
	III	18.10	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri. Hasil: tampak perawat memiringkan pasien ke sisi kiri.	Rini
	I	18.30	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi. Hasil: tampak frekuensi napas 27 x/menit, tampak pasien masih sesak, tampak terpasang oksigen 4 liter nasal kanul.	Rini
	III	18.50	Memberi makan pasien. Hasil: sonde bubur saring 200 cc, air putih 50 cc.	Rini
	I,II	19.10	Memberikan obat pada pasien. Hasil: epexol syr 5ml/oral, fixacep 200mg /oral, paracetamol 500 mg/oral	Rini
	I,II,III	20.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD= 150/80 mmHg S= 37,7 °C N= 87 x/menit P=26 x/menit	Rini
	III	20.35	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak. Hasil: tampak pasien baring dengan posisi semi fowler, pasien mengatakan sesak berkurang.	Rini
	I	20.45	Memberi bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri sendiri. Hasil: membuang urin dengan frekuensi 400 cc	Rini Rini
	I	21.05	Memonitor keluhan sesak pasien. Hasil: pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan batuk berlendir, pasien mengatakan susah mengeluarkan lendir saat batuk	Rini
	I	21.45	Mendengar suara napas pasien. Hasil: terdengar ronchi pada kedua lapang paru bagian bawah.	
	I,II,III	22.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 130/70 mmHg S= 37,6 °C N = 76 x/menit P= 26 x/menit.	Arniati

	II	22.30	Memantau suhu kulit Hasil: tubuh pasien masih teraba hangat.	Arniati
	II	23.25	Menutupi pasien dengan selimut. Hasil: tampak pasien memakai selimut.	
	I	23.55	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi. Hasil: tampak frekuensi napas 27 x/menit, tampak terpasang oksigen 4 liter nasal kanul	Betris
	I,II,III	24.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD= 130/90 mmHg S= 37,5 ºC N= 87 x/menit P= 26 x/menit	Arniati
	II	01.05	Memberikan cairan IV. Hasil: tampak terpasang RL 500cc 20 tetes/menit.	Arniati
	I,II,III	02.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD= 130/80 mmHg S= 37.6 ºC N= 80 x/menit P= 26 x/ menit	Arniati
	II	03.15	Memantau suhu kulit pasien. Hasil : Tampak tubuh teraba hangat, tampak pasien keringat	Arniati
	I,II,III	04.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD= 130/60 mmHg S= 37.6 ºC N= 82 x/menit P= 26 x/ menit	Arniati
	I	04.45	Memantau status pernapasan pasien dan oksigenasi. Hasil : Tampak sesak pasien berkurang, tampak terpasang oksigen 4 liter per menit nasal kanul.	Arniati
	III	05.55	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri sendiri. Hasil : Membuang urine pasien dengan frekuendi 500 cc.	Arniati
	I,II,III	06.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD= 130/60 mmHg S= 37.6 ºC N= 82 x/menit P= 27 x/ menit	Arniati
19/04/ 2018	I,II,III	07.00	Mengobservasi TTV: Hasil : TD =130/70 mmHg S = 37,7 ºC	Marissa

			N = 89x/menit P = 28 x/menit	
	III	07.10	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak Hasil: Tampak pasien baring dengan posisi semifowler, pasien mengatakan sesak berkurang	Marissa Marissa P. Fatma
	I,II,III	07.20	Memberi makan pasien Hasil : Tampak sonde bubur saring 200 cc, air putih 50 cc.	
	III	07.30	memberikan obat pada pasien Hasil : Tampak pasien di beri obat epexol syr 5 ml / oral, fixacep 200 mg / oral, paracetamol 500 mg / oral .	Marissa P. Fatma
	I	07.45	melindungi pasien dari trauma selama latihan. Hasil : Tampak tempat tidur memakai pagar, tampak perawat berdiri di sisi tubuh yang lemah	Marissa
	III	08.00	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri sendiri Hasil : Tampak pasien dimandikan oleh perawat, pasien mengatakan merasa nyaman setelah badan dilap.	Marissa
	III	08.05	Melakukan latihan ROM pasif atau dengan bantuan Hasil : pasien mengatakan belum mampu malakukan gerakan kearah yang diinginkan.	Marissa
	I	08.30	Mendengar suara napas untuk di catat. Hasil : Terdengar ronchi pada lapang paru bagian bawah	Marissa
	I	08.50	Memonitor kemampuan batuk efektif pasien Hasil: tampak pasien mampu batuk tetapi belum efektif, pasien mengatakan lendir susah keluar, tampak pasien masih batuk berlendir.	Marissa
	I	08.55	Mendengar suara napas Hasil: terdengar suara ronchi berkurang	Marissa

			setelah pasien batuk.	
	I,II,III	09.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 140/ 80 mmHg S = 37,6 °C N = 87 x/menit P = 26 x/menit	Marissa
	II	09.10	Memberikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol mengigil. Hasil: Tampak pasien diberi kompres hangat, pasien mengatakan masih merasa mengigil setelah dikompres air hangat. Keluarga pasien mengatakan pasien masih demam.	Marissa
	II	09.35	Memberikan cairan IV sebagaimana mestinya Hasil: terpasang infus RL 500 cc 20 tetes/ menit	Marissa
	II	09.50	Memantau suhu kulit pasien. Hasil: tampak badan teraba hangat.	Marissa
	II	10.05	Menutupi pasien dengan selimut atau pakaian ringan Hasil: pasien mengatakan masih merasa mengigil meskipun ditutupi selimut.	Marissa
	III	10.25	Memonitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri mandiri. Hasil: pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri dan hanya bisa bergerak pelan, pasien mengatakan mampu menggerakkan tangan tapi pelan.	Marissa
	III	10.35	Memberikan makan pasien. Hasil: sonde susu 200 cc, air putih 50 cc	Marissa
	III	11.00	Menentukan batas pergerakan sendi Hasil: tampak pasien tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kiri.	Marissa
	I	11.25	Memonitor kemampuan batuk efektif pasien Hasil: pasien mengatakan mampu melakukan batuk efektif tapi lendir hanya sedikit keluar	Marissa
	I	11.45	Mendengar bunyi napas pasien Hasil: terdengar ronchi pada kedua lapang	Marissa

			paru bagian bawah.	
	I	11.50	Membuang sekret dengan batuk efektif Hasil: tampak lendir keluar sedikit. Pasien mengatakan susah mengeluarkan lendir batuknya.	Marissa
	I,II,III	12.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 140/ 90 mmHg S = 37,6 ºC N = 89 x/menit P = 28 x/ menit	Marissa
	I	12.15	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak Hasil: tampak pasien baring dengan pasisi semifowler, pasien mengatakan sesak berkurang.	Marissa
	III	12.20	Memonitor keluhan sesak pasien Hasil: pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan masih batuk berlendir	Marissa
	I	12.30	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi. Hasil: tampak pernapasan frekuensi napas 28 x/menit, tampak terpasang oksigen 4 liter nasal kanul, tampak pasien takipnea.	Marissa
	I	12.45	Memberi makan pasien Hasil: sonde bubur saring 200 cc, air putih 50 cc	Marissa
	I,II	13.00	Memberikan obat pada pasien Hasil: epexol syr 5 ml/oral, paracetamol 500 mg/oral.	Marissa
	III	13.30	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri. Hasil: membuang urin dengan frekuensi 300c	Marissa
	I,II,II	14.05	Mengobservasi TTV: Hasil: TD = 140/ 90 mmHg S = 37,6 ºC N = 80 x/menit P = 26 x/menit.	gregorius
	I	14.30	Memberikan posisi untuk meringankan sesak. Hasil: tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Gregorius

	I	14.40	Memonitor keluhan sesak pasien. Hasil: Pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan masih batuk berlendir	Gregorius
	II	14.55	Memonitor suhu kulit pasien Hasil: badan pasien teraba hangat dan lembab.	Gregorius
	II	15.05	Menutupi pasien dengan selimut atau pakaian ringan. Hasil: pasien mengatakan rasa mengigil berkurang dan merasa nyaman setelah memakai selimut.	Gregorius
	II	15.55	Menyesuaikan suhu lingkungan sesuai kebutuhan pasien. Hasil: tampak suhu AC 28 ºC	Gregorius
	I,II,III	16.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 140/ 70 mmHg S = 37,7 ºC N = 86 x/menit P = 28 x/menit	Gregorius
	III	16.15	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak napas. Hasil: pasien mengatakan sesak berkurang. Tampak pasien baring dengan posisi semifowlerr.	Gregorius
	III	16.30	Memberi makan pasien. Hasil: sonde susu 200 cc, air putih 50 cc.	Gregorius
	III	16.35	Melindungi pasien dari trauma latihan pergerakan sendi. Hasil: tampak perawat berdiri di samping tubuh pasien yang lemah dan pagar tempat tidur dinaikkan	Gregorius
	III	16.55	Melakukan latihan ROM pasif atau dengan bantuan. Hasil: pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri, tampak uji kekuatan otot pasien nilai 5 pada kaki dan tangan kanan dan nilai 3 pada tangan kiri dan kaki kiri	Gregorius
	III	17.05	Menjelaskan kepada keluarga manfaat dan tujuan latihan pergerakan sendi. Hasil: keluarga mengatakan mengerti dengan	Gregorius

			apa yang diajarkan, tampak keluarga melakukan latihan ROM pada pasien.	
	II	17.40	Mendorong kemandirian pasien tetapi bantu ketik pasien pasien tidak mampu. Hasil: tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri, tampak perawat memiringkan pasien ke kiri.	Gregorius
	I	17.50	Memberikan cairan IV sebagaimana mestinya. Hasil: tampak terpasang RL. 500 cc 20 tetes/ menit.	Gregorius
	I,II,III	18.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 140/60 mmHg S = 37,8 °C N = 92 x/ menit P = 27 x/menit	Gregorius
	II	18.10	Melakukan medikasi yang tepat untuk mengurangi rasa mengigil. Hasil: Tampak pasien sedang dikompres air hangat, pasien mengatakan merasa nyaman dan tidak terlalu mengigil .	Gregorius
	II	18.30	Menutupi pasien dengan selimut atau kain ringan. Hasil: pasien mengatakan rasa mengigil berkurang, tampak pasien berkeringat.	Gregorius
	I	18.50	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi. Hasil: tampak frekuensi napas 25 x/menit, tampak pasien masih sesak, tampak terpasang oksigen 3 liter nasal kanul.	Gregorius
	III	19.05	Memberi makan pasien. Hasil: sonde bubur saring 200 cc, air putih 50 cc.	Gregorius
	I,II	19.10	Memberikan obat pada pasien. Hasil: epexol syr 5ml/oral, fixacep 200mg /oral, paracetamol 500 mg/oral.	Gregorius
	III	19.45	Menentukan batas pergerakan sendi pasien Hasil: pasien mengatakan tidak mampu melakukan mobilisasi sendiri, pasien mengatakan belum mampu bergerak ke arah yang diinginkan, tampak	Gregorius

			pasien dibantu keluarga saat mobilisasi.	
	I,II,III	20.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD= 130/80 mmHg S= 37 ºC N= 89 x/menit P=27 x/menit	Gregorius
	III	20.35	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak. Hasil: tampak pasien baring dengan posisi semi fowler, pasien mengatakan sesak berkurang.	Gregorius
	I	20.45	Memberi bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri. Hasil: membuang urine dengan frekuensi 500 cc	Gregorius
	I	21.05	Mendengar suara napas pasien. Hasil: terdengar sedikit ronchi pada lapang paru bagian bawah.	Indayanti
	I	21.45	Memonitor keluhan sesak pasien. Hasil: Pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan batuk berlendir, pasien mengatakan susah mengeluarkan lendirnya.	Indayanti
	I,II,III	22.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 140/70 mmHg S= 37,6 ºC N = 78 x/menit P= 27 x/menit.	Indayanti
	I	23.55	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi. Hasil: tampak frekuensi napas 25 x/menit, tampak terpasang 0_2 3 liter nasal kanul.	Indayanti
	I,II,III	24.00	Mengobservasi TTV: Hasil: TD= 140/90 mmHg S= 37,6 ºC N= 84 x/menit P= 26 x/menit	Indayanti
	II	01.05	Memberikan cairan IV. Hasil: tampak terpasang RL 500cc 20 tetes/menit.	Indayanti
	II	01.45	Memantau suhu kulit pasien. Hasil: tampak tubuh teraba hangat, tampak pasien keringat.	Indayanti
	I,II,III	02.00	Mengobservasi TTV:	Indayanti

			Hasil: TD= 110/70 mmHg S= 37.6°C N= 77 x/menit P= 24x/ menit	
	I	02.45	Memantau status pernapasan pasien. Hasil: tampak sesak pasien berkurang.	Indayanti
	II	03.00	Memantau suhu tubuh pasien. Hasil: tampak tubuh pasien teraba hangat, tampak pasien tidak mengigil.	Indayanti
	I,II,III	04.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD= 120/60 mmHg S= 37,6 °C N= 82 x/menit P= 26 x/ menit	Indayanti
	I	04.45	Memantau status pernapasan pasien dan oksigenasi. Hasil: tampak sesak pasien berkurang, tampak terpasang oksigen 3 liter nasal kanul.	Indayanti
	III	05.55	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melkukan perawatan diri sendiri. Hasil: membuang urine pasien dengan frekuendi 200 cc.	Indayanti
20/04/ 2018	I,II,III	07.00	Mengobservasi TTV: Hasil: TD =120/90 mmHg S = 37,5 °C N = 85 x/menit P = 25 x/menit	Marissa
	I,II,	07.10	Memberi makan pasien Hasil: tampak sonde bubur saring 200 cc, air putih 50 cc.	Marissa
	III	07.20	memberikan obat pada pasien Hasil: tampak pasien di beri obat epexol syr 5 ml /oral, fixacep 200 mg/oral, paracetamol 500 mg/ oral	Marissa P. Fatma
	III	07.30	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri. Hasil: tampak pasien dimandikan oleh perawat, pasien mengatakan merasa segar setelah dimandikan. Tampak popok pasien diganti perawat.	Marissa P. Fatma
	I	07.45	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak napas	Marissa

			Hasil: tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler, pasien mengatakan sesak berkurang.	
	III	08.00	Melindungi pasien dari trauma selama latihan. Hasil: tampak tempat tidur memakai pagar, tampak perawat berdiri di sisi tubuh yang lemah.	Marissa
	III	08.05	Melakukan latihan ROM pasif atau dengan bantuan Hasil: pasien mengatakan belum mampu malakukan gerakan ke arah yang diinginkan.	Marissa
	III	08.15	Menjelaskan kepada keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi Hasil: keluarga mengatakan mengerti dengan apa yang dijelaskan, keluarga mengatakan pasien belum mampu melakukan gerakan untuk beraktivitas.	Marissa
	I	08.30	Mendengar suara napas untuk di catat. Hasil: terdengar sedikit ronchi pada lapang paru bagian bawah	Marissa
	I	08.50	Memonitor kemampuan batuk efektif. Hasil: tampak pasien mampu batuk tetapi belum efektif, pasien mengatakan lendir susah keluar, tampak pasien masih batuk berlendir.	Marissa
	I	08.55	Mendengar suara napas Hasil: terdengar suara ronchi berkurang setelah pasien batuk pada lapang paru bagian bawah	Marissa
	I,II,III	09.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 150/ 80 mmHg S = 37,7 °C N = 89 x/menit P = 26 x/menit	Marissa
	II	09.10	Memberikan medikasi yang tepat untuk mencegah mengigil atau mengontrol mengigil. Hasil: pasien mengatakan masih merasa mengigil setelah dikompres air hangat. Keluarga pasien mengatakan pasien masih demam.	Marissa

	II	09.15	Memberikan cairan IV sebagaimana mestinya Hasil: terpasang infus RL 500 cc 20 tetes/ menit	Marissa
	II	09.35	Mengkaji keluhan sesak pasien. Hasil: pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan masih batuk berlendir.	Marissa
	II	09.50	Memantau suhu kulit pasien. Hasil: tampak badan teraba hangat. Menutupi pasien dengan selimut atau pakaian ringan Hasil: pasien mengatakan rasa mengigil berkurang setelah ditutupi selimut.	Marissa
	II	10.05	Memonitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri mandiri. Hasil: pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri dan tetap, pasien mengatakan bisa menggerakkan tangan tapi pelan.	Marissa
	III	10.25	Memberikan makan pasien Hasil: sonde susu 200 cc, air putih 50 cc	Marissa
	III	10.35	Menentukan batas pergerakan sendi Hasil: tampak pasien tidak mampu menggerakkan tubuh bagian kiri.	Marissa
	I	11.00	Memonitor kemampuan batuk efektif pasien Hasil: pasien mengatakan mampu melakukan batuk efektif tetapi	Marissa
	I	11.25	mengeluarkan lendir sedikit. Mendengar bunyi napas pasien Hasil: terdengar ronchi kedua pada lapang paru bagian bawah	Marissa
	I	11.45	Membuang sekret dengan batuk efektif Hasil: tampak lendir keluar sedikit. Pasien mengatakan mengeluarkan lendir batuknya tapi sedikit.	Marissa
	I,II,III	11.50	Mengobservasi TTV Hasil:	Marissa

			TD = 130/ 90 mmHg S = 36,5 °C N = 89 x/menit P = 26 x/ menit	
	I	12.00	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak tampak pasien baring dengan pasisi semifowler, pasien mengatakan sesak berkurang.	Marissa
	III	12.15	Memberi makan pasien Hasil: sonde bubur saring 200 cc, air putih 50 cc	Marissa
	I	12.20	Memberikan obat pada pasien Hasil: epexol syr 5 ml/oral	Marissa
	I	12.45	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi. Hasil: tampak pernapasan frekuensi napas 26 x/menit, tampak terpasang oksigen 3 liter nasal kanul, tampak pasien takipnea.	Marissa
	III	13.00	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan mandiri. Hasil: membuang urine dengan frekuensi 300 cc	
	I,II,II	13.30	Mengobservasi TTV: Hasil: TD = 130/ 90 mmHg S = 36,6 °C N = 89 x/menit P = 25 x/menit	Marissa
	I	14.05	Memberikan posisi untuk meringankan sesak. Hasil: tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler.	Marissa
	I	14.30	Memonitor keluhan sesak pasien. Hasil: Pasien mengatakan masih sesak, pasien mengatakan batuk berlendir berkurang.	Winda
	II	14.40	Memonitor suhu kulit pasien Hasil: badan pasien sudah tidak teraba hangat	Winda
	II	14.55	Menutupi pasien dengan selimut Hasil: pasien mengatakan hangat setelah memakai selimut.	Winda
	I,II,III	15.05	Mengobservasi TTV Hasil:	Winda

			TD = 140/ 80 mmHg S = 37 ºC N = 86 x/menit P = 25 x/menit	
	III	16.00	Memberi makan pasien . Hasil: sonde susu 200 cc, air putih 50 cc	Winda
	III	16.15	Melindungi pasien dari trauma latihan pergerakan sendi. Hasil: tampak perawat berdiri di samping tubuh pasien yang lemah.	Winda
	III	16.30	Melakukan latihan ROM pasif atau dengan bantuan. Hasil: pasien mengatakan belum mampu beraktivitas secara mandiri, tampak uji kekuatan otot pasien nilai 5 pada kakidan tangan kanan dan nilai 3 pada tangan kiri dan kaki kiri	Winda
	III	16.35	Mendorong kemandirian pasien tetapi bantu ketik pasien tasien tidak mampu. Hasil: tampak pasien tidak mampu menggerakkan anggota tubuh bagian kiri, tampak perawat memiringkan pasien ke kiri.	Winda
	II	17.05	Memberikan cairan IV sebagaimana mestinya. Hasil: tampak terpasang RL. 500 cc 20 tetes/ menit.	
	I	17.10	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak napas. Hasil: pasien mengatakan sesak berkurang. Tampak pasien baring dengan posisi semifowlerr.	Winda Winda
	II	17.35	Memonitor suhu kulit pasien. Hasil: tampak pasien sudah tidak demam.	
	II	17.40	Menutupi pasien denga selimut atau kain ringan. Hasil: pasien mengatakan merasa hangat dan nyaman.	Winda
	I,II,III	18.00	Mengobservasi TTV Hasil; TD = 140/70 mmHg S = 36 ºC N = 86 x/ menit P = 27 x/menit	Winda
	III	18.05	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri	Winda

			Hasil: tampak perawat memiringkan pasien ke sisi kiri.	
	I	18.10	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi. Hasil: tampak frekuensi napas 26 x/menit, tampak pasien masih sesak, tampak terpasang oksigen 3 liter nasal kanul.	Winda
	III	18.30	Memberi makan pasien. Hasil: sonde bubur saring 200 cc, air putih 50 cc.	Winda
	I,II	18.50	Memberikan obat pada pasien. Hasil: epexol syr 5ml/oral, fixacep 200 mg /oral.	Winda
	III	19.05	Menentukan batas pergerakan sendi pasien Hasil: pasien mengatakan belum mampu melakukan mobilisasi sendiri, pasien mengatakan belum mampu bergerak ke arah yang diinginkan, tampak pasien selalu dibantu keluarga saat mobilisasi.	Winda Winda
	I,II,III	19.45	Mengobservasi TTV Hasil: TD= 110/80 mmHg S= 37 ºC N= 85 x/menit P=25x/menit.	Winda
	III	20.00	Memposisikan pasien untuk meringankan sesak. Hasil: tampak pasien baring dengan posisi semi fowler, pasien mengatakan sesak berkurang.	Winda
	I	20.35	Memberi bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri sendiri. Hasil: membuang urine dengan frekuensi 300 cc.	Winda
	I	20.45	Mendengar suara napas pasien. Hasil: terdengar sedikit ronchi pada kedua lapang paru bagian bawah.	Winda
	I	21.05	Memonitor keluhan sesak pasien. Hasil: pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan batuk berlendir, pasien mengatakan mengeluarkan lendir tapi sedikit	Winda

	I,II,III	21.45	Mengobservasi TTV Hasil: TD = 120/70 mmHg S= 36,2 ºC N = 78 x/menit P= 26 x/menit	Stellin
	II	22.00	Menutupi pasien dengan selimut. Hasil: tampak pasien memakai selimut.	Stellin
	I	22.30	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi. Hasil: tampak frekuensi napas 25 x/menit, tampak terpasang oksigen 3 liter nasal kanul	Stellin
	I,II,III	23.55	Mengobservasi TTV Hasil: TD= 110/90 mmHg S= 37 ºC N= 82 x/menit P= 24 x/menit	Stellin
	II	24.00	Memberikan cairan IV. Hasil: tampak terpasang RL 500 cc 20 tetes/menit.	Stellin
	I,II,III	01.05	Mengobservasi TTV Hasil: TD= 140/80 mmHg S= 36,6ºC N= 76 x/menit P= 25 x/ menit	Stellin
	I	02.00	Memantau status pernapasan pasien. Hasil: tampak sesak pasien berkurang.	Stellin
	I,II,III	02.45	Mengobservasi TTV Hasil : TD= 120/90 mmHg S= 37 ºC N= 84 x/menit P= 26 x/ menit	Stellin
	I	04.00	Memantau status pernapasan pasien dan oksigenasi. Hasil: tampak sesak pasien berkurang, tampak terpasang oksigen 3 liter nasal kanul.	Stellin
	III	04.45	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri. Hasil: membuang urine pasien dengan frekuendi 200 cc.	Romana
	I,II,III	05.55	Mengobservasi TTV Hasil: TD=130/60 mmHg S= 36,5ºC N= 82 x/menit P= 26 x/ menit	Stellin

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Ny.”A”/ 87 tahun

Ruang/ unit : ICU/ VIP 1

Tanggal	DP	Evaluasi SOAP	Nama perawat
18/04/ 2018	I	S: - Pasien mengatakan masih sesak - Pasien mengatakan susah mengeluarkan lendirnya - Pasien mengatakan masih batuk berlendir. O : - Tampak pasien masih batuk berlendir - Tampak pasien sesak - Terdengar ronchi pada lapang paru bawah. - Tampak pasien terpasang o_2 4 liter nasal kanul - Tampak pasien takipnea - Tampak TTV TD= 150/80 mmHg S= 37,7 °C N= 78 x/menit P=26 x/menit A: ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Kepatenan jalan napas - Monitor pernapasan	Marissa
	II	S: - Pasien mengatakan merasa mengigil - Pasien mengatakan masih demam. O: - Tampak pasien menggigil - Tampak TTV TD= 150/80 mmHg S= 37,7 °C N= 78 x/menit P=26 x/menit - Tampak badan teraba hangat - Tampak pasien masih berkeringat dingin. A: Hipertermia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Perawatan demam - Pengaturan suhu	
	III	S: - pasien mengatakan tidak mampu melakukan mobilisasi sendiri - pasien mengatakan belum mampu bergerak ke arah yang diinginkan - pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri O: - Tampak pasien dimandikan perawat	

		- Tampak pasien diberi makan perawat melalui NGT - Tampak uji kekuatan otot pasien nilai 5 pada kaki dan tangan kanan dan nilai 3 pada tangan kiri dan kaki kiri. - Tampak peawat memiringkan pasien kekanan. A :Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Terapi latihan mobilitas fisik - Bantuan perawatan diri	
19/04/ 2018	I	S: - Pasien mengatakan sesak berkurang - Pasien mengatakan mampu batuk efektif tapi susah mengeluarkan lendirnya. - pasien mengatakan masih batuk berlendir. O : - Tampak pasien masih batuk berlendir - Tampak pasien masih sesak - Terdengar suara ronchi sedikit pada kedua lapang paru. - Tampak pasien terpasang o_2 3 liter nasal kanul - Tampak pasien takipnea - Tampak TTV TD= 120/60 mmHg S= 37,6 °C N= 82 x/menit P= 26 x/ menit A: ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Kepatenan jalan napas - Monitor pernapasan	Marissa
	II	S: - Pasien mengatakan rasa mengigil berkurang - Pasien mengatakan masih demam. O: - Tampak pasien menggigil - Tampak TTV TD= 120/60 mmHg S= 37,6 °C N= 82 x/menit P= 26 x/ menit - Tampak badan teraba hangat - Tampak pasien masih berkeringat . A: Hipertermia belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Perawatan demam dan Pengaturan suhu	
	III	S: - Pasien mengatakan tidak mampu melakukan mobilisasi sendiri - Pasien mengatakan belum mampu bergerak	

		ke arah yang diinginkan - Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri O: - Tampak pasien dimandikan perawat - Tampak pasien diberi makan perawat melalui NGT - Tampak uji kekuatan otot pasien nilai 5 pada kaki dan tangan kanan dan nilai 3 pada tangan kiri dan kaki kiri. - Tampak pasien dibantu perawat miring ke kiri. - Tampak pasien dibantu keluarga saat mobilisasi. A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Terapi latihan mobilitas fisik - Bantuan perawatan diri	
20/04/ 2018	I	S: - Pasien mengatakan sesak berkurang - Pasien mengatakan mengeluar lendir sedikit - Pasien mengatakan masih batuk berlendir. O : - Tampak pasien masih batuk berlendir - Tampak pasien masih sesak - Terdengar suara ronchi sedikit pada kedua lapang paru. - Tampak pasien terpasang o_2 3 liter nasal kanul - Tampak pasien takipnea - Tampak TTV TD = 120/70 mmHg S= 36,2 °C N = 78 x/menit P= 26 x/menit A: Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Kepatenan jalan napas - Monitor pernapasan	Marissa
	II	S: - Pasien mengatakan sudah tidak mengigil - Pasien mengatakan sudah tidak demam. O: - Tampak pasien sudah tidak menggigil - Tampak TTV TD 120/70 mmHg S= 36,2 °C N = 78 x/menit P= 26 x/menit - Tampak badan sudah tidak teraba hangat A: Hipertermia teratasi P: Stop intervensi	

	III	S: - Pasien mengatakan tidak mampu melakukan mobilisasi sendiri - Pasien mengatakan belum mampu bergerak ke arah yang diinginkan - Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri - Pasien mengatakan bisa menggerakkan tangan tapi pelan. O: - Tampak pasien dimandikan perawat - Tampak pasien diberi makan perawat melalui NGT - Tampak uji kekuatan otot pasien nilai 5 pada kaki dan tangan kanan dan nilai 3 pada tangan kiri dan kaki kiri. - Tampak pasien dibantu perawat miring ke kiri. - Tampak pasien dibantu keluarga saat mobilisasi. A :Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P :Lanjutkan intervensi - Terapi latihan mobilitas fisik - Bantuan perawatan diri	

G. DAFTAR OBAT

1. Nama Obat : PARACETAMOL
   a. Klasifikasi / golongan obat : Antipiretik
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg/ 8 jam/ oral
   d. Mekanisme Kerja dan Fungsi obat : dengan menghalangi produksi prostaglandin yang merupakan bahan kimia yang terlibat dalam tranmisi pesan rasa sakit ke otak sehingga merigankan rasa sakit pada keadaan sakit kepala, sakit gigi, dan menurunkan demam.
   e. Alasan pemberian obat pada pasien : karena pasien demam
   f. Kontra indikasi : pasien yang memiliki riwayat hipersensitif
   g. Indikasi : mengurangi rasa nyeri ringan seperti sakit kepala, sakit gigi serta menurunkan demam.
   h. Efek samping : mual, sakit perut dan kehilangan nafsu makan.

2. Nama Obat : FIXACEP
   a. Klasifikasi / golongan obat : Antibiotik golongan Cephalosporin
   b. Dosis umum : 200 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200 mg/ 12 jam/ oral
   d. Mekanisme Kerja dan Fungsi obat : dengan menhambat pembentukan dinding sel bakteri sehingga bakteri menjadi mati. mengobati infeksi saluran pernapasan, infeksi saluran kemih, infeksi kulit, dan jaringan lunak..
   e. Alasan pemberian obat pada pasien: karena mengalami infeksi saluran pernapasan .
   f. Kontra indikasi : pasien yang memiliki riwayat hipersensitif
   g. Indikasi : untuk mengobati sejumlah infeksi karena bakteri /virus
   h. Efek samping : gangguan pencernaan termasuk mual, muntah, dan diare. Untuk hipersensitif, terjadi ruam, edema wajah, kulit memerah dan mengelupas.

3. Nama Obat : EPEXOL
    a. Klasifikasi / golongan obat : Ambroxol syrup
    b. Dosis umum : 15 ml
    c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 ml / 8 jam
    d. Cara Pemberian obat : oral
    e. Mekanisme Kerja dan Fungsi obat: dengan memecah serat-serat mukopolisakaridaa yang membuat dahak kental sehingga dahak akan menjadi encer dan mudah dikeluarkan melalui batuk. merigankan batuk, mengencerkan dahak pada Bronchitis, Bronkiektasis, dan Asma.
    f. Alasan pemberian obat pada pasien : karena pasien batuk berdahak
    g. Kontra indikasi : pasien yang memiliki riwayat hipersensitif, pasien riwayat Maag
    h. Indikasi : bronchitis akut dan kronik, asma bronchial, PPOK, radang paru kronik.
    i. Efek samping : ruam kulit, nyeri ulu hati, gejala maag, mual dan muntah.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Bab ini membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kasus yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny.”A” dengan Pneumonia di ruang perawatan ICU-ICCU (VIP) Rumah Sakit Stella Maris Makassar, selama 3 hari berturut-turut mulai dari tanggal18-20 April 2018. Penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pasien Ny.”A”, dengan keluhan sesak napas, hasil pengkajian didapatkan bunyi ronchi pada kedua lapang paru bagian bawah dengan observasi TTV : TD = 160/80 mmHg, N = 94 x/menit, S = 38 ^{o}C, P = 28 x/menit, hasil pemeriksaan Laboratorium didapatkan WBC = 12,8 mg/dl meningkat karena adanya agen infeksius yang masuk ke dalam paru sehingga terjadi peningkatan pada sel leukosit untuk memfagositosis kuman atau bakteri pada paru, dan pemeriksaan hasil foto thoraks didapatkan: Pneumonia bilateral dan Efusi pleura minimal bilateral terjadi karena adanya penumpukan cairan yang disebabkan oleh perpindahan eksudat plasma kedalam ruang interstinum akibat dari pelepasan dari histamin dan prostaglandin. Dan mendapatkan terapi cairan infus RL 500 cc 20 tetes/menit, Epexol 5 gr/ 8 jam /oral, Fixacep 200mg /12 jam/oral, Paracetamol 10 mg/12 jam/IV.

Sesak napas terjadi karena adanya penyumbatan pada jalan napas yang disebabkan oleh adanya penumpukan secret, dan Batuk berlendir serta terdengar suara tambahan Ronchi terjadi karena adanya penumpukan mucus yang disebabkan oleh adanya proses inflamasi pada paru serta takipnea terjadi karena adanya peningkatan tekanan pada paru karena terkumpulnya pus dalam ruang pleura

sehingga meningkatkan kerja paru. Sedangkan Demam disertai mengigil, dan berkeringat terjadi karena adanya respon inflamasi yang menyebabkan fagositosis melepaskan endogenus pirogen yang merangsang hipotalamus sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh.

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 bahwa dengan hasil pengamatan menunjukkan tidak ada kesenjangan yang terjadi antara teori dengan kasus pada pasien karena sebagian tanda gan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teoritis seperti demam, mengigil, batuk, takipnea, sesak napas,terdengar ronchi dan berkeringat, sedangkan tidak ditemukan yaitu sianosis, retraksi dinding toraks: intercostal, diafragma, atau suprakalvikula, sakit kepala, napas cuping hidung dan nyeri abdomen.

B. Diagnosa Keperawatan

Dari tinjauan teoritis ada 6 diagnosa yang muncul pada pasien pneumonia yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan, eksudat dalam alveoli, benda asing dalam jalan napas, sekresi yang tertahan/ sisa sekresi.
2. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan penrunan fungsi, jaringan paru sekunder akibat konsolidasi, peningkatan secret.
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis.
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidaksimbangan antar suplai dan kebutuhan oksigen.

6. Ketidakefektifan pola napas berhubugan dengan proses inflamasi dalam alveoli

Dari kasus yang ada, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan kondisi pasien, yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.

   Diagnosa ini didukung kuat oleh adanya batuk berlendir dengan warna putih kekuningan, terdengar suara ronchi pada lapang paru bagian bawah dan ditemukan pneumonia bilateral dan efusi pleura minimal bilateral dari hasil foto thoraks.

2. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

   Diagnisa ini didukung oleh adanya temuan pneumonia bilateral dan efusi pleura minimal bilateral dari hasil foto thoraks, dan pada pasien sedang terjadi demam (suhu 38 ^{o}C).

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

   Diagnosa ini didukung oleh adanya riwayat stroke pasien dan keluarga mengatakan pasien dibantu oleh perawat atau keluarga dalam memenuhi kebutuhannya, keluarga mengatakan pasien tidak mampu untuk menggerakkan anggota tubuhnya bagian kiri, ada parese kiri.

Dari data di atas ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena di teori diangkat 6 diagnosa sedangkan di kasus ditemukan 3 diagnosa da nada satu diagnose dalam kasus yang tidak ada dalam teori yaitu diagnose hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengangkat diagnose tersebut karena didukung oleh keluhan pasien yaitu keluarga mengatakan pasien dibantu oleh perawat atau keluarga dalam memenuhi kebutuhannya, keluarga mengatakan pasien tidak mampu untuk menggerakkan anggota tubuhnya bagian kiri, tampak ada parese tubuh bagian kiri dan alasan penulis tidak mengangkat sebagian

diagnose yang ada dalam teori karena tidak ada tanda dan gejala pada pasien.

C. Perencanaan Keperawatan

Perumusan rencana keperawatan yang diberikan yang penulis pada kasus tidak jauh berbeda dengan rencana keperawatan pada konsep teori. Setelah proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan selajutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul.

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan dengan kriteria hasil: frekuensi pernapasan dapat kembali ke kisaran normal (16-24 x/menit), batuk dapat berkurang, kemampuan batuk dapat ditingkatkan, akumulasi sputum dapat berkurang.

   Intervensi :

   a) Manajemen jalan napas
      1) posisikan pasien untuk meringankan sesak napas.
      2) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif.
      3) Monitor status pernapasan dan oksigenasi sebagaimana mestinya.
      4) Kelola pengobatan sebagaimana mestinya.
      5) Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.

   b) Monitor pernapasan
      1) Auskultasi suara napas untuk dicatat
      2) Monitor keluhan sesak pasien
      3) Monitor kemampuan batuk efektif

2. Hipertermia berhubungan dengan penyakit dengan kriteria hasil: demam dapat turun kembali ke kisaran normal (36,5 - 37,5 °c), ketidakstabilan suhu kembali normal, mengigil dapat diatasi.

   Intervensi:

   a) Perawatan demam

1) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya.
2) Monitor suhu kulit
3) Beri obat atau cairan IV misalnya antipiretik, agen bakteri, dan agen anti mengigil.

b) Pengaturan demam
1) Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien
2) Berikan medikasi yang tepat untuk mencegah atau mengontrol mengigil.
3) Informasikan kepada pasien mengenai indikasi adanya kelelahan akibat panas.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan kriteria hasil: kontraksi kekuatan otot dapat meningkat, kemamampuan dalam beraktivitas dapat dilakukan, gerakan kearah yang diinginkan dapat dapat dilakukan, keseimbangan gerakan dapat dilakukan.

Intervensi:

a) Terapi latihan mobilitas fisik
1) Tentukan batas pergerakan sendi
2) Jelaskan pada keluarga atau pasien manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi
3) Lakukan latihan ROM pasif atau dengan bantuan, sesuai indikasi.
4) Lindungi pasien dari trauma selama latihan
5) Intruksikan keluarga cara melakukan latihan ROM.
6) Tentukan perkembangan terhadap pencapaian tujuan.

b) Bantuan perawatan diri
1) Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri
2) Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri
3) Dorong kemandirian pasien, tapi bantu ketika pasien tak mampu melakukannya.

4) Ajarkan keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.

D. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini penulis melaksanakan apa yang telah direncanakan sebelumnya selama 2-3 hari, sebagai acuan dalam melakukan implementasi. Sebelum melakukan tindakan, sebaiknya terlebih dahulu menjelaskan tentang tindakan apa yang akan dilakukan, dan mengharapkan kerja sama yang baik antara pasien dan keluarga pasien sehingga untuk mempermudah mencapai hasil yang diharapkan meliputi

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.

   Intervensi pada diagnose ini ada 7 dan telah dilakukan oleh penulis.

2. Hipertermia berhubungan dengan penyakit.

   Intervensi yang terdapat pada diagnose ada 6 dan semuanya telah dilaksanakan oleh penulis dengan baiak

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

   Intervenvi keperawatan pada diagnose ini ada 7 dan penulis telah melakukannya pada pasien.

E. Evaluasi Keperawatan

Hal yang dirumuskan penulis setelah melakukan proses keperawatan selama 3 hari mulai dari tanggal 18-20 April 2018 dapat dilihat dari hasil analisa tiap diagnosa pasien sebagai berikut:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan dengan kriteria hasil: frekuensi pernapasan dapat kembali ke kisaran normal (16-24 x/menit), batuk dapat berkurang, kemampuan batuk dapat ditingkatkan, akumulasi sputum dapat berkurang. Setelah analisa hari hari terakhir diagnose ini belum teratasi karena pasien mengatakan sesak berkurang, mengeluar

lendir tapi sedikit , masih batuk berlendir, masih erdengar suara ronchi sedikit pada kedua lapanng paru, tamapk pernapasan 26x/menit

2. Hipertermia berhubungan dengan penyakit dengan kriteria hasil: demam dapat turun kembali ke kisaran normal (36,5-37,5 °c), ketidakstabilan suhu kembali normal, mengigil dapat diatasi. Setelah analisa hari terakhir diagnose ini sudah teratasi karena pasien mengatakan sudah tidak mengigil, sudah tidak demam, tampak suhu 36,2 °C, tampak badan sudah tidak teraba hangat.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan kriteria hasil: kontraksi kekuatan otot dapat meningkat, kemamampuan dalam beraktivitas dapat dilakukan, gerakan kearah yang diinginkan dapat dapat dilakukan, keseimbangan gerakan dapat dilakukan. Setelah analisa hari terakhir diagnose ini belum teratasi karena pasien mengatakan tidak mampu melakukan mobilisasi sendiri belum mampu bergerak ke arah yang diingikan, belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri, bisa menggerakkan tangan tapi pelan.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis membahas konsep tinjauan teoritis pada Ny.”A” dengan masalah pneumonia di ruang perawatan ICU-HCU (VIP) Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

1. Pasien masuk dengan diagnosa pneumonia yang di dukung oleh pemeriksaan foto thorak : pneumonia bilateral dan efusi minimal bilateral, dan uji laboratorium dengan hasil WBC = 12,8 mg/dl, dan dan pasien batuk berlendir disertai demam.
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu : Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas berhubungan dengan Mukus Berlebihan, Hipertermia berhubungan dengan Penyakit dan Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular
3. Dari rencana tindakan yang disusun 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.”A’ diperoleh diagnose ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mucus berlebihan dan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular belum teratasi sedangkan diagnosa hipertermia sudah teratasi

dengan pasien mengatahan sudah tidak demam lagi, dan tampak suhu kebali normal (36,2 °c).

d. Penulis memberikan perawatan selama 3 hari berturut-turut sampai denga evaluasi hari terakhir, dan masih didapat masih ada diagnosa pertama dan ketiga yang belum teratasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan saran pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang ditujukan kepada beberapa pihak:

1. Bagi institut/pendidikan

   Untuk menilai sejauh mana pemahaman mahasiswa dalam menerapkan praktek dan ilmu yang telah diberikan khususnya pada pasien pneumonia.

2. Bagi rumah sakit

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

3. Bagi pasien

   Agar pasien dapat menyadari tentang pentingnya menjaga kesehatan sehingga pasien mau merubah pola hidup untuk mencegah terulangnya penyakit pneumonia pada pasien.

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.

DAFTAR PUSTAKA

Adam. (2012). https://referensonlineku.blogspot.co.id/2016/06/anatomi-paru-paru-manusia-lengkap.html diakses tanggal 24 Mei 2018

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

Brunner & Suddart. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah, Edisi 12*. Jakarta:EGC.

Dahlan, M. Sopiyuddin. (2010). Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan. Edisi 5. Jakarta. Salemba Medika

Gloria M. Bulechek, H.K. (2013). *Nursing Intervention Classification (NIC).* Singapore: CV.Mocomedia

Herdman & Kamitsuru. (2015-2017). *NANDA International Inc. Diagnose Keperawatan: Definisi & Klasifikasi. Edisi 10.* Jakarta: buku kedokteran EGC.

KemKes RI.(2017). ***Profil Kesehatan Indonesia.*** http://www.kemkes.go.id Jakarta: Kementrian Kesehatan RI. diakses tanggal 24 Mei 2018.

Kummar & Abbas. (2015). *Buku Ajar Patologi Robbins. Edisi 9*. Singapore: Elsever. Inc

MRO RS Stella Maris. (2017). *Data Statistic Penyakit Pneumonia RS Stella Maris Makassar (* Tidak Dipublikasikan).

Pambudi,Riana.(2012).https://www.google.co.id/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://repository.ump.ac.id/3978/2/ diakses tanggal 24 Mei 2018.

Sue Moorhead, M.J (2013). *Nursing Outcomemes Classification (NOC).* Singapore: CV.Mocomedia.

Syaifuddin, Haji. (2011). *Anatomi Fisiologi & Kurikulum Berbasis Kompetensi Keperawatan & Kebidanan, Edisi 4*. Jakarta:EGC.

_____ (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosis NANDA-1 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta:EGC.

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

Nama : MARI' MARISSA NANDA

NIM : E1514401029

Kelas : 3 /DIII Keperawatan

Kasus :ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”A” DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU(VIP) RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR.

Pembimbing : Fransiska Anita, Ns. M.Kep. Sp. KMB.

No.	Hari/tanggal	Materi Konsul	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1	Senin, 23/04/2018	BAB III: - Pengkajian		
2	Senin, 07/05/2018	BAB III - Pengkajian - Analisa data		
3	Rabu, 09/05/2018	BAB III - Pengkajian - Intervensi keperawatan		
4	Senin, 14/05/2018	BAB III - Analisa data - Intervensi keperawatan - Implementasi		

5	Rabu, 16/05/2018	BAB III - Analisa data - Intervensi keperawatan - Implementasi - Evaluasi		
6	Selasa, 22/05/2018	BAB III - Implementasi - Evaluasi - Pengamatan kasus		
7	Rabu, 23/05/2018	BAB I - Latar belakang		
8	Kamis, 24/05/2018	BAB I dan II - Latar belakang - Tinjauan teoritis		
9	Sabtu, 26/05/2018	BAB II - Patofisiologi - Patoflodiagram		
10	Senin, 28/05/2018	BAB I dan II - Latar belakang - Tinjauan teoritis - Patoflowdiagram		
11	Rabu, 30/05/2018	BAB II dan IV - Patoflodiagram - Pembahasan kasus		

12	Kamis, 31/05/2018	BAB IV dan V - Pembahasan kasus - Kesimpulan dan saran		
13	Senin, 04/06/2018	BAB I, II, III, IV, dan V - Penomoran - Margin - Jarak antara kalimat - Perbaikan pengetika		
14	Rabu, 06/06/2018	DAFTAR PUSTAKA		