KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”P” DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH II.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

SERLIANA TIANITA SETIA

E1514401044

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn "P" DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR " telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk di uji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa : Serliana Tianita Setia

NIM :E1514401044

Disetujui Oleh :

Pembimbing I	Pembimbing II
(Asrijal Bakri, Ns, M. Kes)	(Wirmando , S. Kep,Ns)
NIDN.0918087701	

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

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

NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn."P" DENGAN PNEUMONIA II DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR " telah dipertanggung jawabkan dan telah di uji di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal :

Pukul :

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )

2. Sr. Anita Sampe, JMJ.,Ns.,MAN ( )

3. Wirmando, S.Kep.,Ns ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Serliana Tianita Setia
Tempat/Tanggal Lahir	: Ujung Pandang, 16 Maret 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Khatolik
Alamat	: Jl. Angkasa 6 Panaikang

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Yohanes Ampur/Susana Tima
Agama	: Khatolik
Pekerjaan	: Buruh Harian
Alamat	: Jl. Angkasa 6 Panaikang

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDK Frater Baktu Luhur	: 2004-2009
SMPN Kemala Bhayangkari	: 2009-2011
SMA Negri 13	: 2012-2014
STIK Stella Maris	: 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atar berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn “P” dengan Pneumonia diruan perawatan Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 18-21 april 2018 ”. karya tulis ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan studi D III Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

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

1. Siprianus Abdu, Ns,M. Kes, selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah member kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Dr. Thomas MMR selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah member izin untuk melaksanakan praktek keperawatan di ruang perawatan Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
3. Asrijal Bakri, Ns., M. Kes Selaku pembimbing I yang telah membimbing dan mengarahkan penulis, serta telah meluangkan waktu dan tenaga sampai penulisan karya tulis ilmiah ini selesai.
4. Wirmando, S.Kep,Ns. Selaku pembimbing II dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, yang telah meluangkan banyak waktu dalam membimbing penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak member dukungan selama penulis menempuh kuiah di STIK Stella Maris Makassar.
6. Tn “P” selaku penerimaan asuha keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerja sama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
7. Teristimewa untuk kedua orang tuaku tercinta Yohanes Ampur dan Susana Tima, kakak dan adik yang penuh kesabaran, memberi doa, dukungan baik moril maupun materi kepada penulis sehingga karya tulis ini dapat selesai.

8. Pada kesempatan ini saya mengucapkan terimakasih kepada Fredensius Jami yang selalu memberikan motivasi dan selalu menemani saya dalam penulisan karya tulis ini, sehingga karya tulis ini dapat selesai. Terimakasi juga kepada teman-teman Prodi DIII Keperawatan Angkatan 2015 Stella Maris Makassar yang selalu mendukung dan membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah berperan dalam penyelesaian karya tulis ini.

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

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

Makassar , April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

HALAMAN LEMBARAN PERSETUJUAN..... i

HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN..... ii

RIWAYAT HIDUP..... iii

KATA PENGANTAR..... iv

DAFTAR GAMBAR..... vi

DAFTAR TABEL DAFTAR ISI viii

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang..... 1

B. Tujuan Penulisan…… 3

C. Manfaat Penulisan……... 4

D. Metode Penulisan…… 5

E. Sistematika Penulisan……. 6

BAB II TINJAUAN TEORITIS…… 7

A. Konsep Dasar Medik……... 7

1. Pengertian……. 7

2. Anatomi dan Fisiologi……. 7

3. Etiologi…….. 16

4. Klasifikasi……. 17

5. Patofisiologi…….. 17

6. Manifestasi Klinik……. 19

7. Tes Diagnostic…….. 20

8. Penatalaksanaan medik……. 20

9. Komplikasi……. 21

B. Konsep Dasar Keperawatan……... 21

1. Pengkajian…… 21

2. Diagnosa Keperawatan…….. 23

3. Intervensi Keperawatan…… 24

4. Discharge Planning…… 36

5. Patoflowdiagram…….. 37

BAB III TINJAUAN KASUS…… 39

A. Pengkajian……. 40
B. Uji Syaraf Kranial…… 56
C. Pemeriksaan Penunjang……. 58
D. Pemeriksaan Foto Thorax PA…… 58
E. Terapi Obat…….. 58
F. Analisa Data……..... 59
G. Diagnosa Keperawatan……. 62
H. Rencana Keperawatan…… 63
I. Implementasi Keperawatan…….
67
J. Evaluasi Keperawatan…… 86
K. Penjelasan Obat……
95
BAB IV PENGAMATAN KASUS…… 99
A. Pengkajian…….. 99
B. Diagnosa Keperawatan…… 100
C. Perencanaan Keperawatan…….. 102
D. Implementasi Keperawatan……. 104
E. Evaluasi Keperawatan……... 105
BAB V SIMPULAN DAN SARAN……. **106**
A. Simpulan ……. 106
B. Saran ……... 107
DAFTAR PUSTAKA

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). Tidak hanya menjadi masalah dunia, populasi usia lanjut di Indonesia diperkirakan setelah tahun 2050 meningkat lebih tinggi daripada usia lanjut di wilayah Asia dan dunia. Periode prevalence sebesar 1,8 persen dan 4,5 persen.

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 di atas 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 cara memelihara kesehatan.

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.

Peran perawat dalam merawat paien 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 di rumah sakit.

A. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penulis dapat memperolah pengalaman yang nyata dalam menerepkan asuhan keperawatan pada pasien dengan 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 system pernapasan: pneumonia.
b. Menetapkan diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien dengan gangguan system 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 system pernapasan: pneumonia
f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system pernapasan: pneumonia.

B. 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 pneuminiua.

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.

C. Metode penulisan

Dalam penulisan kara tulis 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 catatan 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 seperti pemeriksaan fisik 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.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah sistematika penulisannya terdiri dari: Bab I : Pendahuluan, bab ini menguraikan tentang 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, pada bab ini diuraikan tentang Pengkajian Data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi Tindakan Keperawatan. Pada Bab IV : Pembahasan kasus, pada bab ini akan diuraikan tentang analisa kasus yang membahas perbandingan antara konsep teori yang ditemukan dengan kenyataan yang terdapat didalam uraian tinjauan kasus dan untuk mengetahui kesenjangan antara teori dan praktek/ kenyataan selama pengamatan kasus. Bab V: Simpulan dan saran, pada bab ini akan dikemukakan kesimpulan-kesimpulan yang diambil dari pembahasan dan saran-saran yang dapat diajukan sebagai masukan dan dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan, khususnya bagi perawatan pasien dengan pneumoniadan yang terakhir Daftar Pustaka.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pneumonia merupakan penyakit infeksi saluran napas bawah akut pada parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, dan parasit akibat merokok atau memiliki riwayat penyakit seperti asma dan stroke (PDPI, 2014). Berbagai macam penyakit infeksi pernapasan yang sering ditemui di daerah tropis adalah ISPA, tuberculosis, 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 bukan hanya dikenal sebagai morbiditas yang tinggi dengan angka kesakitan 4 juta kasus per tahun menegenai 12 orang dewasa per 1000 orang dewasa per tahun, 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). Kejadian pneumonia cukup tinggi di dunia, yaitu sekitar 15% - 20% (Dahlan, 2014). Pada usia lanjut angka kejadian pneumonia mencapai 25 - 44 kasus per 1000 penduduk setiap tahun (Putri *et al.* 2014). Insiden pneumonia 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).

BAB II
PENDAHULUAN

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

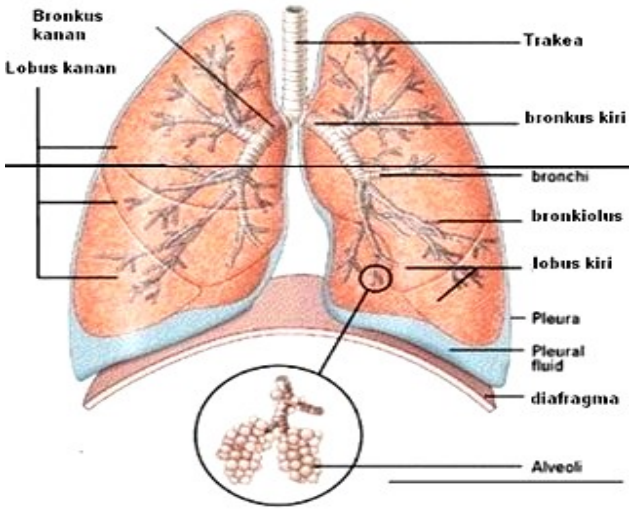
Pneumonia adalah proses inflamasi pada parenkim paru yang biasanya berhubungan dengan peningkatan cairan alveolar dan interstisial (Black & Hawks, 2014)

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

Berdasarkan definisi diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa pneumonia adalah suatu penyakit dimana terjadi proses inflamasi pada parenkim paru yang berhubungan dengan peningkatan cairan alveolar dan interstisial yang disebabkan oleh agen seperti bakteri, virus, benda asing, jamur, atau parasite .

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi sistem pernapasan



Gambar 2.1 anatomi pernapasan (Adam, 2012)

1) Pulmo (paru)

Paru adalah salah satu organ sistem pernapasan yang berada di dalam kantong yang dibentuk oleh pleuraparitalis danpleura viselaris. Kedua paru sangat lunak, elastis, sifatnya ringan dan terapung dalam air, serta berada dalam rongga thoraks. Paru berwarna biru keabu-abuan dan berbintik-bintik karena partikel-partikel debu yang masuk dan dimakan oleh fagosit. Masing-masing paru mempunyai apeks yang tumpul menjorok ke atas, masuk ke leher kira-kira 2,5 cm di atas klavikula. Fasies kostalis yang konveks berhubungan dengan dinding dada dan fasies mediastinalis yang konkaf membentuk perikardium. Paru-paru terbagi atas dua yaitu kanan dan kiri. Paru-paru kanan teridiri dari tiga lobus dan 10 segmen yaitu lobus superior (segmen apikal, superior, dan anterior), lobus medius (segmen lateral dan medial), dan lobus inferior (segmen superior, mediobasal, anterobasal, laterobasal, dan posterobasal). Paru-paru kiri terdiri dari dua lobus dan 8 segmen yaitu, lobus superior (segmen apiko posterior, anterior, superior dan inferior), lobus inferior (segmen superior, anteriomediobasal, lateral basal, dan laterobasal). 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 obligus. Insisura ini 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.

Pada paru kanan terdapat dua insisura yaitu insisura obligua (interlobularis primer) : Mulai di daerah insisura, ke atas dan ke belakang sampai hilus setinggi vertebrae torakalis IV, kemudian ke bawah dan depan searah dengan iga VI sampai linea aksilaris media keruangan interkostal VI, memotong margo inferior setinggi artikulasio iga IV kembali ke hilus dan insisura interlobaris sekunder : Mulai dari insisura obligua pada aksilaris media, kemudian berjalan horizontal memotong margo anterior pada artikulasio kostokondralis IV terus ke hilus. Insisura obliqua memisahkan lobus inferior dari lobus medius dan lobus posterior. Sedangkan insisura horizontal 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. Pleura memiliki dua lapisan permukaan yaitu permukaan paretalis yang langsung berhubungan dengan paru dan 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:

(1) Pleura kostalis : 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.
(2) Pars servikalis : bagian pleura yang melewati apertura torasis superior, memasuki dasar lebar berbentuk seperti kubah, dan diperkuat oleh membran suprapleura.
(3) Pleura diafragmatika : bagian pleura yang berada di atas diafragma.
(4) Diafragma mediastinalis : bagian pleura yang menutup permukaan lateral mediastinum serta susunan yang terletak didalamnya.

d) Sinus pleura

Sinus pleura terdiri dari dua bagian yaitu:

(1) Sinus kostamediastinalis : terbentuk pada pertemuan pleura mediastinalis dengan pleura kostalis, pada waktu inspirasi hampir semua terisi oleh paru.
(2) Sinus frenikokostalis : terbentuk pada pertemuan pleura diafragmatika denga pleura kostalis. 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. Ligamentum ini terdapat diantara bagian bawah fasies mediastinal dan pericardium.

f) Pembulu limfe

Dalam paru terdapat dua pembulu limfe yang saling berhubungan. Bagian superfisi pembulu limfe yang terletak dalam pleura berukuran relative besar dan membatasi lobus di permukaan paru. Pembulu limfe tampak hitam karena pengisapan karbon. Pembuluh limfe yang lebih kecil membentuk jala-jala halus pada tepi lobus. Pembuluh superfisi ini mengalir sepanjang tepi paru menuju hilus. Bagian profunda atau pulmonal merentang berdampingan ke bronkus, sedangkan arteri pulmonalis dan bronkus hanya sampai duktus alveolaris bagian tepi. Semua cabang ini menuju ke bagian pusat hilus dan bertemu dengan pembuluh limfe eferen superfisial. Nodus limfatikus juga banyak dijumpai di hilus.

g) Persyarafan

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

h) Alveoli

Paru terbentuk oleh sekitar 300 juta alveoli, yang tersusun dalam klaster antara 15-20 alveoli. Begitu banyaknya alveoli ini sehingga jika mereka bersatu untuk membentuk satu lembar pada kedua paru kira-kira 70 m^2

Terdapat tiga jenis sel elveolar: Membran respiratorius pada alveoli pada umumnya dilapisi oleh sel epitel pipih sederhana yang disebut dengan sel tipe I. Makrofag alveolar bertugas berkeliling sekitar epitalium untuk menfagositosis partikel atau bakteri yang masih dapat masuk ke permukaan alveoli, makrofag ini merupakan pertahanan terakhir pada sistem pernapasan. Sel-sel alveolar tipe II, sel-sel yang aktif secara metabolik, mensekresi surfaktan, suatu fosfolid yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveolar agar tidak kolaps. Sel alveoli tipe II adalah makrofag yang merupakan sel-sel fagositisis yang besar yang besar yang memakan benda asing (bakteri dan bekerja sebagai mekanisme pertahanan yang penting).

2) Fisiologi pernapasan

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

a) Inspirasi

Merupakan proses aktif kontraksi otot-otot inspirasi yang menaikkan volume intrathotaks. Selama bernapas tenang tekanan intrapleura kira-kira 25 mmHg (relative terhadap

atmosfer). Pada permulaan inspirasi menurun sampai menurun sampai -6 mmHg dan paru ditarik kearah posisi yang lebih mengembang dijalan udara sedikit negatif dan udara mengalir kedalam paru. Akhir inspirasi rekoil menarik dada kembali keposisi ekspirasi karena tekanan rekoil dan dinding dada seimbang. Tekanan dalam jalan pernapasan seimbang menjadi sedikit positif, udara mengalir keluar dari paru. Pada saat inspirasi pengaliran udara ke rongga pleura dan paru terhenti sebentar ketika tekanan dalam paru bersamaan bergerak mengelilingi atmosfer. Pada waktu penguapan pernapasan, volume paru berkurang karena naiknya tekanan udara untuk memperoleh dorongan keluar pada sistem pernapasan.

b) Ekspirasi

Pernapasan tenang bersifat pasif, tidak ada otot-otot yang menurunkan volume untuk thoraks berkontraksi, permulaan ekspirasi kontraksi ini menimbukanl kerja yang menahan kekuatan rekoil dan melambatkan ekspirasi. Inspirasi yang kuat berusaha mengurangi tekanan intrapleura sampai rendah 30 mmHg, ini menimbulkan pengembanagn paru dengan derajat yang lebih besar. Bila ventilasi meningkat, luasnya deflasi paru meningkat dengan kontraksi otot-otot pernapasan, yang menurunkan volume intratoraks. Tekanan intapleura adalah tekanan ukuran dalam antara lapisan pleura dan lapisan pleura dalam. Pleura parietal dan viseral dipisahkan oleh selaput tipis yang berisikan pleura yang berisi zat dan gas.

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. Gerakan dalam pernapasan adalah 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. Dengan gerakan seperti ini, ruang di dalam dada meluas, tekanan alveoli menurun dan udara memasuki paru-paru. Pada ekspirasi diafragma dan otot-otot intrakosta eksterna relaksasi. Diafragma naik, dinding dada jatuh kedalam. Pada pernapasan normal yang tenang sekitar 16 kali per menit. Ekspirasi diikuti dengan terhenti sejenak. Kedalam dan jumlah dari gerakan pernapasan sebagian besar dikendalikan secara biokimiawi.

2) Difusi

Difusi adalah gerakan diantaranya udara dan karbondioksida di dalam alveoli dan darah di dalam kapiler sekitarnya. Gas-gas melewati hampir secara seketika diantar alveoli dan darah dengan cara difusi. Dalam cara difusi ini gas mengalir dari tempat yang tinggi tekanan parsielnya ketempat yang rendah tekanan parsialnya. Oksigen dalam alveoli mempunyai tekanan parsial yang lebih tinggi dari oksigen yang berada dalam darah dan karenanya udara dapat mengalir dari alveoli masuk kedalam darah. Karbondioksida dalam darah

memiliki tekana parsial yang lebih tinggi daripada alveoli dan karenanya karbondioksida dapat mengalir dari darah masuk kedalam alveoli.

3) Transportasi gas

Transpor pengangkutan oksigen dan karbondioksida oleh darah. Oksigan ditransportasi dalam darah, dalam sel-sel darah merah oksigen berikatan dengan hemoglobin untuk membentuk oksihemoglobin yang berwarna merah terang. Dalam plasma sebagian oksigen terlarut dalam plasma. Karbondioksida ditransportasi dalam darah sebagai natrium bikarbonat dalam dan kalium bikarbonat dalam, sel-sel darah merah dalam larutan berikatan dengan hemoglobin dan protein plasma.

4) Pertukaran gas dalam jaringn

Metabolisme jaringan meliputi pertukaran oksigen dan karbondioksida diantaranya darah dan jaringan.

a) Oksigen

Bila darah yang teroksigenasi mencapai jaringan, oksigen mengalir dari darah masuk kedalam cairan jaringan karena tekanan parsial oksigen dalam darah lebih besar daripada tekanan dalam cairan jaringan.

b) Karbondioksida

Karbondioksida dihasilkan dalam sel mengalir kedalam cairan jaringan. Tekanan parsial karbondiksida dalam cairan jaringan lebih besar daripada tekanan dalam darah, dan karenanya mengalir dari cairan jaringan kedalam darah.

2. 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 droplet,biasanya menyerang pada pasien dengan imunodefisiensi. penyebabnya adalah cytomegalivirus, herpes simplex virus, varicella zooster virus.

c. Fungik

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.*

3. 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 (A. Aziz Alimul 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.

4. Patofisiologi

Pneumonia terjadi ketika antibody antikapsular timbul dan leukosit PMN 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 disebabakan oleh streptococcus aureus, kerusakan jaringan disebabakan 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 local dan bertindak sebagai toksin yang memengaruhi jaringan yang tidak terinfeksi.

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 da 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.

Menurut price dan Wilson (2006), perjalanan penyakit pneumonia dapat digambarkan dalam empat fase yang terjadi secara berurutan 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 kaena leukosit dan fibrin mengalami konsolidasi didalam alveoli yang terserang.
d. Fase resolusi terjadi pada hari ke-8 samapi hari ke-11 dimana eksudat mengalami lisis dan direabsorbsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali pada struktur semula.

5. 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.

6. Tes diagnostic

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 munkin 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.

7. 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

8. Komplikasi

Menurut Betz dan Sowden (2002) komplikasi yang sering terjadi menyertai pneumonia adalah:

a. Meningitis.

Terjadi saat virus atau bakteri masuk dalam darah dan menyebar ke otak.

b. Pneumothorax

Udara dari alveolus yang pecah di sebabkan karena sumbatan atau peradangan di saluran bronkioli yang membuat udara bisa masuk namun tidak bisa keluar. Lambat laun alveolus menjadi penuh sehingga tak kuat menampung udara dan pecah.

c. 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 .

d. Infeksi darah**.**

Kondisi ini terjadi akibat adanya bakteri yang masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ-organ lain. Infeksi darah berpotensi menyebabkan terjadinya gagal organ.

e. Efusi pleura

yaitu kondisi di mana cairan memenuhi ruang di sekitar paru-paru.

A. 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 metabolik

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 pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan.
b. Ketidakefektifan jalan napas brhubungan dengan produksi mukosa berlebihan.
c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.
e. Nyeri akut b/d inflamasi parenkrim paru,reaksi seluler terhadap sirkulasi toksin, batuk menetap.

f. Kurang pengetahuan mengenai kondisi dan kebutuhan tindakan b/d kurang pengetahuan, kesalahan interprestasi, kurang mengingat.

3. Perencanaan keperawatan

a. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan

Tujuan :

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

Intervensi :

1) Pantau kecepatan, irama, kedalaman dan upaya pernapasan

Rasional :

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

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

Rasional :

Penggunaan otot bantu napas menunjukan usaha pernapasan.

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

Rasional :

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

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

   Rasional :

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

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

   Rasional :

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

6) Instruksikan kepada pasien dan keluarga bahwa mereka harus memberi tahu perawat pada saat terjadinya ketidakefektifan pola pernapasan.

   Rasional :

   Adanya pengawasan terhadap pemburukan kondisi pasien dan dilaporkan dengan cepat dapat menentukan tindakan medik dengan cepat sehingga prognisi kesembuhan pasien.

7) Pantau saluran oksigen (SpO2)

   Rasional :

   SpO2 kurang dari (98-100)% dapat menentukan jenis oksigen yang digunakan.

8) Berikan posisi semi fowler

   Rasional :

   Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan.

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

   Rasional :

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

b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan mukus berlebihan.

   Tujuan :

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

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

   Intervensi :

   1) Kaji dan dokumentasikan frekuensi, kedalaman dan upaya pernapasan.

      Rasional :

Peningkatan pernapasan menunjukan ketidakefektifan bersihan jalan napas dan penggunaan otot bantu napas menunjukan usaha pernapasan.

2) Pantau SaO2 pasien

   Rasional :

   SpO2 kurang dari (98-100)% dapat menentukan jenis oksigen yang digunakan.

3) Catat jenis jumlah secret yang dikumpulkan

   Rasional :

   Menjadi data dasar dalam menentukan penyebab infeksi dan tingkat bantuan yang diberikan.

4) Jelaskan penggunaan yang benar peralatan pendukung misalnya oksigen mesin pengisap dan inhaler.

   Rasional :

   Menjelaskan yang benar dapat meminimalkan kecemasan pasien dan keluarga serta meningkatkan keamanan dalam menggunakan peralatan medis.

5) Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang larangan merokok di dalam ruang perawatan.

   Rasional :

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

6) Intruksikan kepada pasien tentang batuk dan teknik napas dalam untuk memudahkan pengeluaran secret.

   Rasional :

   Teknik batuk efektif dengan menarik napas dalam dapat meningkatkan produksi secret

7) Lakukan suction bila perlu

Rasional :

Suction dapat membantu pengeluaran lendir yang tertumpuk

8) Kolaborasi dengan fisioterapi untuk memberikan terapi mengeluarkan dahak

Rasional :

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

9) Kolaborasi dengan dokter dala pemberian ambroxol, atau pengencer dahak lainnya

Rasioanal :

Ambroxol dapat meningkatkan pengeluaran secret dari jalan napas.

c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

Tujuan :

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

- Keadaan umum baik
- Pasien tidak demam
- Suhu badan kembali normal (36-37)^{o}c
- Pasien tidak mengeluh demam dan mengigil lagi
- Mukosa bibir dan mulut lembab

Intervensi :

1) Pantau hidrasi turgor kulit , kelembapan membrane mukosa)

Rasional :

Turgor kulit dan membrane mukosa kering merupakan tanda awal peningkatan suhu tubuh.

2) Pantau tekanan darah denyut nadi dan frekuensi pernapasan.

   Rasional :

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

3) Pantau tanda hipertermi (demam, takipnea, aritma, perubahan tekanan darah, bercak pada kulit, ketakutan dan berkeringat banyak.

   Rasional :

   Dapat menentukan jenis hipertermi yang dialami.

4) Pantau suhu minimal setiap 2 jam.

   Rasional :

   Pemantau suhu secara kesinambungan dapat mendeteksi peningkatan suhu tubuh.

5) Anjurkan pasien dan keluarga dalam pengukuran suhu untuk mencegah dan mengendalikan secara dini hipertermi (misalnya sengatan panas dan keletihan akibat panas).

   Rasional :

   Pemantau suhu secara berkesinambungan dapat mendeteksi peningkatan suhu tubuh.

6) Lepaskan pakaian yang berlebihan dan tutup pasien dengan selimut saja.

   Rasional :

   Pakaian yang tipis dapat membantu dalam penyerapan keringat

7) Gunakan waslap dingin (atau kantonges yang dibalut dengan kain) di axial, kering, tengkuk dan lipat paha.

   Rasional :

Kompres yang dilakukan dapat meningkatkan pengeluaran panas tubuh.

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

Rasional :

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

9) Kolabirasi dengan dokter dalam pemberian Antipiretik (Paracetamol).

Rasional :

Antipiretik dapat menurunkan demam

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

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 kali 24 jam kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dengan kriteria hasil :

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

Intervensi

1) Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Rasional :

Kemampuan pasien dalam pemenuhan nutrisi dapat menentukan tingkat kekurangan sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya.

2) Ketahui makanan kesukaan pasien

   Rasional :

   Dapat memotivasi pasein untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

3) Timbang pasien dengan interval yang tepat.

   Rasional :

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

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

   Rasional :

   Makanan yang bergizi dpat meningkatkan berat badan pasien.

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

   Rasional :

   Informasi yang diberikan dapat meningkatkan pola makan.

6) Anjurkan makanan sedikit tapi sering

   Rasional :

   Maksimalkan masukkan nutrisi dari makanan-makanan yang banyak dan menurunkan iritasi lambung.

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

   Rasional :

Berguna menambah masukkan nutrisi dan meningkatkan napsu makan pasien.

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

Rasional :

Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

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

Tujuan :

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

Intervensi

1) Tentukan karateristik nyeri, selidiki, karate/lokasi/intensitas nyeri.

Rasional :

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

2) Pantau tanda- tanda vital

Rasional :

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

3) Berikan tindakan nyaman, mis : pijatan punggung, perubahan posisi, suasana tenang, relaksasi/nafas dalam.

Rasional :

Tindakan non analgesik diberikan dengan cara sentuhan lembut dapat menghilangkan ketidaknyamanan dan memperbesar efek terapi analgesik.

4) Tawarkan pembersihan mulut dengan sering

Rasional :

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

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

Rasional :

Alat untuk mengontrol ketidaknyamanan dada sementara meningkat ketidakefektifan uapaya batuk.

6) Berikan analgesik dan institusif sesuai indikasi

Rasional :

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

f. Kurang pengetahuan mengenai kondisi kebutuhan tindakan b.d kurang terpelajar kesalahan interprestasi kurang meningkat.

Tujuan :

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

Intervensi :

Kaji fungsi normal parum, patologi kondisi.

Rasional :

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

1) Diskusi aspek ketidakmampuan dari penyakit, lamanya penyembuhan, dan harapan kesembuhan. Identifikasi perawatan dari dan kebutuhan/sember pemeliharaan rumah.

   Rasional :

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

2) Tekankan pentingnya melanjutkan batuk efektif/latihan pernapasan.

   Rasional :

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

3) Berikan informasi dalam terrtulis dan ferbal.

   Rasional :

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

4) Tekankan perlunya melanjutkan terapi terapi antibiotic selama periode yang dianjurkan.

   Rasional :

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

5) Buat langkah untuk meningkatkan kesehatan umum dan kesejahteraan, miss : istirahat dan aktivitas seimbang, diet baik, menghindari kerumunan selama musim pilek/flu dan orang yang mengalami infeksi saluran pernapsan atas.

   Rasional :

   Meningkatkan pertahanan alami/imunitas menghindari terpajan pada pathogen.

6) Tekankan pentingnya melanjutkan evaluasi mending dan vaksin/imunisasi dengan tepat.

   Rasional :

   Dapat mencegah kambunya penemuonia dan komplikasi yang berhubungan.

7) Identifikasi tanda gejala yang memerlukan pelaporan pemberian perawatan kesehatan, mis : peningkatan dispenea, nyeri dada, kelemahaan memanjang, kehilangan berat badan, demam/menggil, menetapkan batuk produktif, perubahaan mental.

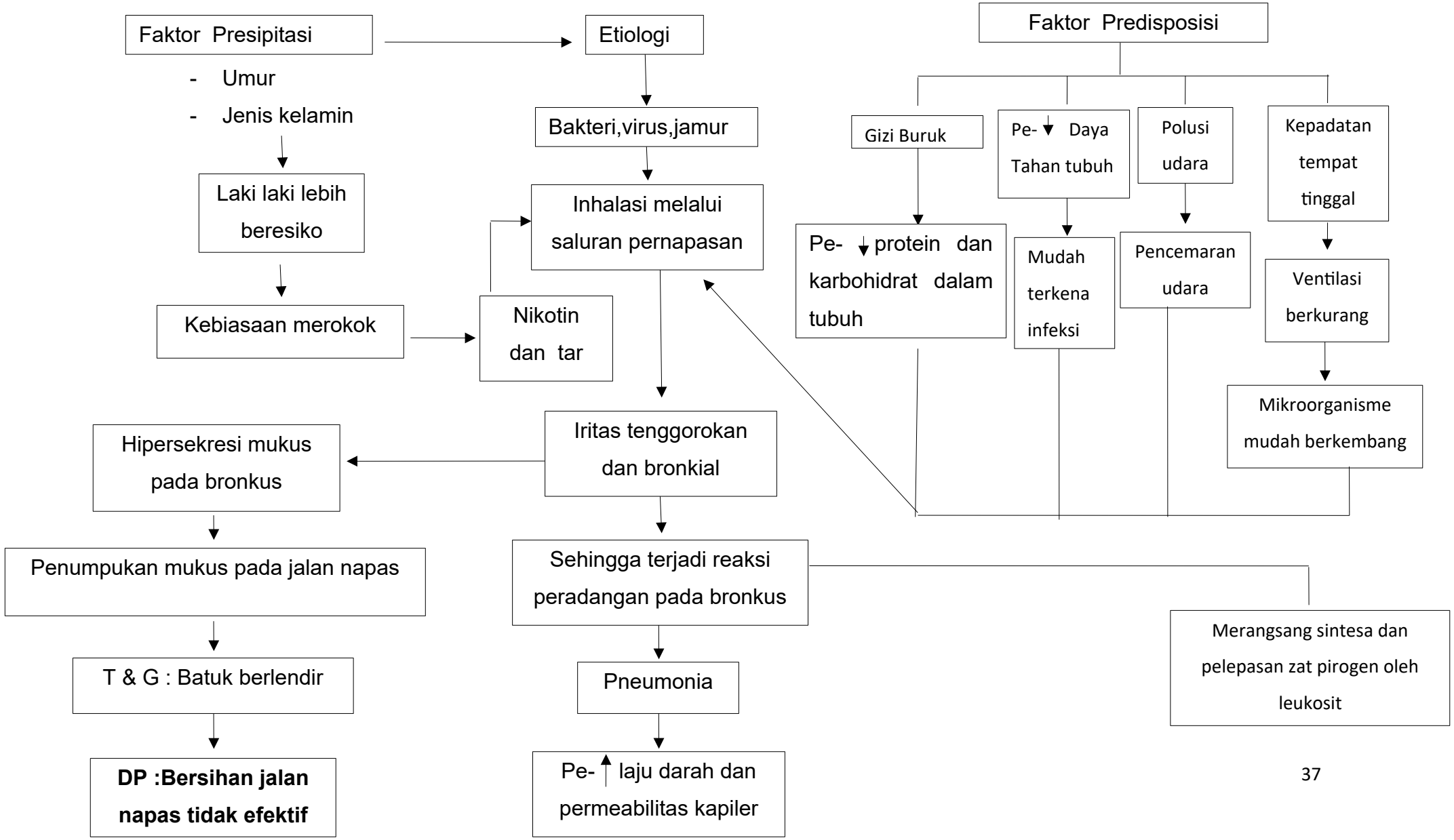
   Rasioanal :

   upaya evaluasi dan intervensi tepat pada waktu dapat mencengah/meninmalakan komplikasi.

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 pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta penanggulangan awal tentang penyakit pneumonia.
   b. Anjurkan pasien menghindari merokok, polusi udara, debu, karena dapat menurunkan kesehatan.
   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.


Faktor Presipitasi
- Umur
- Jenis kelamin
Laki laki lebih beresiko
Kebiasaan merokok
Nikotin dan tar
Etiologi
Bakteri,virus,jamur
Inhalasi melalui saluran pernapasan
Iritas tenggorokan dan bronkial
Hipersekresi mukus pada bronkus
Penumpukan mukus pada jalan napas
T & G : Batuk berlendir
DP :Bersihan jalan napas tidak efektif
Sehingga terjadi reaksi peradangan pada bronkus
Pneumonia
Pe- laju darah dan permeabilitas kapiler
Merangsang sintesa dan pelepasan zat pirogen oleh leukosit
Faktor Predisposisi
Gizi Buruk
Pe- protein dan karbohidrat dalam tubuh
Pe- Daya Tahan tubuh
Mudah terkena infeksi
Polusi udara
Pencemaran udara
Kepadatan tempat tinggal
Ventilasi berkurang
Mikroorganisme mudah berkembang

A. Pengkajian

Nama mahasiswa yang mengkaji : Serliana Tianita NIM:E1514401044			
Unit	: Bernadeth II B	Autoanamnese	: ✓
Kamar	: 715[2]	Alloananmnese	: ✓
Tgl masuk RS	: 18 April 2018		
Tgl pengkajian	: 19 April 2018		

1. Identitas
   a. Pasien

Nama initial	: Tn “P”
Umur	: 59 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status perkawinan	: Sudah Menikah
Jumlah anak	: 4
Agama/suku	: Khatolik/Toraja
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Buruh Harian
Alamat rumah	: Jl. Serang Rantepao

   b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. “M”
Umur	: 42 tahun
Alamat	: Jl. Serang Rantepao
Hubungan dengan pasien	: Istri

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat masuk : Bronhitis Kronis

   Saat pengkajian : Pneumonia

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan : Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur dengan posisi terlentang. Pasien tampak terpasang infus Rl 500 cc dengan 20 tetes/menit pada tangan sebelah kiri. Pasien tampak terpasang O2 nasal kanul 5 liter

Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif): kualitas : Composmentis

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 110/80 mmHg

MAP : 90 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,5 °C

☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 28 x/menit

Irama: ☑ Teratur ☐ Bradipne ☐ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stoke

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 88 x/menit

Irama: ☑ Teratur ☐ Bradichardi

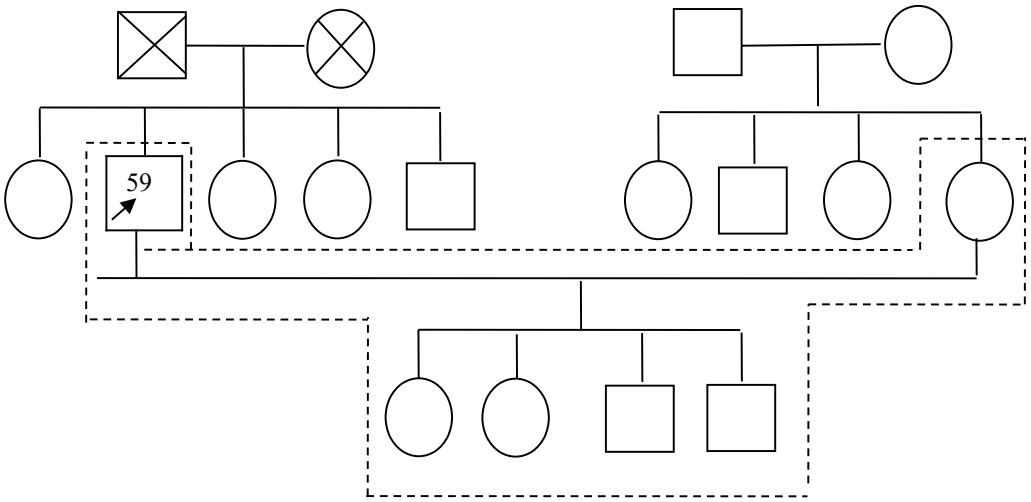
☐ Takikardia ☑ Kuat ☐ Lemah

b. Pengukuran

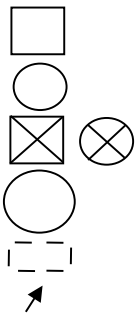
1) Lingkar lengan atas : 22 cm
2) Tinggi badan :165 cm
3) Berat badan : 41 kg
4) IMT : 15,18 kg/m²

Kesimpulan : Tubuh kurang pangan

c. Genogram



Keterangan :



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

3. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kesehatan adalah hal yang sangat penting dan harus selalu dijaga. Pasien mengatakan sebelum sakit pasien merasa kalau dirinya baik-baik saja. Pasien mengatakan bahwa saat ada anggota keluarganya yang sakit, maka ia akan membawa anaknya pergi periksa ke dokter. Pasien mengatakan tidak pernah memeriksa atau mengontrol kesehatannya kedokter atau kepuskesmas terdekat. Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya mempunyai kebiasaan merokok. Pasien mengatakan dalam sehari dapat menghabiskan 4 sampai 5 batang rokok.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama : Sesak napas

b) Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan sering keluar masuk rumah sakit karena sesak 4 tahun yang lalu. Pasien mengatakan 2 minggu yang lalu di rawat di rumah sakit lakipadada karena sesak napas dan sudah diperbolehkan pulang ke rumah tetapi 3 hari di rumah sesak semakin memberat sehingga pasien di rujuk ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pada saat pengkajian pasien mengeluh sesak dan batuk berlendir berwarna kuning dan memberat jika tidur terlentang. Tampak pasien sesak, tampak penggunaan otot bantu napas, tampak pasien batuk berlendir berwarna kuning.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

   Pasien mengatakan sering keluar masuk Rumah Sakit karena sesak napas sejak 4 tahun yang lalu

4) Riwayat kesehatan keluarga:

   Pasien juga mengatakan ayah dan ibunya meninggal karena sesak napas

5) Pemeriksaan fisik:

   a) Kebersihan rambut : Tampak bersih
   b) Kulit kepala : Tampak bersih
   c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
   d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih
   e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
   f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

   Pasien mengatakan makan teratur 3 kali sehari dengan menghabiskan satu porsi makanan setiap sekali makan. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat suka makan-makanan yang terdiri dari nasi, daging, ikan dan sayur. Keluarga pasien mengatakan dalam sehari pasien mampu menghabiskan air putih ± 5-6 gelas/hari. Keluarga pasien mengatakan pasien suka minum-minuman beralkohol 1 minggu sekali.

2) Keadaan sejak sakit:

   Pasien mengatakan makan 2 kali sehari dan hanya mampu menghabiskan ¼ porsi. Pasien mengatakan hanya makan makanan yang disediakan oleh Rumah Sakit. Pasien mengatakan napsu makan berkurang sejak sakit dan setiap

makan merasa mual. Pasien mengatakan sejak sakit hanya minum air putih ± 3 gelas/hari atau 600cc. Pasien juga mengatakan sejak sakit mengalami penurunan berat badan 12 kg selama 4 bulan terakhir. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit berat badan pasien 53 kg. Dan berat badan pasien sekarang 41 kg.

3) Observasi:

Tampak badan pasien kurus, tampak kulit kering, tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan , tampak bibir pecah-pecah

Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak rambut pasien lurus, tipis, bersih dan beruban.
b) Hidrasi kulit : Tampak kembali dalam <3 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema/ Tidak anemic.
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak septum berada di tengah
f) Rongga mulut :Tampak mukosa bibir kering dan bibir pecah-pecah
Gusi : Tampak tidak ada peradangan
g) Gigi : Tampak utuh, tampak tidak menggunakan gigi palsu
h) Kemampuan mengunyah keras: Pasien mampu mengunyah keras
i) Lidah : Tampak bersih
j) Pharing : Tampak berwarnah merah muda, tidak ada peradangan.
k) Kelenjar getah bening : Pada palpasi tidak teraba

l) Kelenjar parotis : Pada palpasi tidak teraba

m) Abdomen:

Inspeksi : Bentuk tampak datar, bayangan vena tidak tampak

Auskultasi : Peristaltik usus 10x/menit.

Palpasi : Teraba hangat, tidak adanya nyeri yang dirasakan.

Perkusi : Terdengr bunyi tympani (normal)

n) Kulit

Edema : ☐ positif ☑ negatif

Ikterik : ☐ positif ☑ negatif

Tanda – tanda radang : Tidak ada

Lesi : Tidak ada

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit BABnya lancar 1 kali dalam sehari dan berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAKnya lancar kurang lebih 5-7 kali dalam sehari dan berbau amoniak dan berwarna kuning pekat. Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam BAB dan BAKnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit BABnya 1 kali/hari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan dan BAKnya ± 3-4 kali/hari berwarna kuning.

3) Observasi :

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

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 13 x/menit.
b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.
c) nyeri ketuk ginjal : ☐ positif ☑ Negatif.
d) mulut uretra : Tidak dikaji
e) anus:
- peradangan : Tidak dikaji
- Hemoroid : Tidak dikaji
- Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien beraktivitas seperti biasanya. Pasien mengatakan ia bekerja sebagai sopir mobil. Pasien mengatakan kalau pulang kerja ia selalu duduk di halaman rumahnya sambil merokok atau pasien menonton TV sepulang kerja.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasein mengatakan sejak mulai sakit ia tidak bisa melakukan aktivitas kembali. Pasien mengatakan ia hanya terbaring lemah di atas tempat tidur, selama pasien dirawat di rumah sakit pasien hanya di bantu oleh anak dan istrinya untuk melakukan sesuatu.

3) Observasi :

Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya.

Akitivitas harian :

a) Makan : 2
b) Mandi : 2
c) Pakaian : 2
d) Kerapihan : 2
e) Buang air besar : 2
f) Buang air kecil : 2
g) Mobilisasi ditempat tidur: 2

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

Postur tubuh : Tampak pasien tegap.
Gaya jalan : Tampak pasien tegap dan lambat.
Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada.
Fiksasi : Tampak tidak ada.
Tracheostomi : Tampak tidak ada.

4) Pemeriksaan fisik

a) HR : 100X/menit
b) Kulit
Keringat dingin : Tidak ada
Basah : Tidak ada
c) JVP : 5 – 2 cmH_2O
Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.
d) Perfusi perifer pembuluh kuku : kembali dalam waktu < 3 detik.

e) Thorax dan pernapasan :

1) Inspeksi

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi intercostals : Tampak ada penggunaan otot bantu Napas

Sianosis : Tidak ditemukan

Stridor : Tidak ditemukan

2) Palpasi :

Vocal fremitus : Paru kanan lebih bergetar dari paru kiri

3) Perkusi: ☐ sonor ☑ redup ☐ pekak

4) Auskultasi :

Suara napas : Bronchial

Suara ucapan : Bronchophoni

Suara tambahan : Terdengar ronchi di semua lapang paru bagian bawah

f) Jantung

Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

Palpasi :

Ictus cordis : Ictus cordis teraba pada ICS V linea midclavicularis sinistra

Perkusi :

Batas atas jantung : ICS III

Batas bawah jantung : ICS V
Batas kanan jantung : Linea sternalis Dextra
Batas kiri jantung : Linea midclavicularis sinistra.

5) Auskultasi :
Bunyi jantung II A : Tunggal ICS II linea Sternalis dextra.
Bunyi jantung II P : Tunggal ICS III linea sternalis sinistra.
Bunyi jantung I T : Tungga ICS IV linea sternalis dextra
Bunyi jantung I M : Tunggal ICS V midclavicularis.
Bunyi jantung III : Tidak terdengar irama gallop
Murmur : Tidak terdengar
Bruit : Aorta :
A. Renalis : Tidak ada
A. Femoralis : Tidak ada

g) Lengan dan tungkai
Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif
Rentang gerak :
Kaku sendi : Tidak ada
Nyeri sendi : Tidak ada
Fraktur : Tidak ada
Parese : Tidak ada
Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot :

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Refleks fisiologi : Tampak terdapat gerak biceps, triceps, patella dan achiles positif.

Refleks patologi : Babinski tidak ditemukan

Babinski kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

Clubbing jari-jari : Tampak tidak ada

Varises tungkai : Tampak tidak ada

h) Columna vertebralis :

Inspeksi : ☐ lordosis ☐ iposis ☐ koliosis

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Kaku kuduk : Tampak tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bahwa pasien tidur kurang lebih 6-7 jam dalam sehari. Pasien mengatakan sebelum tidur ia biasa menonton sambil merokok. Pasien mengatakan lebih senang tidur saat lampu dimatikan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien sering tidur namun tidak nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang ± 2 jam. Pasien mengatakan jarang tidur pada malam hari karena sesak yang ia rasakan. Pasien mengatakan kalau malam pasien hanya tidur 4-5 jam.

3) Observasi :

Tampak pasien lemas, gelisah dan susah tidur pada malam hari.

Ekspresi wajah mengantuk	:	☐	positif	☑ negatif
Banyak menguap	:	☐	positif	☑ negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:	☑	positif	☐ negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran. Pasien mengatakan bahwa tidak ada masalah pada indera penciuman dan pengecapan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mengunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

3) Observasi :

Pasien mampu mengingat dimana ia sekarang, tampak pasien tidak menggunakan kacamata dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

Cornea	: Tampak jernih
Pupil	: Tampak isokor kiri dan kanan.
Lensa mata	: Tampak jernih
Tekanan Intra Okuler (TIO)	: Tampak sama antara kiri dan kanan.

b) Pendengaran :

Pina	: Simetris antar kiri dan kanan.
Kanalis	: Bersih, tidak tampak serumen pada telinga.

Membran timpani : Tampak utuh

g. Pola persepsi dan konsep diri
   1) Keadaan sebelum sakit :

      Pasien mengatakan senang dengan dirinya sendiri dan merasa nyaman dengan kehidupannya sekarang. Pasien mengatakan sangat menyukai bagian mukanya. Pasien mengatakan bahwa ia melihat matanya sangat indah dari anggota tubuh yang lainnya.
   2) Keadaan sejak sakit :

      Pasien mengatakan tidak bisa berbuat apa-apa dengan kondisinya yang sangat lemah, pasien mengatakan kalau dirinya ingin cepat sembuh
   3) Observasi :

      Tampak pasien memandangkan perawat dan tidak memalingkan wajahnya.
      a) Kontak mata : Penuh
      b) Rentang perhatian : Perhatian penuh
      c) Suara dan cara bicara : Jelas, terdengar baik
      d) Postur tubuh : Tidak di kaji

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama
   1) Keadaan sebelum sakit :

      Pasien mengatakan ia tinggal bersama istri dan anak-anaknya. Pasien mengatakan jika ada masalah yang terjadi di dalam keluarganya pasien selalu menyelesaikan dengan cara yang baik.
   2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan selama ia di rawat di rumah skait keluarganya datang menjenguknya. Pasien mengatakan keluarganya sering membertikan support dan dorongan agar ia cepat sembuh.

3) Observasi :

Tampak pasien akrab dengan keluarganya, tampak pasien dijenguk oleh keluarganya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan mempunya 1 orang istri dan 4 orang anak. Pasien mengatakan bahwa dirinya sudah tua dan tidak menggunakan alat kontrasepsi

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan yang berhubungan dengan reproduksi dan seksualitasnya.

3) Observasi :

Tampak tidak dikaji pasien menolak

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dapat dikaji.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak pernah marah-marah saat mengalami masalah. Pasien mengatakan bila ada masalah yang terjadi maka ia akan menyelesaikannya dengan cara berkonsultasi dengan istrinya. Pasien mengatakan selalu berdoa kepada Tuhan saat merasa masalahnya sangat berat baginya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan cemas dengan penyakitnya. Pasien mengatakan kalau dirinya tidak akan sembuh lagi. Pasien mengatakan kalau dirinya sebentar lagi akan mati dan pasien juga mengatakan sudah putus asa dengan penyakitnya yang tak kunjung sembuh.

3) Observasi :

Tampak pasien cemas, tampak pasien sedih, tampak gelisah, tampak kontak mata pasien kurang.

K. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kalau dirinya beragama Kristen khatolik. Pasien juga mengatakan ia jarang mengikuti kegiatan di gereja

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak salit pasien hanya berdoa dalam hati. Pasien mengatakan ia berdoa agar kondisinya bisa membaik dan cepat sembuh.

3) Observasi :

Tampak tidak ada buku diatas tempat tidur pasien.

4. UJI SARAF CRANIAL

a. N I Olafactorius – Penghiduan

Tampak pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

b. N II Optikus

Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak kurang lebih 30 cm.

c. N III ,IV Dan VI

Pasien mampu mengerakan bola matanya ke segalah arah.

Refleks cahaya positif

d. N V Trigeminus

Sensorik : Pasien dapat merasakan goresan kapas pada pipi, dagu dan dahinya.

Motorik : Pasien mampu mengigit dengan kuat.

e. N VII Facialis

Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis gula dan pahit kopi

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi dan tersenyum.

f. N VIII Vestibuloakustikus

Vestibularis : Tidak dikaji

Akustikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari perawat pada telinga kanan dan kiri.

g. N X Vagus

Tampak ulvula terletak ditengah

h. N IX Glosoparingeus

Pasien mampu menelan

i. N XI

Pasien mampu menggerakan kepala serta mengangkat bahu kanan dan kiri

j. N XII Hipglasus

Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kanan dan kiri dari arah dalam menggunakan lidah.

5. Pemeriksaan Laboratorium

a. Pemeriksaan Darah : Pemeriksaan Darah Lengkap : Tanggal 20 April 2018

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
MCH	31.1	+	Pg	27 … 31
RDW-CV	15.9	+	%	11.5 … 14.5
NEUT%	98.4	+	%	40 … 74
LYM %	0.7	-	%	19 … 48
MXD%	0.9	-	%	4 … 18
NEUT#	10.6	+	10^3/uL	1.5 … 7
LYM#	0.1	-	10^3/uL	1 … 3.7

6. Pemeriksaan Foto Thorax PA

Tanggal 19 April 2018

KESAN :

Pneumonia kiri

Bronchitis

Efusi pleura kiri minimal

7. Terapi Obat

3x4mg salbutamol/oral

240mg aminophilin/drips

2,5ml combivent/nebu

1grm ceftriaxone/IV

5mg Dexamethasone/IV

3x500mg acetylcyysteine/oral

ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn"P"/59 tahun

Ruang/Kamar: Bernadeth II B/7152

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Data Subyektif : - Pasien mengatakan sering keluar masuk rumah sakit karena sesak sejak 4 tahun yang lalu. - Pasien mengatakan 2 minggu yang lalu di rawat di rumah sakit lakipadada karena sesak napas dan sudah di perbolehkan pulang ke rumah tetapi 3 hari di rumah sesak semakin memberat sehingga pasien di rujuk ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar . - Pada saat pengkajian pasien mengeluh sesak dan batuk berlendir berwarna kuning dan memberat jika tidur terlentang. Data Obyektif : - Tampak pasien sesak - Tampak mukus berwarna kuning - Tampak penggunaan otot bantu napas. - Tampak pasien batuk berlendir berwarna kuning. - P : 28x/menit.	Mukus Berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas

2	- Hasil torax : Pneumonia kiri. - Bronchitis . - Efusi pleura kiri minimal Data Subyektif : - Pasien mengatakan makan 2 kali sehari dan hanya mampu menghabiskan ¼ porsi. - Pasien mengatakan hanya makan - makanan yang disediakan oleh rumah sakit. - Pasien mengatakan napsu makan berkurang sejak sakit. - Pasien mengatakan setiap makan merasa ingin mual. - Pasien mengatakan sejak sakit hanya menghabiskan ± 3 gelas perhari (600cc). - Pasien juga mengatakan sejak sakit mengalami penurun berat badan 12 kg sejak 4 bulan yang lalu. Data obyektif : - Tampak badan pasien kurus - Tampak kulit kering - Tampak pasien juga menghabiskan 1/4 porsi makanan yang disediakan - Tampak bibir pecah-pecah - Tampak berat badan 41 kg - IMT : 15,18 (Tubuh kurang pangan).	Kurang asupan makanan	Ketidakseim bangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3	Data Subyektif : - Pasien mengatakan cemas dengan penyakitnya. - Pasien mengatakan kalau dirinya tidak akan sembuh lagi. - Pasien mengatakan kalau dirinya sebentar lagi akan mati. - Pasien mengatakan sudah putus asa dengan penyakitnya yang tak kunjung sembuh. Data Obyektif : - Tampak pasien cemas. - Tampak pasien sedih. - Tampak gelisah, tampak kontak mata pasien kurang.	Perubahan besar pada status kesehatan	Ansietas

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/ umur : Tn “P”

Unit /kamar : Bernadeth II B/7152

No	Diagnosa keperawatan
I	Ketidak efektifan bersihan jalan napas b.d mukus berlebihan
II	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan
III	Ansietas b.d perubahan beasar (status kesehatan)

Rencana Keperawatan

Nama/Umur : Tn “P”/59 Tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth IIB/715²

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcames Clasification (NOC)	Nursing Intervention Clasification (NIC)
19 April 2018	Ketidak efektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan.	Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mampu mempertahankan kepatenan jalan napas dengan kriteria hasil. a. Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. b. Kemampuan untuk mengeluarkan secret dipertahankan pada skala 2 ditigkatkan ke skala 3.	1. Manejemen jalan napas - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. - Motivasi pasien untuk bernapas pelan, dalam dan batuk. - Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. - Kelolaan nebulizer ultrasonic, sebagaimana mestinya. - Monitor status pernapasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya.

		c. Irama pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3	- Auskultasi suara napas catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan. 2. Monitor pernapasan - Monitor kemampuan batuk efektif pasien. 3. Berikan oksigen - Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. - Monitor aliran oksigen. (5 liter)
II	Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu memenuhi status nutrisi dengan kriteria hasil : Status Nutrisi : Asupan makanan dan cairan.	1. Manajemen nutrisi - Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsusmsi makanan. - Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak dikursi, jika memungkinkan. - Pastikan makanan yang disajikan dengan cara yang menarik dan pada

		a. Asupan makanan secara oral dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. b. Asupan cairan secara oral dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3	suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal. - Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan. - Tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. - Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi 2. Konseling nutrisi - Kaji asupan makanan dan kebiasaan makanan pasien 3. Monitor nutrisi - Identifikasi perubahan napsu makan dan aktivitas akhir- akhir ini.

III	Ansietas b/d perubahan besar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kecemasan pasien mampu mengontrol kecemasan diri dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kecemasan : a. Distress dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3.Perasaan gelisah dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. b. Wajah tegang dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3	1. Pengurangan Kecemasan : - Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan - Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat . - Dengarkan klien Puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat . - Instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi. - Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. - Berada disisi klien untuk mengatakan rasa aman dan mengurangi ketakutan. - Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan. 2. Teknik menenangkan - Yakinkan keselamatan dan keamanan klien.

Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Tn “P”/59 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth IIB/ 715²

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi Keperawatan	Paraf
19 April 2018	III	14:20	Menginstruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi H/: -Tampak pasien melakukan tarik napas dalam .	Serliana
	III	14:50	Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. H/: -Pasien mengatakan merasa cemas ketika memikirkan penyakitnya yang tak kunjung sembuh.	Serliana
	III	15:00	Meyakinkan keselamatan dan keamanan klien H/: -Tampak pasien yakin dengan perkataan perawat	Serliana
	I	15:30	Memposisikan pasien untuk memastikan pertukaran udara agar tidak sesak H/: - Pasien mengatakan kalau ia merasa nyaman ketika diberikan posisi semi fowler.	Serliana
	I,II,III	16:00	Mengobservasi TTV TD : 110/80 N : 88x/menit S : 36,5oc	Serliana

			P : 28x/menit	
	I	16:35	Memonitor kemampuan batuk efektif pasien H/: - Tampak pasien melakukan napas dalam dan menahannya selama 3 detik kemudian batuk	Serliana
	I	17:20	Mengauskultasi suara napas catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada suara tambahan. H/: -Tampak terdengar suara ronchi dibagian paru sebelah kiri.	Serliana
	II	17:45	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan . H/: -Pasien mengatakan merasa nyaman saat disekitar lingkungannya bersih dan tidak ribut.	Serliana
	III	18:00	Mengkolaborasi pemberian obat H/: - Salbutamol 3x4mg/oral - Combivent 2,5ml/nebu - Acetylcysteine 3x500mg/oral	Serliana dan perawat hendra
	II	18:30	Menganjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak dikursi jika memungkinkan. H/: -Tampak pasien mendengarkan instruksi perawat yaitu duduk dengan posisi tegak diatas tempat tidur saat makan.	Serliana

	II	19:00	Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan. H/: -Tampak pasien mencuci mulut sebelum makan. -Tampak bibir kering.	Serliana
	II	19:30	Memastikan makanan yang disajikan dengan menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal. H/: -Pasien mengatakan suka dengan makanan yang hangat. -Tampak makanan yang disajikan masih hangat.	Serliana
	I	20:00	Mengkolaborasi pemberian obat H/: - Aminophilin 240mg/drips. - Ceftriaxone 1grm/IV - Dexamethasone 5mg/IV	Serliana dan perawat hendra
	III	20:35	Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan H/: -Tampak pasien merasa yakin dan terbuka dengan perawat.	Serliana
	III	21:00	Mendengarkan klien H/ : -Pasien mengatakan putus asa dengan penyakitnya yang tak kunjung sembuh. -Pasien mengatakan kalau dirinya	Deriani

			sebentar lagi akan mati. -Tampak pasien sedih -Tampak pasien gelisah	
	I,II,III	21:30	Mengobservasi TTV TD : 120/80 S : 36^{o}C N : 80x/menit P : 28x/menit	Deriani
	I,II,III	24:00	Mengkolaborasi pemberian obat. H/: - Combivent 2,5ml/nebu - Dexamethasone 5mg/IV	Deriani dan Kak Riska
	I,II,III	05:00	Mengobservasi TTV TD : 130/90 mmHg N : 82x/menit P : 28x/menit S : 36,7^{o}c	Deriani
	I	06:00	Memberikan nebulizer. H/ : - Combivent 2,5ml/neb	Deriani dan perawat
	I	07:00	Mengkolaborasi pemberian obat H/: - Salbutamol 3x4mg - Acetylcysteine 3x500mg	Riska Fristy dan Kak Wahyu
	I	08:00	Memonitor status pernapasan dan okseigenasi, sebagaimana mestinya. H/: -Tampak pasien sesak napas. -Tampak pernapasan : 28x/menit.	Fristy
	I	08:35	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. H/:	Fristy

			-Tampak pasien bernapas dalam dan batuk.	
	II	09:00	Mengidentifikasi perubahan napsu makan dan aktivitas akhir-akhir ini H/: - Pasien mengatakan selera makan berkurang - Tampak masih tersisa setengah porsi makanannya.	Fristy
	III	09:25	Mengkaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan H/: - Pasien mengatakan merasa cemas dengan penyakit yang ia rasakan sekarang. - Pasien mengatakan kalau dirinya tidak akan sembuh lagi - Tampak pasien gelisah. - Tampak ekspresi wajah sedih.	Fristy
	I,II,III	10:00	Mengobservasi TTV H/: TD: 130/90 mmHg N : 88x/menit S : 36,5 ºC P : 28 x/menit	Fristy
	III	10:30	Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan H/: - Mendukung keluarga untuk memberikan semangat kepada pasien agar pasien tidak memikirkan penyakitnya	Fristy

			- Tampak perawat menganjurkan pasien untuk membaca buku atau mendengarkan musik	
	II	11:00	Mengkaji asupan makanan dan kebiasaan akhir-akhir ini H/: - Pasien mengatakan selera makan berkurang. - Pasien mengatakan kalau ia tidak mampu untuk menghabiskan makan yang di sediakan rumah sakit. - Pasien mengatakan ia cuman bisa menghabiskan setengah porsi makanan yang disediakan - Tampak lemas - Tampak pasien menghabiskan setengah porsi makanan. - Tampak bibir kering.	Fristy
	I	11:35	Memonitor aliran oksigen H/: - Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter.	Fristy
	I	12:00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/: - Salbutamol 3x4mg/oral - Combivent 2,5 ml/ nebu. - Dexametaxone 5mg/IV. - Acetylcysteine 3x500mg/oral.	Fristy
	II	12:40	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. H/:	Fristy

			- Pasien mengatakan kalau ia tidak mampu untuk menghabiskan makannya.	
	I	13:00	Memposisikan pasien untuk memastikan pertukaran udara agar tidak sesak H/: -Pasien mengatakan sesaknya berkurang ketika di berikan posisi semi fowler.	Fristy
	I	13:30	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya. H/: -Pasien mengatakan kalau ia masih merasa sangat sesak. -Pasien mengatakan masih batuk berlendir. -Tampak perawat memberikan posisi semi fowler. -Tampak ekspresi wajah pasien tenang. -Tampak pernapasan 28x/menit . -Tampak pasien mengunakan O2 5 liter.	Fristy
20 April 2018	I	14:20	Menginstruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi H/: -Tampak melakukan tarik napas dalam	Serliana
	I	15:10	Memposisikan pasien. H/: - Pasien mengatakan kalau ia merasa nyaman ketika diberikan posisi semi fowler.	Serliana

	I	15:40	Mengkaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan H/: - Tampak ekspresi wajah pasien merasa cemas dengan penyakit yang dia rasahkan sekarang. - Tampak pasien gelisah	Serliana
	I,II,III	16:00	Mengobservasi TTV TD : 130/80 N : 85x/menit S : 36^{o}c P : 27x/menit	Serliana
	II	17:00	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan . H/: -Tampak pasien merasa nyaman saat makan ketika disekitar lingkungannya bersih	Serliana
	III	17:30	Menginstruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi H/: -Tampak melakukan tarik napas dalam.	Serliana
	I	18:00	Mengkolaborasi pemberian obat H/: - Aminophilin 24mg/drips. - Ceftriaxone 1grm/IV. - Dexamethasone 5mg/IV	Serliana dan perawat warda
	III	18:35	Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. H/: -Pasien mengatakan merasa cemas ketika memikirkan penyakitnya yang	Serliana

			tak kunjung sembuh.	
	II	19:15	Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan. H/: -Tampak pasien mencuci mulut sebelum makan. -Tampak bibir kering.	Serliana
	II	19:40	Memastikan makanan yang disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal. H/: -Pasien mengatakan suka dengan makanan yang hangat. -Tampak makanan yang disajikan masih hangat.	Serliana
	I	20:00	Mengkolaborasi pemberian obat H/ : - Aminophilin 240mg/drips. - Ceftriaxone 1 grm/IV. - Dexamethasone 5mg/IV.	Serliana dan perawat warda
	I	20:30	Memonitor status pernapasan dan okseigenasi, sebagaimana mestinya. H/: -Tampak pasien sesak napas. -Tampak pernapasan : 28x/menit. -Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul 5 liter	Serliana
	I,II,III	21:00	Mengobservasi TTV TD : 140/90 S : 36,5^{o}C	

			N : 88x/menit P : 27x/menit Menginstruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi	Selmi
	III	21:40	H/: -Tampak melakukan tarik napas dalam Mengkolaborasi pemberian obat.	Selmi
	I	24:00	H/: - Combivent 2,5ml/nebu/6 jam. - Dexamethasone5mg/IV/8 jam	Selmi
	I,II,III	05:00	Mengobservasi TTV TD : 130/90 mmHg N : 82x/menit P : 27x/menit S : 36,5oc Memberikan nebulizer	dan perawat hendra Selmi
	I	06:00	H/ : - Combivent2,5ml/nebu/6 jam Mengkolaborasi pemberian obat	Selmi
	I	07:00	H/: - Salbutamol 3x4mg/oral - Acetylcysteine 3x500mg. Mendengarkan klien	Devi danpera wat
	III	07:30	H/ : -Pasien mengatakan putus asa dengan penyakitnya yang tak kunjung sembuh. -Pasien mengatakan kalau dirinya sebentar lagi akan mati. -Tampak pasien sedih. -Tampak pasien gelisah. Memonitor kemampuan batuk efektif	wahyu Devi

			pasien	
	I	08:00	H/: -Pasien mengatakan dahaknya belum keluar walaupun sudah melakukan batuk efektif. -Pasien mengatakan hanya melakukan batuk efektif satu kali dalam sehari - Tampak pasien melakukan napas dalam dan menahannya selama 3 detik kemudian batuk	Devi
	III	08:25	Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan H/: - Mendukung keluarga untuk memberikan semangat kepada pasien agar pasien tidak memikirkan penyakitnya - Tampak perawat menganjurkan pasien untuk membaca buku atau mendengarkan musik	Devi
	III	09:00	Meyakinkan keselamatan dan keamanan klien H/: -Tampak pasien yakin dengan perkataan perawat	Devi
	II	09:30	Mengkaji asupan makanan dan kebiasaan akhir-akhir ini H/: - Pasien mengatakan napsu makan berkurang. - Tampak lemas Mengobservasi TTV	Devi

	I,II,III	10:00	H/: TD: 120/90 mmHg N : 82x/menit S : 36,5 ºC P : 26 x/menit Menginstruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi	Devi
	I	11:25	H/: -Tampak melakukan tarik napas dalam Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	Devi
	III	11:40	H/: -Tampak pasien merasa yakin dan terbuka dengan perawat. Mengkolaborasikan pemberian obat	Devi
	I	12:00	H/: - Salbutamol 3x4mg/oral - Combivent 2,5 ml/ nebu - Dexametaxone 5mg/IV - Acetylcysteine 3x500mg/oral	Devi perawat wahyu
	II	12:35	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. H/: - Pasien mengatakan kalau ia tidak mampu untuk menghabiskan makanannya. Mengidentifikasi perubahan napsu makan dan aktivitas akhir-akhir ini	Devi
	II	13:35	H/: - Pasien mengatakan selera makannya berkurang.	Devi

			- Pasien mengatakan cuman bisa menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan - Tampak masih tersisa ¼ porsi makanan di atas meja pasien. - Tampak Lemas. Mengkolaborasi pemberian obat H/:	
21 April 2018	I	07:00	- Salbutamol3x1/oral/12 jam. - Acetylcysteine3x1/oral/8 jam. - Paracetamol 3x1/oral/12 jam	Serliana dan perawat hendra
	III	08:25	Mengkaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan H/: - Tampak ekspresi wajah pasien merasa cemas dengan penyakit yang dia rasahkan sekarang - Tampak pasien gelisah Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	Serliana
	III	08:40	H/: - Pasien mengatakan kalau dirinya tidak akan sembuh. - Tampak pasien gelisah Mengkaji asupan makanan dan kebiasaan akhir-akhir ini	Serliana
	II	09:00	H/: - Pasien mengatakan napsu makan berkurang. - Tampak lemas. - Tampak pasien tidak napsu makan. Memonitor aliran oksigen	Serliana

			H/:	
	I	09:30	- Tampak pasien terpasang oksigen nasal kanul 5 liter.	Serliana
			Mengobservasi TTV	
			H/: – TD: 110/90 mmHg	
	I,II,III	10:00	N : 82x/menit	
			S : 36,5 ºC	Serliana
			P : 26 x/menit	
			Menginstruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi	
	I	11:15	H/:	
			-Tampak melakukan tarik napas dalam	Serliana
			Menentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi	
	II	11:45	kebutuhan gizi.	
			H/:	Serliana
			- Pasien mengatakan kalau ia tidak mampu untuk menghabiskan makanan yang disediakan.	
			Mengkolaborasikan pemberian obat	
			H/:	
	I	12:00	- Salbutamol 3x4mg/oral.	
			- Combivent 2,5 ml/ nebu	Serliana
			- Dexametaxone 5mg/IV	
			- Acetylcysteine 3x500mg/oral	
			Mengidentifikasi perubahan napsu makan dan aktivitas akhir-akhir ini	
	II	13:00	H/:	
			- Pasien mengatakan napsu makannya berkurang.	Serliana
			- Tampak masih tersisa ¼ porsi makanan di atas meja pasien.	

			Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.	
	III	13:45	H/: -Pasien mengatakan kalau ia merasa sangat cemas ketika memikirkan penyakitnya yang tak kunjung sembuh.	Serliana
			Memposisikan pasien.	
	I	14:00	H/: -Pasien mengatakan kalau ia merasa nyaman ketika diberikan posisi semi fowler.	Fristy
			Memonitor kemampuan batuk efektif pasien	
	I	15:20	H/: -Pasien mengatakan dapat melakukan batuk efektif dengan cara bernapas dalam dan batuk. -Tampak pasien dapat melakukan batuk efektif.	Fristy
			Mengobservasi TTV	
	I,II,III	16:00	TD : 120/80 N : 85x/menit S : 36,5oc P : 28x/menit	Fristy
			Memonitor status pernapasan dan okseigenasi, sebagaimana mestinya.	
	I	17:30	H/: -Tampak pasien sesak napas. -Tampak pernapasan : 28x/menit. -Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul 5 liter.	Fristy

			Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan .	
	II	17:45	H/: -Pasien mengatakan merasa nyaman saat disekitar lingkungannya bersih.	Fristy
			Mengkolaborasi pemberian obat	
			H/:	
	I	18:00	- Salbutamol 3x4mg/oral	
			- Combivent2,5ml/nebu	Fristy
			- Acetylcysteine 3x500mg/oral	dan
			Menganjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak dikursi jika memungkinkan	perawat warda
	II	19:00	H/:	
			-Tampak pasien mendengarkan instruksi perawat yaitu duduk dengan posisi tegak diatas tempat tidur saat makan.	Fristy
			Mengkolaborasi pemberian obat	
			H/ :	
	I	20:00	- Aminophilin 240/drips	
			- Ceftriaxone 1 grm/IV	Fristy
			- Dexamethasone 5mg/IV	dan
			Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	perawat warda
	III	20:30	H/:	
			-Tampak pasien merasa yakin dan terbuka dengan perawat.	Fristy
			Mendorong keluaga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat	
	III	21:00	H/:	Deriani
			-Tampak keluarga pasien berada	

			disamping pasien Mengobservasi TTV TD : 120/90	
	I,II,III	21:30	S : 36^{o}C N :86x/menit P : 26x/menit Mengkolaborasi pemberian obat. H/:	Deriani
	I	24:00	- Combivent 2,5ml/nebu - Dexamethasone 5mg/I Mengobservasi TTV TD : 140/90 mmHg	Deriani dan perawat novi
	I,II,III	05:00	N : 88x/menit P : 26x/menit S : 36,5^{o}c Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif.	Deriani
	I	05:30	H/: -Tampak pasien bernapas dalam dan batuk. Memberikan nebulizer. H/ :	Deriani
	I	06:00	- Combivent 2,5ml/nebu Mengauskultasi suara napas catat area yang ventilasinya menurun atau tidak	Deriani
	I	06 :25	ada suara tambahan. H/: -Pasien mengatakan dahaknya masih banyak. -Pasien mengatakan kalau ia dapat melakukan batuk efektif -Tampak terdengar suara ronchi	Deriani

			dibagian paru sebelah kiri.	
	I	06:40	Meyakinkan keselamatan dan keamanan klien H/: -Tampak pasien yakin dengan perkataan perawat	Deriani dan Kak Novi
	II	07:00	Mengkolaborasi pemberian obat H/: - Salbutamol 3x4mg/oral - Acetylcysteine 3x500mg	Deriani
	III	07:25	Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan. H/: -Pasien mengatakan hanya menghabiskan 1/3 porsi makananya. -Tampak lemas.	Deriani
	III	07:30	Mendengarkan klien H/ : -Pasien mengatakan sudah tidak putus asa dengan penyakitnya yang sekarang. -Pasien mengatakan yakin kalau dirinya sebentar lagi akan sembuh. -Pasien mengatakan ia akan berjuang untuk kesembuhannya agar bisa melakukan pekerjaannya kembali. -Tampak pasien bersemangat saat di ajak bercerita -Tampak pasien terseyum dan tertawa.	Deriani

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Perawat
20 April 2018	DP I : Ketidatefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan. S : -Pasien mengatakan kalau ia masih merasa sangat sesak. -Pasien mengatakan masih batuk berlendir. -Pasien mengatakan sesaknya berkurang ketika di berikan posisi semi fowler. O : -Tampak perawat memberikan posisi semi fowler. -Tampak ekspresi wajah pasien tenang. -Tampak pernapasan 28x/menit . -Tampak pasien mengunakan O2 5 liter. A : Jalan napas belum paten P : Lanjutkan intrvensi: - Manajemen jalan napas. - Monitor pernapasan - Berikan oksigen	Serliana

	DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan. S : - Pasien mengatakan selera makan berkurang. - Pasien mengatakan kalau ia tidak mampu untuk menghabiskan makan yang di sediakan rumah sakit. - Pasien mengatakan ia cumin bisa menghabiskan setengah porsi makanan yang disesiakan O : - Tampak lemas - Tampak pasien menghabiskan setengah porsi makanan. - Tampak bibir kering. A : Asupan nutrisi belum terpenuhi P : Lanjutkan intervensi. - Manajemen Nutrisi - Konseling Nutrisi - Monitor Nutrisi	Serliana

	DP III : Ansietas b/d perubahan besar pada status kesehatan. S : - Pasien mengatakan kalau dirinya tidak akan sembuh. - Pasien mengatakan kalau dirinya tidak bisa bekerja lagi. - Pasien mengatakan sudah putus asa dengan peyakit yang tak kunjung sembuh. O : - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien sedih A : Pasien belum bisa mengontrol kecemasan P : Lanjutkan intrvensi: - Pengurangan kecemasan - Teknik menenangkan	Serliana

21 April 2018	DP I : Ketidakefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan S : -Pasien mengatakan dapat melakukan batuk efektif dengan cara bernapas dalam dan batuk. -Pasien mengatakan dahaknya belum keluar walaupun sudah melakukan batuk efektif. -Pasien mengatakan hanya melakukan batuk efektif satu kali dalam sehari. O : -Tampak pasien mengikuti intruksi perawat. -Tampak pasien dapat melakukan batuk efektif A : Jalan napas belum paten P : Lanjutkan intrvensi: - Manajemen jalan napas - Monitor pernapasan - Berikan oksigen	Serliana

	DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. S : - Pasien mengatakan selera makannya berkurang. - Pasien mengakatakan suka makan-makanan yang masih hangat. - Pasien mengatakan merasa nyaman ketika di sekitar lingkungannya bersih saat makan. O : - Tampak masih tersisa ¼ porsi makanan di atas meja pasien. - Tampak pasien mencuci mulut sebelum makan. - Tampak makanan yang di sajikan masih hangat. - Tampak bibir kering. - Tampak Lemas. A : Asupan nutrisi belum terpenuhi P : Lanjutkan intervensi. - Manajemen Nutrisi - Konseling Nutrisi - Monitor Nutrisi	Serliana

	DP III : Ansietas b/d perubahan besar pada status kesehatan. S : - Pasien mengatakan masih merasa cemas saat memikirkan masalah penyakitnya. - Pasien mengatakan merasa cemas saat memikirkan tentang pekerjaanya. - Pasien mengatakan selama sakit ia tidak bisa bekerja lagi O : - Tampak pasien gelisah. - Tampak kontak mata pasien berkurang A : Pasien belum bisa mengontrol kecemasan P : Lanjutkan intrvensi: - Pengurangan kecemasan - Teknik menenangkan	Serliana

22 April 2018	DP I : Ketidakefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan S : -Pasien mengatakan dahaknya masih banyak. -Pasien mengatakan kalau ia dapat melakukan batuk efektif O : -Tampak terdengar suara ronchi dibagian paru sebelah kiri. A : Jalan napas belum paten P : Lanjutkan intrvensi: Kepada perawat ruangan - Manajemen jalan napas. - Monitor pernapasan. - Berikan oksigen	Serliana

	DP II : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan S : -Pasien mengatakan senang makan saat mulutnya tidak bau. -Pasien mengatakan untuk mengurangi bau mulutnya, ia minum air terlebih dahulu. -Pasien mengatakan hanya menghabiskan 1/3 porsi makananya. O : -Tampak pasien mencuci mulut sebelum makan. -Tampak bibir kering A : Asupan nutrisi belum terpenuhi P : Lanjutkan intervensi : Kepada perawat ruangan - Manajemen Nutrisi - Konseling Nutrisi - Monitor Nutrisi	Serliana

	DP III : Ansietas b/d perubahan besar pada status kesehatan S : -Pasien mengatakan sudah tidak putus asa dengan penyakitnya yang sekarang. -Pasien mengatakan yakin kalau dirinya sebentar lagi akan sembuh. -Pasien mengatakan ia akan berjuang untuk kesembuhannya agar bisa melakukan pekerjaannya kembali. O : -Tampak pasien bersemangat saat di ajak bercerita. -Tampak pasien terseyum dan tertawa. A : Pasien sudah mulai mengontrol kecemasan P : Stop Intervensi	Serliana

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Tn “P” masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 18 April 2018 di ruang St. Bernadeth IIB dengan diagnosa medik Bronchopneumonia. Pasien mengeluh sesak dialami sejak 4 tahun yang lalu dan mengatakan 2 minggu yang lalu di rawat di rumah sakit lakipadada karena sesak napas dan sudah diperbolehkan pulang ke rumah tetapi 3 hari di rumah sesak semakin memberat sehingga pasien di rujuk ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Saat pengkajian tanggal 18 April 2018, penulis mendapatkan pasien alam keadaan sesak dengan penggunaan otot bantu napas dan tampak irama pernapasan cepat. Pasien tampak batuk berlendir berwarna kuning, tampak terpasang O2 nasal kanul 5 liter, terdengar suara napas tambahan ronchi. Terpasang infus Rl 500cc dan Clinimix 20 tetes permenit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD : 110/80 mmHg, suhu 36,5^{o}c, pernapasan : 28x/menit, nadi : 88x/menit. Pemeriksaan foto thorax Pneumonia kiri, Bronchitis, Efusi pleura kiri minimal pengobatan yang diberikan Salbutamol 3x1/oral/12 jam, Aminophilin 24mg/drips/ 12 jam, Combivent 2,5ml/nebu/6 jam, Ceftriaxone 1 grm/IV/ 12 jam, Dexamethasone 5mg/IV/8 jam, Acetylcysteine 3x1/oral/8 jam

Berdasarkan pengkajian diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu : ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubunga dengan asupan makanan, ansietas berhubungan dengan pengurangan kecemasan pada status kesehatan

G. DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : Salbutamol
   a. Klasifikasi/golongan obat : Bronkodilator
   b. Dosis umum : 2-3x sehari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme dan cara kerja obat : Salbutamol adalah obat yang dapat melebarkan saluran paru-paru. Obat yang masuk ke dalam golongan bronkodilator ini bekerja dengan cara melemaskan otot-otot di sekitar saluran pernapasan yang menyempit sehingga udara dapat mengalir lebih lancar ke dalam paru-paru. Salbutamol dapat meringankan gejala-gejala asma dengan cepat saat serangan asma berlangsung, serta dapat juga dipakai untuk mengobati penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).
   f. Alasan pemberian obat : Untuk meredakan penyakit asma dan penyakit paru obstruksi kronik.
   g. Kontra indikasi : Tidak boleh digunakan untuk penderita gangguan jantung dengan nadi cepat
   h. Efek samping obat : Jantung berdebar-debar., detak jantung yang cepat atau tak teratur, gemetaran, sakit perut, nyeri dada, batuk berdahak, diare, sulit menelan, sakit kepala, mengigil demam, mual.

2. Nama obat : Ceftriaxone
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : Dewasa dan anak > 12 tahun, dosis lazim 1x sehari.
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1g/12 jam/ IV

d. Cara pemberian obat : Intravena
e. Mekanisme dan cara kerja obat : Ceftriaxone adalah golongan cefalosforin dengan septrum luas, yang membunuh bakteri dengan menghambat sintesis dinding sel bakteri. Ceftriaxone sangat stabil terhadap B-laktamase terutama yang di hasilkan oleh organisme gram negative. Ceftriaxone juga aktif terhadap bakteri gram posif, seperti sterptococcuspneumonia, streptococcus pyogenes.
f. Alasan pemberian obat : Menderita pneumonia yang disebabkan oleh bakteri
g. Kontra indikasi : Hipersensitif terhadap sefalosporin dan hipersensitif terhadap penicillin atau anti biotika B-Lactam.
h. Efek samping obat : Gangguan lambung – usus, perubahan hematologi, reaksi kulit, gangguan koagulasi, flebitis (pada injeksi intravena), sakit kepala, pusing.

3. Nama obat : Aminophilin
   a. Klasifikasi/golongan obat : Xanthine bronchodilator
   b. Dosis umum : 250-500mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 240mg
   d. Cara pemberian obat : drips
   e. Mekanisme dan cara kerja obat : Aminofilin adalah obat yang digunakan untuk mengobati berbagai gangguan, pernapasan seperti asma, penyakit paru obstruksi kronis, bronkhitis, dan emfisema. Obat ini juga terkadang digunakan untuk menangani gangguan pernapasan pada bayi yang lahir prematur.
   f. Alasan pemberian obat : Dengan cara membuka saluran pernapasan di paru-paru, sehingga udara mengalir ke dalam paru tanpa hambatan.

g. Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap teofilin dan ethlendiamine
h. Efek samping obat : Gelisah, sakit kepal, gangguan tidur, jumlah urine meningkat, diare, berdebar-debar, nyeri ulu hati, mual dan muntah, kejang.

4. Nama obat : Combivent
   a. Klasifikasi/golongan obat : inhaler
   b. Dosis umum : Dewasa 3-4 x sehari 1 respule
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : Combivent 1 respule/ inhalasi/8 jam
   d. Cara pemberian obat : inhaler menggunakan nebulizer
   e. Mekanisme dan cara kerja obat : Combivent mengandung impratropium bromide yang mengurangi produksi lendir. Saluran napas. Combivent mengandung salbutamol yang bekerja dengan cara melebarkan saluran napas bawa (bronkus). Dengan demikian keluhan sesak napas dan bunyi mengi akan berangsur hilang setelah dilakukan nebulisasi maupun semprot aerosol dengan combivent.
   f. Alasan pemberian obat : Pasien mengalami sesak napas dan batuk berlendir
   g. Kontra indikasi : Kardiomiopati obstruktif hipertrofik, takhiaritmia
   h. Efek samping obat : Pusing, berdebar, mual, radang atau iritasi pada tenggorokan, serak

5. Nama obat : Dexamethasone
   a. Klasifikasi/golongan obat : Kortikosteroid
   b. Dosis umum : 0,75-9mg/ampul
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5mg/IV/8jam

d. Cara pemberian obat : Intravena
e. Mekanisme dan cara kerja obat : Mempengaruhi sintesa protein pada proses transkipsi
f. Alasan pemberian obat : Pengobatan keadaan alergi bronchitis.
g. Kontra indikasi : Hipersensitif terhadap obat Dexamethasone
h. Efek samping obat : Mual, muntah, nyeri ulu hati, gangguan pencernaan, berkeringat berlebihan, sulit tidur, kenaikan berat badan, haid tidak teratur.

6. Nama obat : Acetylcysteine
   a. Klasifikasi/golongan obat : Ekspektoran
   b. Dosis umum : 200 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x500mg
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme dan cara kerja obat : Acetylcysteine adalah obat yang berfungsi untuk mengencerkan dahak yang mengalami saluran pernapasan. Dahak kental yang menempel dan menghambat saluran pernapasan biasanya muncul akibat penyakit pada paru-paru yang meliputi bronchitis, tuberculosis, pneumonia, serta fibrosisstik. Penggunaan obat pengencer dahak akan membantu anda agar bisa lebih mudah bernapas.
   f. Alasan pemberian obat : Agar dapat mengencerkan dahak
   g. Kontra indikasi : Jangan menggunakan obat ini untuk pasien yang memiliki riwayat alergi/ hipersensitivitas.
   h. Efek samping obat : Mengantuk, mual, muntah, sariawan, hidung beringus, demam

alveoli, sehingga terjadi kerusakan pada jaringan paru yang menyebabkan reaksi radang pada bronchiolus dan alveoli maka terjadi akumulasi sekret yang menyebabkan mual. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut didapatkan diagnosa medis *pneumonia*.

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

Dari teori yang didapatkan pengobatan yang dilakukan pada pasien *pneumonia* adalah dengan pengobatan antibiotik yaitu untuk mencegah terjadinya infeksi. Hal ini sejalan dengan pengobatan yang diberikan pada pasien.

Berdasarkan pengkajian 11 pola Gordon maka ada tiga pola yang bermasalah yang terdapat pada tinjauan kasus yaitu pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi metaboli, pola mekanisme koping dan toleransi sterss

A. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang didapat dari pengkajian maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan.

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena terdapat data : Pasien mengatakan sering keluar masuk rumah sakit karena sesak sejak 4 tahun yang lalu.Pasien mengatakan 2 minggu yang lalu di rawat di rumah sakit lakipadada karena sesak napas dan sudah

di perbolehkan pulang ke rumah tetapi 3 hari di rumah sesak semakin memberat sehingga pasien di rujuk ke rumah sakit stella maris Makassar . Pada saat pengkajian pasien mengeluh sesak dan batuk berlendir berwarna kuning dan memberat jika tidur terlentang. Tampak pasien sesak Tampak penggunaan otot bantu napas.Tampak pasien batuk berlendir berwarna kuning. Hasil torax : Pneumonia kiri. Bronchitis Efusi pleura kiri minimal

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan.

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena terdapat data : Pasien mengatakan makan 2 kali sehari dan hanya mampu menghabiskan ¼ porsi.Pasien mengatakan hanya makan - makanan yang disediakan oleh rumah sakit.Pasien mengatakan nafsu makan berkurang sejak sakit.Pasien mengatakan setiap makan merasa ingin mual.Pasien mengatakan sejak sakit hanya menghabiskan ±3 gelas perhari (600cc).Pasien juga mengatakan sejak sakit mengalami penurun berat badab 12 kg sejak 4 bulan yang lalu. Tampak badan pasien Kurus. Tampak kulit kering. Tampak pasien juga menghabiskan 1/4 porsi makanan yang disediakan. Tampak pasien menghabiskan ± 3 gelas/hari (600cc). Tampak berat badan 41 kg, IMT : 15,18.

3. Ansietas b/d perubahan besar pada status kesehatan

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data pasien yaitu : Pasien mengatakan cemas dengan penyakitnyaPasien mengatakan kalau dirinya tidak akan sembuh lagi.Pasien mengatakan kalau dirinya sebentar lagi akan mati.Pasien mengatakan sudah putus asa dengan penyakitnya yang tak kunjung sembuh. Tampak pasien cemas.Tampak pasien sedih.Tampak gelisah. Tampak kontak mata pasien kurang.

Dari kelima (5) diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan teoritis ada tiga (3) diagnosa yang tidak diangkat oleh penulis antara lain :

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

Adapun diagnosa yang tidak ada pada tinjauan teorits yang penulis angkat dalam tinjauan kasus adalah :

1) Ansietas berhubungan dengan perubahan besar pada status kesehatan.

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien merasa cemas deengan penyakit yang tak kunjung sembuh. Pasien juga mengatakan kalau dirinya sebentar lagi akan mati dan pasien juga sudah putus asa dengan penyakitnya

B. Perencanaan Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian dan menentukan diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis membuat intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Penulis menuliskan intervensi

sesuai dengan preoritas masalah yang ditemukan pada pasien seperti berikut ini:

DP I. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.

Pada diagnosa pertama ini, penulis membuat 9 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan mandiri perawat (Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, Auskultasi suara napas catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan) tindakan kolaborasi (Kelolaan nebulizer ultrasonic, sebagaimana mestinya)tindakan penyuluhan (Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif) tindakan observasi (Monitor status pernapasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya, monitor kemampuan batuk efektif pasien, monitor aliran oksigen).

DP II. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan.

Pada diagnosa kedua ini, penulis membuat 8 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan mandiri perawat (Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsusmsi makanan, Identifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir- akhir ini, Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, Pastikan makanan yang disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal) tindakan kolaborasi (tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi, tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi) tindakan observasi (Kaji asupan makanan dan kebiasaan makanan

pasien) tindakan penyuluhan (Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak dikursi, jika memungkinkan).

DP III. Ansietas b/d perubahan besar pada status kesehatan.

Pada diagnosa ketiga ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan mandiri perawat (Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan, Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, Berada disisi klien untuk mengatakan rasa aman dan mengurangi ketakutan) tindakan penyuluhan (Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat , Instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi) tindakan observasi (kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan).

C. Implementasi Keperawatan

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

1. Pada masalah keperawatan yang pertama mengenai ketidakefektifan bersihan jalan napas tidak semua perencanaan yang disusun oleh penulis dilaksanakan, karena penulis melakukan tindakan yang menjadi prioritas.
2. Pada masalah keperawatan kedua, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh , tidak semua perencanaan yang disusun oleh penulis dilaksanakan, Karena implementasi yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Pada masalah keperawatan yang ketiga mengenai ansietas, tidak semua perencanaan dilakukan karena prioritaskan dahulu yang menjadi tindakan utama.

D. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien.

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan. Dari hasil evaluasi masalah ini, hari pertama masalah tidak efektif, pada hari kedua sudah belum efektif dan hari ketiga maslah masih belum efektif.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Masalah keperawatan yang kedua ini, evaluasi pertama masalah nutrisi belum terpenuhi, hari kedua masalah nutrisi masih belum terpenuhi, dan hari ketiga masalah nutrisi pasien belum terpenuhi.
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar pada status kesehatan. Masalah keperawatan yang ke tiga ini dievaluasi hari pertama kecemasan pasien belum teratasi, hari kedua masalah kecemasan sudah mulai teratasi, dan hari ketiga masalah kecemasan sudah teratasi.

BAB IV
PENGAMATAN KASUS

Pada bab IV ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara konsep teori yang ada dengan kasus nyata yang terjadi pada pasien Tn “P” usia 59 tahun dengan pneumonia di ruang perawatan Bernadeth III B di rumah sakit stella maris Makassar selama 4 hari perawatan dari tanggal 18-21 april 2018.

Penulis menyajikan pembahasan kasus ini berdasarkan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan,intervensi,implementasi dan evaluasi

A. Pengkajian

Pasien mengatakan sering keluar masuk rumah sakit karena sesak 4 tahun yang lalu. Pasien mengatakan 2 minggu yang lalu di rawat di rumah sakit lakipadada karena sesak napas dan sudah diperbolehkan pulang ke rumah tetapi 3 hari di rumah sesak semakin memberat sehingga pasien di rujuk ke rumah sakit stella maris Makassar. Pada saat pengkajian pasien mengeluh sesak dan batuk berlendir berwarna kuning dan memberat jika tidur terlentang. Tampak pasien sesak, tampak penggunaan otot bantu napas, tampak pasien batuk berlendir berwarna kuning. Tampak badan pasien kurus, tampak kulit kering. TTV di temukan TD : 110/80mmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu : 36,5^{o}c, Pernapasan : 28x/menit, sedangkan pada pemeriksaan foto thorax Pneumonia kiri, Bronchitis, Efusi pleura kiri minimal. Tanda dan gejala lain yang didapatkan pada pasien adalah penurunan napsu makan,IMT : 15,18kg/m^{2}. Hal ini juga dapat dihubungkan dengan proses masuknya bakteri streptokokus, pneumokokus, dan stapilokokus melalui saluran pernapasan atas menuju ke bronchiolus sampai ke

1. dilakukan kepada Tn “P” yang tidak direncanakan sebelumnya karena disesuaikan dengan kondisi.
2. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari pada Tn “P” didapatkan hasil evaluasi yaitu : diagnosa keperawatan ansietas teratasi, sedangkan dua diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas dan ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi.

A. Saran

Melihat kenyataan dari kasus ini, maka penulis mengajukan beberapa saran yang kiranya dapat dipertimbangkan dan bermanfaat bagi berbagai pihak.

1. Institusi Rumah Sakit

   Pihak rumah sakit diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan mutu pelayanan keperawatan kearah pelayanan komprehensif.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Diharapkan dapat menambah buku-buku referensi yang berhubungan dengan penyakit *Pneumonia* sehingga di masa yang akan datang mahasiswa dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit tersebut. Contohnya setiap mahasiswa yang akan lulus diharapkan untuk menyumbang buku-buku sehingga dapat dipergunakan generasi berikutnya.

3. Bagi Pasien/keluarga

   Untuk mencegah tingkat keparahan penyakit *Pneumonia* dan gangguan psikologis pada pasien dalam menerima keadaannya , dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat bugar dan menjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, menjaga kebersihan lingkungan.

4. Bagi Penulis

   Dapat menambah wawasan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami penyakit *Pneumonia.*

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan konsep teori dan pengamatan langsung melalui asuhan keperawatan yang diterapkan padan Tn “P” dengan diagnosa pneumonia, maka penulis dapat menarik beberapa simpulan dan menganjurkan saran sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Pasien Tn ”P” dengan pneumonia masuk dengan keluhan sesak nafas dan batuk berlendir. Selain itu pasien merasa cemas N : 88x/menit. Pada saat pengkajian pasien mengeluh napsu makan berkurang. Dilakukan penimbangan berat badan 41 kg.
2. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn “P”, maka ditetapkan diagnosa keperawatan sebagai berikut :
   a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan
   b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.
   c. Ansietas berhubungan dengan perubahan pada status kesehatan
3. Dari perencanaan /intervensi yang penulis buat dengan perencanaan /intervensi berdasarkan tinjauan teoritis pada perinsipnya sama, tetapi ada beberapa intervensi yang ditambahkan oleh penulis dalam asuhan keperawatan dan tidak ada dalam tinjauan teoritis. Hal ini disebabkan karena masalah keperawatan yang diangkat tidak terdapat pada masalah keperawatan secara teoritis.

4. Semua perencanaan yang dibuat tidak semuanya diimplementasikan, karena disesuaikan dengan prioritas tindakan dan waktu istirahat pasien. Ada beberapa implementasi yang