KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. ”T” DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH IIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:
SISILIA EDRIANA
E.1514401045

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

KaryaTulis Ilmiah dengan judul ”ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn”T” DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH IIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”. Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa :Sisilia Edriana

NIM :E1514401045

Disetujui oleh

Pembimbing

(Mery Solon, Ns,M.Kes)

NIDN: 0910057502

Mengetahui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns,MSN)

NIDN: 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. "T" DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH IIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	:Kamis, 07 Juni 2018
Pukul	:14:15-15:30 Wita
Tempat	:Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Debby Lempang,S.Kep.,Ns ( )
2. Sr. Anita Sampe,JMJ.,Ns.,MAN ( )
3. Mery Solon,Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Sisilia Edriana
Tempat/Tanggal Lahir	: Keling, 22 Juli 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Lamadukelleng no. 8

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Matheus Aru/Maria E.E. Nini
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Flores/Manggarai

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDI Wae Rinding	: 2003-2009
SMPN 3 Macang Pacar	: 2009-2012
SMK Indonesia Timur	: 2012-2015
STIK Stella Maris	: 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "T" DENGAN PNEUMONIA DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADET IIA RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Maksud dan tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi program DIII Keperawaran di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini penulis tidak lepas dari dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, sehingga segala macam bentuk kesulitan yang ditemukan dapat diatasi dan dilalui dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini, perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus abdu,S.Si.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar, yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan dan beri bimbingan serta arahan dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
2. Henny Pongantung,Ns.,MSN selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program DIII dan juga Pembimbing yang telah memberi pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Dr. Thomas Soeharto,MMR.,M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar, yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk karya tulis ilmiah ini.
5. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.

6. Tn “T” dan keluarga, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Teristimewa kepada kedua orang tua saya Matheus Aru dan Maria E.E. Nini, kedua adik saya Edwardus Juni dan Dafrianus Santus yang selalu memberi dukungan, doa dan kasih sayang selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Buat semua sahabat, teman-teman DIII dan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penulisan karya tulis ilmiah ini.

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

Makassar, Juni 2018

Sisilia Edriana

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan darah lengkap 45
Tabel 3.2 pemeriksaan kimia darah..... 46
Tabel 3.3 Analisa Data..... 47
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan..... 51
Tabel 3.5 Rencana Keperawatan..... 52
Tabel 3.6 Pelaksanaan Keperawatan..... 59
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan..... 79

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Paru-paru..... 9
Gambar 3.1 Genogram..... 32

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
LEMBAR PERSETUJUAN..... i
LEMBAR PENGESAHAN..... ii
RIWAYAT HIDUP..... iii
KATA PENGANTAR..... iv
DAFTAR TABEL..... vi
DAFTAR GAMBAR..... vii
DAFTAR ISI..... viii
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 4
C. Manfaat Penulisan..... 4
D. Metode Penulisan..... 5
E. Sistematika Penulisan..... 6
BAB II TINJAUN TEORITIS..... 8
A. Konsep Dasar Medis..... 8
1. Pengertian..... 8
2. Anatomi fisiologi..... 9
3. Etiologi..... 13
4. Patofisiologi..... 15
5. Manifestasi klinik..... 16
6. Tes diagnostik..... 18
7. Penatalaksanaan..... 18
8. Komplikasi..... 19
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 20
1. Pengkajian..... 20
2. Diagnosa keperawatan..... 22
3. Perencanaan..... 22
4. Discharge planning..... 26
C. Patoflowdiagram..... 27

BAB III PENGAMATAN KASUS..... 29
A. Pengkajian..... 30
B. Analisa Data..... 46
C. Diagnosa Keperawatan..... 50
D. Rencana Keperawatan..... 56
E. Pelaksanaan Keperawatan..... 57
F. Evaluasi Keperawatan..... 78
G. Daftar Obat..... 85
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 91
A. Pengkajian..... 91
B. Diagnosa Keperawatan..... 92
C. Rencana Keperawatan..... 93
D. Implementasi Keperawatan..... 94
E. Evaluasi..... 94
BAB V PENUTUP..... 96
A. Kesimpula..... 96
B. Saran..... 97
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Melalui sistem ini tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai efektif, efisien, dan tepat sasaran. Keperawatan adalah bagian dalam pelayanan kesehatan, sehingga diharapkan perawat dapat memberi pelayanan secara berkualitas sesuai dengan visi misi sistem pelayanan kesehatan. Tujuan pembangunan bidang kesehatan seperti yang tercantum dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah tercapai kemauan hidup bagi semua penduduk agar dapat mewujutkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu kesejahteraan umum dari tujuan nasional (Gunawan 2012).

Dalam upaya meningkatkan kesehatan yang optimal, maka perawatan merupakan salah satu komponen pembangunan dibidang kesehatan yang perlu dilaksanakan, karena pelayanan keperawatan kepada masyarakat secara utuh meliputi biologis, psikologis dan spritual dapat memperbaiki proses penyembuhan penyakit. Salah satu penyakit yang memerlukan perawatan intensif adalah penyakit pneumonia karena terjadi penurunan ekspansi paru atau penurunan fungsi paru yang dapat menimbulkan gangguan pada sistem pernapasan (Gunawan 2012).

Penyakit saluran napas menjadi penyebab angka kematian dan kecacatan yang tertinggi di dunia. Sekitar 80% orang berobat ke poli klinik umum didapatkan kasus infeksi saluran napas, baik yang terjadi di masyarakat (pneumonia komunitas) maupun di dalam rumah sakit (pneumonia nosokomial). Dari data tersebut yang termasuk pneumonia akut terdapat sekitar 15-20%. Kejadian pneumonia nosokomial hampir 25% dari kasus infeksi yang ada dan 90% terjadi pada saat pasien menggunakan ventilasi mekanik (Dahlan 2014).

Pada pasien dewasa, kejadian pneumonia paling tinggi pada kelompok usia 56-65 tahun. Hal ini disebabkan karena pada usia lanjut terjadi perubahan anatomi fisiologi akibat proses penuaan memberi konsekuensi penting terhadap cadangan fungsional paru, kemampuan untuk mengatasi penurunan komplians paru dan peningkatan resistensi saluran napas terhadap infeksi dan penurunan daya tahan tubuh. Pasien geriatri lebih mudah terinfeksi pneumonia karena adanya gangguan refleks batuk, melemahnya imunitas, gangguan respon pengaturan suhu. Pada pasien dewasa presentasi pasien laki-laki lebih banyak dari pada perempuan, hal ini dapat dipengaruhi oleh lingkungan yaitu sebagian besar perokok pada laki-laki. Paparan asap rokok dialami terus menerus pada orang dewasa yang sehat dapat menambah resiko terkena penyakit paru-paru (Anwar dan dharmayanti, 2014).

Data dari Amerika Serikat angka kematian akibat pneumonia cukup tinggi yakni mencapai peringkat keempat dari semua penyebab kematian dan peringkat pertama dari seluruh penyakit infeksi. Penelitian lain mencatat 2-3 juta kasus pneumonia pertahun dengan jumlah kematian rata-rata 60.000 orang (Padila, 2014).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (2015) diketahui insiden dan prevalensi pneumonia di Indonesia sebesar 1.8% dan 4.5% dengan 5 propinsi kasus tertinggi yaitu Nusa Tengara Timur, Papua, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, dan Sulawesi Barat.

Berdasarkan data dari MRO RS Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita pneumonia pada tahun 2015 sebanyak 646 pasien dengan kematian 84 (13%) pasien. Penderita pneumonia dengan umur 7-27 hari 2 (0.30%) orang, umur 28 hari- <1 tahun 55 (8.51%) orang, umur 1-4 tahun 93 (14.39%) orang, umur 5-14 tahun 19 (2.94%) orang, umur 15-24 tahun 29 (4.48%) orang, umur 25-44 tahun 40 (6.19%) orang, umur 45-64 tahun 173 (26.78%) orang, umur 65 tahun ke atas 195 (30.18%) orang. Pada tahun 2016 sebanyak 633 pasien dengan

kematian 84 (13.27%) pasien. Tercatat jumlah penderita pneumonia dengan umur 0-6 hari 2 (0.31%) orang, umur 7-27 hari 3 (0.47%) orang, umur 28 hari- <1 tahun 57 (9.00%) orang, umur 1-4 tahun 120 (18.95%) orang, umur 5-14 tahun 22 (3.47%) orang, umur 15-24 tahun 37 (5.84%) orang, umur 25-44 tahun 63 (9.95%) orang, umur 45-64 tahun 141 (22.27%) orang, umur 65 tahun ke atas 193 (30.48%) orang. Pada tahun 2017 sebanyak 793 pasien dengan kematian 91 (11.47%) orang. Tercatat jumlah penderita pneumonia dengan umur 0-6 hari 3 (0.37%) orang, umur 7-27 hari 1 (0.12%) orang, umur 28 hari- <1 tahun 61 (7.69%) orang, umur 1-4 tahun 129 (16.26%) orang, umur 5-14 tahun 30 (3.78%) orang, umur 15-24 tahun 41 (5.17%) orang, umur 25-44 tahun 83 (10.47%) orang, umur 45-64 tahun 194 (24.48%) orang, umur 65 tahun ke atas 252 (31.77%) orang. Pravelensi tertinggi untuk ketiga tahun terakhir ditemukan pada umur 65 tahun ke atas dimana pada tahun 2015 berjumlah 195 (24.59%) orang, tahun 2016 berjumlah 193 (24.33%) orang dan tahun 2017 berjumlah 252 (31.77%) orang.

Dengan melihat data di atas didapatkan jumlah penderita pneumonia setiap tahunnya selalu meningkat. Hal ini tidak dapat dibiarkan begitu saja karena dapat berakibat fatal bagi penderita tersebut. Data di atas menunjukan bahwa peneumonia merupakan salah satu penyakit yang dapat mengancam kesehatan dan harus dicegah lebih dini. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai pencegahan penyakit pneumonia. Sebagai perawat pelaksana, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi pendidikan kesehatan, meningkatkan asupan nutrisi.

Berdasarkan data di atas maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “asuhan keperawatan dengan pneumonia di ruang perawatan St.Bernadeth IIA Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia di ruang St. Bernadeth IIA Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

   a. Melakukan pengkajian dan analisa data pada pasien dengan pneumonia.
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkana analisa data dan permasalahan yang terjadi pada pasien dengan pneumonia.
   c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien pneumonia.
   d. Melakukan tindakan keperawaran berdasarkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan pneumonia.
   e. Melakukan evaluasi keperawatan berdasarkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan pneumonia.
   f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan mulai dari pelaksanaan pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan pneumonia.

C. Manfaat Penulisan

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

1. Bagi Institusi/Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

   Memberi gambaran mengenai angka kesakitan dan kematian pada pasien pneumonia sehingga para tenaga kesehatan terutama perawat semakin meningkat mutu pelayanan keperawatan pada pasein dengan pneumonia.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, pengobatan yang efektif dan melakukan perubahan pola hidup guna mencegah komplikasi atau berulang penyakit serta mendapatkan informasi mengenai penyebab, gejala, dan proses penanganan penyakit pneumonia.

4. Bagi penulis

   Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII keperawatan serta dapat menambah pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada penyakit pneumonia.

D. Metode Penulisan

Pendekatan yang digunakan dalam pengumpulan data/informasi melalui:

1. Studi Kepustakaan

   Dalam metode ini penulis menggunakan buku-buku dan internet.

2. Studi Kasus

   Dalam studi kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan, pelaksananaan, intervensi dan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan. Dapat diperoleh melelui beberapa cara yaitu:

   a. Wawancara

      Penulis mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga melalui pertanyaan lansung.

b. Observasi

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

c. Diskusi

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

d. Dakumentasi

Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

E. Sistemmatika Penulisan

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

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Melalui sistem ini tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai efektif, efisien, dan tepat sasaran. Keperawatan adalah bagian dalam pelayanan kesehatan, sehingga diharapkan perawat dapat memberi pelayanan secara berkualitas sesuai dengan visi misi sistem pelayanan kesehatan. Tujuan pembangunan bidang kesehatan seperti yang tercantum dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah tercapai kemauan hidup bagi semua penduduk agar dapat mewujutkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu kesejahteraan umum dari tujuan nasional (Gunawan 2012).

Dalam upaya meningkatkan kesehatan yang optimal, maka perawatan merupakan salah satu komponen pembangunan dibidang kesehatan yang perlu dilaksanakan, karena pelayanan keperawatan kepada masyarakat secara utuh meliputi biologis, psikologis dan spritual dapat memperbaiki proses penyembuhan penyakit. Salah satu penyakit yang memerlukan perawatan intensif adalah penyakit pneumonia karena terjadi penurunan ekspansi paru atau penurunan fungsi paru yang dapat menimbulkan gangguan pada sistem pernapasan (Gunawan 2012).

Penyakit saluran napas menjadi penyebab angka kematian dan kecacatan yang tertinggi di dunia. Sekitar 80% orang berobat ke poli klinik umum didapatkan kasus infeksi saluran napas, baik yang terjadi di masyarakat (pneumonia komunitas) maupun di dalam rumah sakit (pneumonia nosokomial). Dari data tersebut yang termasuk pneumonia akut terdapat sekitar 15-20%. Kejadian pneumonia nosokomial hampir 25% dari kasus infeksi yang ada dan 90% terjadi pada saat pasien menggunakan ventilasi mekanik (Dahlan 2014).

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

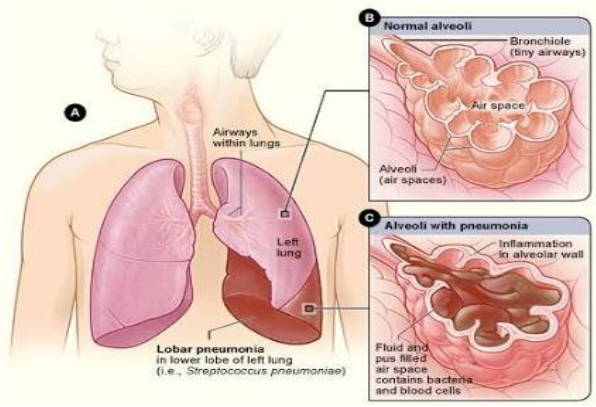
Pneumonia adalah suatu proses peradangan dimana terdapat konsolidasi yang disebabkan pengisian rongga alveoli oleh eksudat (Somantri, 2012). Pneumonia adalah inflamasi parenkim paru biasanya berhubungan dengan pengisian alveoli dengan cairan (wahid, 2014).

Pneumonia adalah proses infalmatori parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh agens infeksius. Pneumonia adalah penyakit infeksius yang sering menyebabkan kematian di amerika serikat dengan pria menduduki peringkat keempat dan wanita sebagai peringkat kelima sebagai akibat hospitalisasi (brunner & suddarth, 2013).

Pneumonia adalah suatu penyakit peradangan akut parenkim paru yang biasanya dari suatu infeksi saluran pernapasan bawah akut (ISNBA). Dengan gejala batuk dan disertai sesak napas yang disebabkan agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi dan dapat dilihat melalui gambaran radiologis (Nurarif, 2016).

Dari beberapa pengertian di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa pneumonia adalah infeksi saluran napas akut bagian bawah yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkeolus terminalis yang mencakup bronkeolus respiratorius, dan alveoli, serta menimbulkan konsodilatasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat yang disebabkan oleh mikroorganisme yaitu bakteri, virus, mikroplasma dan aspirasi substansi asing.

2. Anatomi fisiologi (Nurarif, 2016)
   a. Anatomi



Gambar 2.1: anatomi paru-paru
sumber: Nurarif, 2016)

1) Paru paru

Paru-paru terletak pada rongga torax, berbentuk kerucut dengan apeks berada di atas tulang iga pertama dan dasarnya pada diafragma. Paru-paru kanan mempunyai tiga lobus, sedangkan paru-paru kiri mempunyai dua lobus. Kelima lobus ini merupakan lobus yang terlihat, setiap paru-paru dapat dibagi lagi menjadi beberapa sub bagian menjadi sekitar sepuluh unit kecil yang disebut broncopulmonari segmen. Kedua paru-paru dipisahkan oleh ruang yang disebut mediastinum. Jantung, aorta, vena kava pembuluh paru-paru, esofagus, bagian dari trakea, bronkus dan kelenjar timus terdapat di mediastinum ini.

2) Alveoli

Parenkim paru merupakan area kerja dari jaringan paru dimana pada daerah tersebut mengandung berjuta-juta unit alveolar. Alveoli berbentuk sangat kecil, alveoli merupakan kantong udara pada akhir bronkiolus respiratorius, yang memungkinkan terjadinya pertukaran oksigen dan karbon

dioksida. Saluran unit alveolar (zona respirasi) terdiri atas bronkiolus respiratorius, duktus alveolar, dan kantong alveoli (alveolar sacs)

b. Fisiologi

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

1) Inspirasi

Merupakan proses aktif kontraksi otot-otot inspirasi yang menaikan volume intratoraks. Selama bernapas tenang tekanan intrapleura kira-kira 25 mmHg (relative terhadap atmosfer). Pada permulaan inspirasi menurun sampai 6 mmHg dan paru ditarik kearah posisi yang lebih mengembang, di jalan udara sedikit negatif dan udara mengalir ke dalam paru. Akhir inspirasi recoil menarik dada kembali keposisi ekspirasi karena tekanan recoil dan dinding dada seimbang. Tekanan dalam jalan napas seimbang menjadi sedikit positif udara mengalir keluar dari paru-paru

2) Ekspirasi

Pernapaan tenang bersifat pasif tidak ada otot-otot yang menurunkan volume untuk toraks kontraksi ini menimbulkan kerja yang menahan kekuatan recoil dan melambatkan ekspirasi. Inspirasi yang kuat berusaha mengurangi tekanan intrapleura sampai rendah 30 mmHg ini menimbulkan pengembangan paru dengan derajat yang lebih besar. Bila ventilasi meningkat , luasnya deflasi paru meningkat dengan kontraksi otot-otot pernapasan, yang menurunkan volume intratoraks. Tekanan intrapleura adalah tekanan ukuran dalam

antara lapisan pleura dan lapisan pleura dalam. Pleura parietal dan visceral dipisahkan oleh selaput tipis yang berisikan pleura yang berisi zat dan gas.

Proses fisiologis pernapasan dimana oksigen dipindahkan dari udar kedalam jaringan dan karbondioksida dikeluarkan keudara, dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

a) Ventilasi

Ventilasi merupakan salah satu proses pertukaran udara atmosfer dengan alveoli. Proses ini terdiri dari inspirasi yaitu masuknya udara ke paru-paru, dan ekspirasi yaitu keluarnya udara dari paru-paru. Dan ventilasi ini terjadi karena adanya suatu perubahan tekanan intra pulmonal, pada saat inspirasi tekanan intra pulmonal lebih rendah dari pada tekanan atmosfer sehingga udara yang ada di atmosfer akan terhisap ke dalam paru-paru. Sebaliknya ketika ekspirasi tekanan intrapulmonal menjadi lebih tinggi dari pada atmosfer sehingga udara yang ada akan tertiup keluar dari paru-paru. Perubahan tekanan intra pulmonal tersebut disebabkan karena perubahan volume thorax akibat kerja dari otot-otot pernapasan dan diafragma.

b) Difusi

Difusi adalah gerakan diantara udara dan karbondioksida di dalam alveoli dan darah di dalam kapiler sekitarnya. Gas- gas melewati hampir secara seketika diantara alveoli dan darah dengan cara difusi. Dalam cara difusi ini gas mengalir dari tempat yang tinggi tekanan persialnya. Oksigen dalam alveoli mempunyai tekanan persial yang lebih tinggi

dari oksigen yang berada dalam darah dan karenanya udara dapat mengalir dari alveoli masuk ke dalam darah. Karbondioksida dalam darah mempunyai tekanan persial yang lebih tinggi dari pada alveoli dan karenanya karbondioksida dapat mengalir dari darah masuk ke dalam alveoli

c) Transportasi

Transportasi adalah pengangkutan oksigen dan karbondioksida oleh darah. Oksigen ditransportasi dalam darah sel-sel darah merah oksigen bergabung 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 birkabonat dalam sel-sel darah merah dalam larutan bergabung dengan hemoglobin dan protein plasma

d) Pertukaran gas dalam jaringan

Metabolisme jaringan meliputi pertukaran oksigen dan karbondioksida dalam jaringan

(1) Oksigen

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

(2) Karbondioksida

Karbondioksida dihasilkan dalam sel mengalir ke dalam cairan jaringan. Tekanan persial

karbondioksida dalam cairan jaringan lebih besar dari pada tekanan dalam darah, dan karenanya mengalir dari cairan jaringan kedalam darah

3. Etiologi (Wahid, 2013*)*

   Penyebaran infeksi terjadi melalui droplet dan sering disebabkan oleh streptococcus pneumonia, melalui selang infus oleh staphylococcus aureus sedangkan pada pemakaian ventilator oleh p. Aeruginosa dan enterobacter. Dan masa kini terjadi perubahan keadaan pasien seperti kekebalan tubuh dan penyakit kronis, polusi lingkungan, penggunaan antibiotik yang tidak tepat. Setelah masuk ke paru-paru organisme bermultiplikasi dan jika telah berhasil mengalahkan mekanisme pertahanan paru terjadi pneumonia. Selain penjelasan di atas penyebab terjadiya pneumonia sesuai penggolongannya yaitu:

   a. Bakteriia: diplococcus pneumonia, pneumococcus, streptococcus hemolitycus, streptococcus aureus, hemophilus influinzae,mykobacterium tuberkulosis, bacillus friedlander.
   b. Virus: Influenza, parainfluenza, adenovirus, virus sinsial pernapasan, hantaravirus, rhinovirus, virus herpes simpleks, citomegalovirus, microplasma, pneumoccocus staphylococcus.
   c. Jamur: Candidiasis, Histoplasma capsulatum, cryptococcus neuroformans, blastomyces dermatitides, coccidodies immitis, aspergilus species, candida albicans
   d. Aspirasi: makanan, kerosene (bensin,minyak tanah), cairan amnion, benda asing.
   e. Inhalasi: racun atau bahan kimia, rokok, debu, dan gas.

4. Klasifikasi Pneumonia (Muttaqin, 2012)

   Klasifikasi pneumonia berdasarkan anatominya

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

   Klasifikasi pneumonia berdasarkan inang dan lingkungan:

   a. Pneumonia komunitas

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

   b. Pneumonia nosokomial

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

   c. Pneumonia bakteri

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

   d. Pneumonia virus

      Varian virus influenza menyebabkan pneumonia virus. Antibiotic tidak efektif , tetapi antibiotic sering kali digunakan

untuk mengatasi atau mencegah infeksi sekunder yang terkadang tampak pada pneumonia virus. Pasien ditangani berdasarkan yang terjadi. Pneumonia virus jarang berakibat vatal, tetapi dapat membuat pasien berada dalam kondisi yang lemah

e. Pneumonia aspirasi

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

f. Pneumonia pada gangguan imun

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

5. Patofisiologi (Nurarif, 2016)

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

Tubuh sebenarnya akan langsung mengaktifkan mekanisme pertahanan saat terjadi inhalasi bakteri mikroorganisme penyebab pneumonia maupun penyebaran secara hematogen dari tubuh melalui aspirasi orofaring. Tubuh pertama kali akan melakukan

mekanisme pertahanan primer dengan peningkatan respon radang. Dalam alveoli, bronkus dan jaringa sekitarnya terjadi reaksi yang meningkatkan darah dan permeabilitas kapiler di tempat yang terinfeksi sehingga terjadi peradangan paru-paru yang terinfeksi (pneumonia), sel mast atau basophil melepaskan mediator kimia histamine, prostaglandin dan otot polos vaskuler sehingga terjadi perpindahan eksudat ke dalam ruang intertistitial. Awitan pneumonia pneumokokus bersifat mendadak dimana kuman mengeluarkan zat pyrogenik yang menghasilkan prostatglandin histamine sehingga merangsang hipotalamus dan mengakibatkan pusat termoregulasi terganggu dan menyebabkan peningkatan suhu tubuh. Stadium dari pneumonia karena pneumoccocus adalah sebagai berikut :

a. Kongesti (4-12 jam pertama): eksudat serosa masuk kedalam pembuluh darah yang bocor.
b. Hepatisasi merah (48 jam berikutnya): paru-paru tampak merah dan tampak bergranula karena sel darah merah, fibrin dan leokosit PMN mengisi alveolus.
c. Hepatitis kelabu (3-8 hari) : paru-paru tampak abu-abu karena leukosit dan fibrin mengalami konsolidasi dalam alveolus yang terserang.
d. Resolusi (7-11hari) : eksudat mengalami lisis dan direabsorbsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali kepada struktur semula.

6. Manifestasi Klinis (Nurarif, 2016)
   a. Demam, sering tampak sebagai infeksi yang pertama. Paling sering terjadi pada usia 6 bulan sampai 3 tahun dengan suhu mencapai 39,5- 40,5 bahkan dengan infeksi ringan. Mungkin malas dan peka rangsang atau terkadang euforia dan lebih

aktif dari normal, beberapa anak bicara dengan kecepatan yang tidak biasa.

b. Meningismus, yaitu tanda-tanda meningeal tanpa infeksi maninges. Terjadi dengan awitan demam yang tiba-tiba dengan disertai sakit kepala, nyeri dan kekakuan pada punggung dan leher, adanya tanda kernig dan brudzinski dan akan berkurang saat suhu turun.
c. Anoreksia, merupakan hal yang umum yang disertai dengan penyakit masa kanak-kanak. Seringkali merupakan bukti awal dari penyakit. Menetap sampai derajat yang lebih besar atau lebih sedikit melalui tahap demam dari penyakit seringkali memanjang sampai tahap pemulihan.
d. Muntah, anak kecil mudah muntah bersamaan dengan penyakit yang merupakan petunjuk untuk awitan infeksi. Biasanya berlangsung singkat, tetapi dapat menetap selama sakit.
e. Diare biasanya ringan, diare sementara tetapi dapat menjadi berat sering menyertai infeksi pernapasan khususnya karena virus.
f. Nyeri abdomen, merupkan keluhan umum. Kadang tidak bisa dibedakan dari nyeri appendiksitis.
g. Sumbatan nasal, pasase nasal kecil dari bayi mudah tersumbat oleh pembengkakan mukosa dan eksudasi, dapat mempengaruhi pernapasan menyusu pada bayi.
h. Batuk merupakan gambaran umum dari penyakit pernapasan. Dapat menjadi bukti hanya selama fase akut.
i. Bunyi pernapasan seperti mengi, dan mengorok. Auskultasi terdengar ronchi.
j. Sakit tenggorokan, merupakan keluhan yang sering terjadi pada anak yang lebih besar. Ditandai dengan anak akan menolak untuk minum dan makan per oral.
k. Sakit kepala, berkeringat, mudah lelah, sianosis.

l. Batuk berlendir
m. Sesak napas

7. Tes diagnostik (Brunner dan suddart, 2013)
   a. Sinar x: mengindentifikasi distribusi structural (misal: lobar, bronchial, dapat juga menyatakan abses)
   b. Biopsi paru: untuk menetapkan diagnosis.
   c. Pemeriksaan gram/kultur, sputum dan darah: untuk mengidentifikasi semua organisme yang ada.
   d. Pemeriksaaan serologi membantu dalam membedakan diagnosis organisme khusus
   e. Pemeriksaan fungsi paru: untuk mengetahui paru-paru, menetapkan luas, berat penyakit dan membantu diagnosis keadaan.
   f. Spirometrik static: untuk mengkaji jumlah udara yang diaspirasi.
   g. Bronkostopi: untuk menetapkan diagnosis dan mengangkat benda asing.

8. Penatalaksanaan medik (Nurarif, 2016)

   Kepada penderita yang penyakitnya tidak terlalu berat, bisa diberikan antibiotik peroral dan tetap tinggal di rumah. Penderita yang lebih tua dan penderita dengan sesak nafas atau dengan penyakit jantung atau penyakit paru lainnya, harus dirawat dan antibiotik diberikan melalui infus. Mungkin perlu diberikan oksigen tambahan, cairan intravena dan alat bantu nafas mekanik.

   Kebanyakan penderita akan memberikan respon terhadap pengobatan dan keadaannya membaik dalam 2 minggu. Penatalaksanaan umum yang dapat diberikan antara lain

   a. Oksigen 1-2 liter/menit

b. IVFD dextrose 10%: NaCL 0,9 %= 3: 1,+ KCL 10 mEq/500ml cairan. Jumlah cairan sesuai berat badan, kenaikan suhu dan status hidrasi.
c. Jika sesak tidak terlalu berat, dapat dimulai makananan enteral bertahap melalui selang nasogastrik dengan feeding drip
d. Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transfor mukosiler. Koreksi gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit.

9. Komplikasi (Somatri, 2012)

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

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian pola-pola fungsi kesehatan

a. Pola presepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

Data subjektif: linkungan berdebu, polusi udara, asap rokok, rumah yang kurang ventilasi, adanya anggota keluarga yang pernah mengalami pneumonia, tidak mendapatkan vaksinasi yang tepat.

Data objektif: sesak napas, batuk berlendir, pernapasan cuping hidung, tidak mendapatkan pengobatan.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Data subjektif: kehilangan nafsu makan, mual dan muntah, penurunan BAB, malas minum

Data obyjektif: sberat badan menurun, turgor kulit kering, mata cekung, demam

c. Pola eliminasi

Data subjektif: riwayat diare, penurunan produksi urin

Data objektif: BAB encer, poliuria

d. Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif: akibat sesak nafas, kebutuhan O_2 jaringan akan kurang terpenuhi dan pasien akan cepat mengalami kelelahan pada saat beraktivitas.

Data obyektif: perubahan tonus otot atau kelelahan otot, ketidakmampuan beraktivitas dan kelelahan.

e. Pola tidur dan istirahat

Data subjektif: adanya nyeri dada, sesak nafas, dan peningkatan suhu tubuh akan berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan tidur dan istirahat, selain itu akibat perubahan kondisi lingkungan dari lingkungan rumah yang tenang ke lingkungan rumah sakit, dimana banyak orang yang mondar-mandir dan berisik, susah tidur,lemah, gelisah, prasaan tidak enak.

Data obyektif: sesak, palpebra tampak gelap, konjungtiva anemis, pasien menguap dan mengantuk.

f. Pola presepsi dan kognitif

Data subjektif: perasaan nyeri, sesak, demam, gelisah, mudah kaget.

Data obyektif: gelisah, binggung

g. Pola presepsi dan konsep diri

Data subjektif: presepsi pasien terhadap dirinya akan berubah. Pasien yang sebelumnya sehat, tiba-tiba mengalami sakit, sesak nafas, nyeri dada. Sebagai seorang awam, pasien mungkin akan beranggapan bahwa penyakitnya adalah penyakit berbahaya dan mematikan. Dalam hal ini pasien mungkin akan mengatakan gambaran positif terhadap dirinya, ansietas, dan ketakutan.

Data objektif: rasa tidak berdaya, gelisah.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subjektif: ketidakmampuan aktif dalam sosial, perasaan, isolasi.

Data objektif: diam, rasa tidak berdaya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Kebutuhan seksual pasien dalam hal ini hubungan seks intercouse akan terganggu untuk sementara waktu karena pasien berada di rumah sakit dan kondisi fisiknya masih lemah.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Bagi pasien yang belum mengetahui proses penyakitnya akan mengalami stress dan mungkin pasien akan banyak bertanya pada prawat dan dokter yang merawatnya atau orang yang mungkin dianggap lebih tahu mengenai penyakitnya.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

Pola tata nilai dan kepercayaan sebagai seorang beragama akan lebih mendesakkan dirinya kepada Tuhan dan menganggap bahwa penyakitnya ini adalah suatu cobaan dari Tuhan (Yusran, 2016)

2. Diagnosa keperawatan

a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.
b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.
c. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.
d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.
e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
f. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler (Nurarif, 2015).

3. Perencanaan Keperawatan

a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan.

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan menunjukan status yang efektif.

Dari berat keringan dengan kriteria:

1) Batuk efektif
2) Batuk berkurang
3) Irama dan frekuensi pernapasan dalam batasan normal
4) Pasien tidak sesak, sputum berkurang
5) Suara tambahan ronchi tidak ada

Intervensi:

a) Kaji fungsi pernapasan, contoh bunyi napas dan kecepatan irama
b) Observasi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan)
c) Atur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi
d) Mengajarkan batuk efektif
e) Anjurkan pasien untuk minum air hangat
f) Fisotrapi dada
g) Monitor pola napas
h) Anjurkan pasien minum air hangat
i) Berikan bantuan trapi napas jika perlu misalnya (nebulizzer)

b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit

Hasil yang di harapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan hipertermi dapat berkurang.

Dari berat keringan dengan kriteria hasil:

1) Tanda- tanda vital kembali dalam batasan normal

Intervensi:

a) Kaji tanda-tanda vital
b) Beri cairan peroral
c) Berikaan kompres hangat
d) Berikan pakaian yang tipis dan mudah menyerap keringat
e) Berikan trapi cairan intravena
f) Kolaborasi pemberian obat anti piretik

c. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang

Dari berat keringan dengan kriteria hasil:

1) Mengenali kapan nyeri terjadi
2) Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri
3) Melaporkan nyeri yang terkontrol

Intervensi

a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif durasi, frekuensi, kualitas intensitas atau beratnya.
b) Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri
c) Berikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab, berapa lama nyeri akan di rasakan dan antisipasi dari ketidak nyamanan
d) Dorong pasien untuk menggunakan obat penurunan nyeri.
e) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.

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

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kembali norma.

Kriteria evaluasi:

1) Nafsu makan meningkat,
2) Berat badan kembali normal.

Intervensi

a) Kaji input dan output
b) Kaji adanya penurunan berat badan dan perubahan nafsu makan
c) Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering
d) Sajikan makanan dalam keadaan hangat

e) Libatkan keluarga dalam pemenuhan nutrisi
f) Kolaborasi dengan dokter dan ahli gizi dalam pemenuhan nutrisi dan vitamin

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat toleransi terhadap aktivitas.

Kriteria evaluasi:

1) adanya peningkatan dalam aktivitas dan menyeimbangkan dalam aktivitas dan istirahat.

Intervensi

a) Kaji keseimbangan dan tingkat kekurangan dalam beraktivitas
b) Observasi tanda-tanda vital
c) Anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup
d) Dekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien dalam kebutuhannya
e) Jelaskan pentingnya membatasi aktivitas yang dapat menyebabka kelemahan dan sesak berkepanjangan

f. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar-kapiler

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler alveolus

Hasil yang diharapkan gangguan pertukaran gas dapat kembali normal.

Kriteria evaluasi:

1) Berpartisipasi dalam program pengobatan dalam batas kemampuan atau situasi.

Intervensi

a) Auskultasi bunyi nafas, catat krekles, mengi
b) Anjurkan pasien batuk efektif, nafas dalam
c) Dorong perubahan posisi
d) Pertahankan duduk di atas kursi/tirah baring dengan kepala tempat tidur ditinggikan 20-30º, posisi semifowler, sokong tangan dengan bantal
e) Kolaborasi mengenai analisa gas darah
f) Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi
g) Berikan pengobatan sesuai indikasi
Diuretik:

4. Discharge planning

Hal-hal yang perlu disampaikan kepada keluarga pasien sebelum pulang adalah;

a. Jelaskan kepada keluarga pasien tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta penanggulangan awal penyakit pneumonia.
b. Hindari merokok, polusi udara, debu. Merokok, polusi udara, debu dapat menurunkan kesehatan, serta melukai selaput napas, sehingga saluran napas lebih rentan terhadap virus. Hindari asap rokok, polusi, dan debu karena memperlemah kondisi saluran napas.
c. Instruksikan melakukan kontrol sesuai dengan dijadwalkan. Dengan adanya kontrol ulang akan lebih mudah mengetahui perkembangan kesehatan, serta menjaga timbulnya komplikasi.
d. Tindakan awal dengan kasus pneumonia apabila pasien demam dan batuk, berikan kompres hangat untuk menurunkan demam serta pemberian pakaian tipis yang mudah menyerap keringat kemudian berikan air minum sedikit tapi sering untuk membantu mengencerkan dahak.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

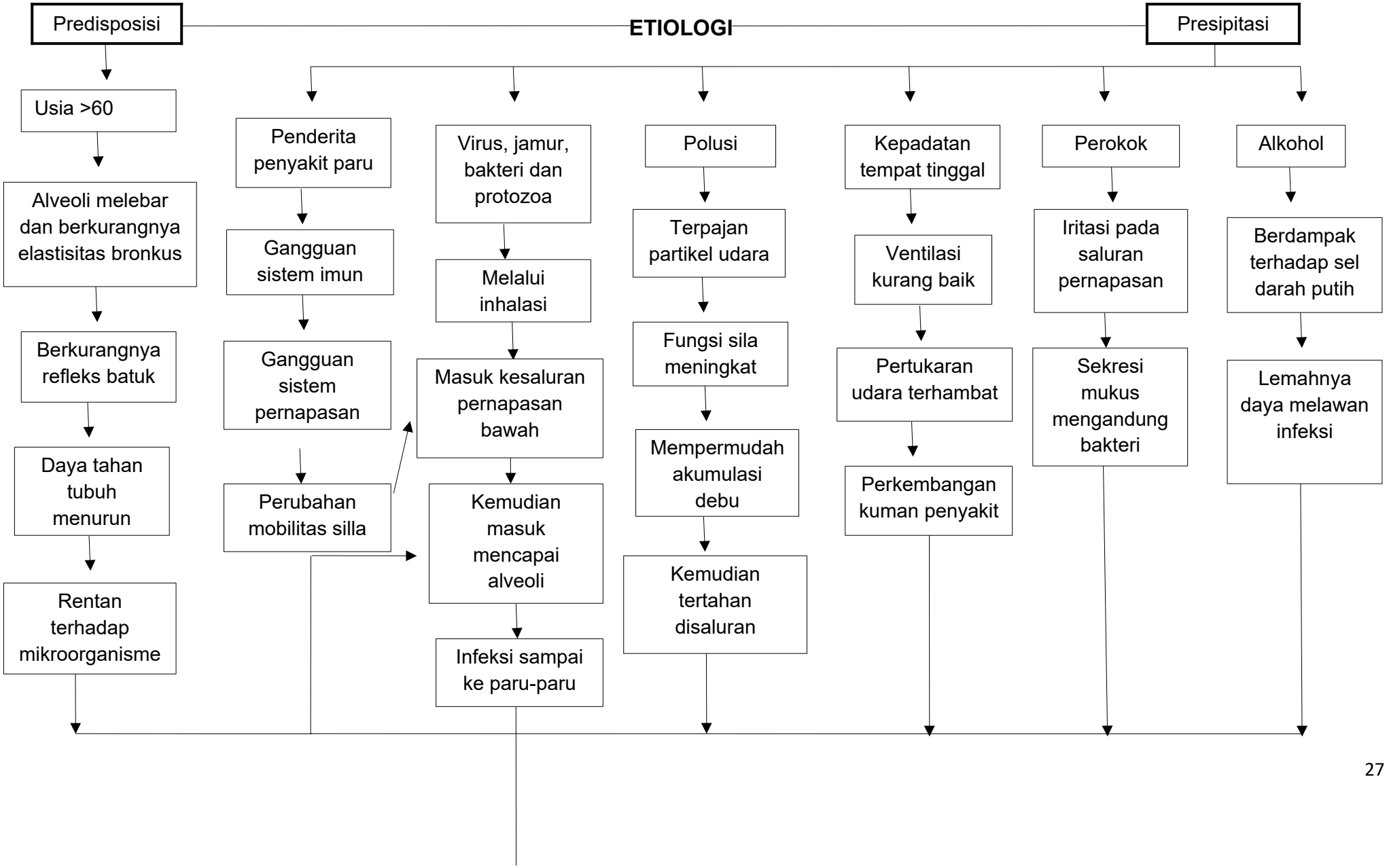
Pneumonia adalah suatu proses peradangan dimana terdapat konsolidasi yang disebabkan pengisian rongga alveoli oleh eksudat (Somantri, 2012). Pneumonia adalah inflamasi parenkim paru biasanya berhubungan dengan pengisian alveoli dengan cairan (wahid, 2014).

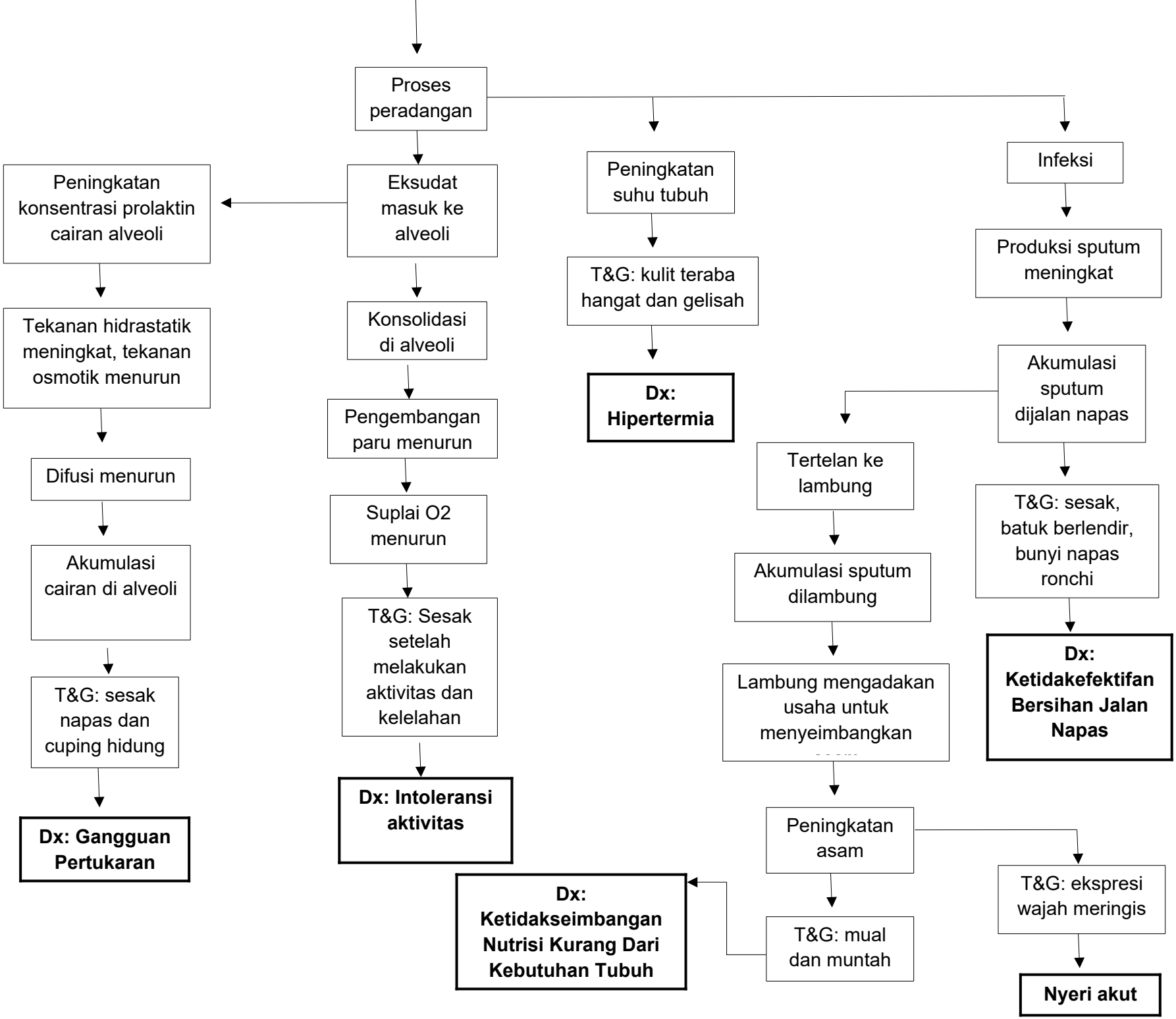
Pneumonia adalah proses infalmatori parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh agens infeksius. Pneumonia adalah penyakit infeksius yang sering menyebabkan kematian di amerika serikat dengan pria menduduki peringkat keempat dan wanita sebagai peringkat kelima sebagai akibat hospitalisasi (brunner & suddarth, 2013).

Pneumonia adalah suatu penyakit peradangan akut parenkim paru yang biasanya dari suatu infeksi saluran pernapasan bawah akut (ISNBA). Dengan gejala batuk dan disertai sesak napas yang disebabkan agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi dan dapat dilihat melalui gambaran radiologis (Nurarif, 2016).

Dari beberapa pengertian di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa pneumonia adalah infeksi saluran napas akut bagian bawah yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkeolus terminalis yang mencakup bronkeolus respiratorius, dan alveoli, serta menimbulkan konsodilatasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat yang disebabkan oleh mikroorganisme yaitu bakteri, virus, mikroplasma dan aspirasi substansi asing.

Patoflodiagram




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

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien Tn ”T” berumur 58 tahun masuk Rumah Sakit pada tanggal 18 april 2018 dengan keluhan saat masuk yaitu sesak, batuk berlendir dan nyeri ulu hati. Sesak yang dirasakan ± 1 bulan yang lalu dan bertambah berat 3 hari yang lalu dan tidak bisa ditahankan lagi, kemudian keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris.

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 19 april 2018, diperoleh data: pasien mengatakan sesak, sesak bertambah berat apabila beraktivitas, batuk berlendir berwarna putih, nyeri ulu hati, susah tidur, selalu gelisah, auskultasi suara napas ronchi, perkusi di kedua lapang paru pekak, aktivitas dibantu oleh keluarga. Pasien terbaring lemas di atas tempat tidur dengan posisi semifowler, kesadaran composmentis dengan GCS 15, tanda-tanda vital TD: 160/100 mmHg, N: 90 ×/menit, S: 37^{o}C P: 26 ×/menit. Hasil pemeriksaan foto thorax pneumonia bilateral, kemungkinan efusi pleura bilateral, pada hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin NEUT 75.1% (nilai normal: 40-74%). Terpasang infus RL 400cc, obat yang diberikan: ranitidin 25 mg, ceftriaxone 1 g, amlodipin 10 mg, combivent 2.5 ml, acetilylcysteine 200 mg dan braxidin 5 mg.

Dari data di atas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu: ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan, nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, insomnia berhubungan dengan ansietas.

A. Pengkajian

Nama mahasiswa yang mengkaji:Sisilia Edriana NIM: E1514401045

Unit : St. Bernadeth II.A Autoanamnese : ✓

Kamar : 507[1] Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS : 18 April 2018

Tanggal pengkajian: 19 April 2018

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Nama initial : Tn. ‘’T’’
      Umur : 58 tahun
      Jenis kelamin : Laki-laki
      Status perkawinan : Menikah
      Jumlah anak : 1 orang
      Agama/suku : Islam/ Bugis
      Warga negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : Wiraswasta
      Alamat rumah : Jl. AB.Lambogo
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Ny. “H”
      Umur : 36 tahun
      Alamat : Jl.AB. Lambogo
      Hubungan dengan pasien : Suami
2. Data Medik
   Diagnosa Medik
   Saat masuk : Dyspnea.sup. BP+Dyspepsia
   Saat pengkajian : Pneumonia bilateral, kemungkinan efusi pleura bilateral

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

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

Alasan: tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi semifowler, dan terpasang infus RL 400 cc 20 tetes / menit di tangan sebelah kanan, dan O2 nasal kanul 3 liter/menit, tampak pasien sesak dan batuk berlendir berwarna putih.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif): compos mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 160/100 mmHg

MAP : 120 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 37 °C

Di [ ] Oral [✓] Axila [ ] Rectal

4) Pernapasan : 26 x/menit

Irama [ ] Teratur [ ] Bradipne [✓] Takipnea

[ ] Kusmaul [ ] Cheynes-stoke

Jenis [✓] Dada [ ] Perut

5) Nadi : 90 x/menit

Irama [✓] Teratur [ ] Bradikardia

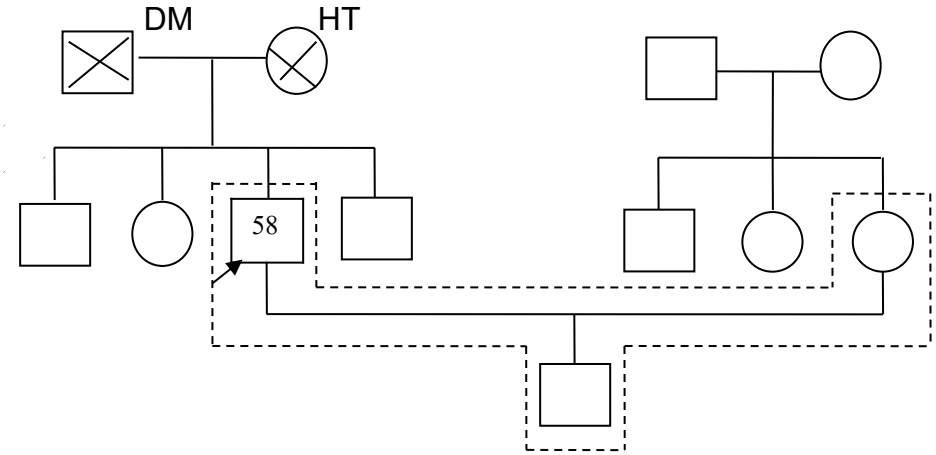
[ ] Takikardia [ ] Kuat [ ] Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 37 cm
2) Tinggi badan : 170 cm
3) Berat badan : 86 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 29.75 kg/m^3

Kesimpulan : Berat badan lebih

d. Genogram



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Pasien

: Tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sehat sangat penting bagi dirinya, apabila dia sakit batuk, flu, sakit kepala, dan sakit perut ia selalu beristirahat dan membeli obat di apotik terdekat. Pasien mengatakan dirinya memiliki kebiasaan merokok sejak usia 20 tahun 1 bungkus perhari dan juga kebiasaan minum alkohol. Pasien mengatakan pernah dirawat 12 tahun yang lalu dengan TB paru dan sudah mendapatkan pengobatan selama 6 bulan, setelah pengobatan 6 bulannya sudah tuntas pasien tidak pernah periksa ke RS lagi.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama

Sesak napas

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan ± 1 bulan yang lalu merasa sesak akan tetapi masih bisa ditahan. ± 3 hari yang lalu dirinya merasa semakin sesak dan batuk berlendir berwarna putih, disertai nyeri ulu hati. Karena dirinya semakin sesak akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris. Saat pengkajian pasien mengatakan sesak disertai batuk berlendir berwarna putih, nyeri ulu hati, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan menetap dengan skala nyeri 6, dirasakan ± 3-5 menit. Tampak ekspresi wajah meringis, tampak terpasang RL 400cc dan O_2 nasal kanul 3 liter/menit.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan ± 12 tahun yang lalu pernah masuk RS Stella Maris karena penyakit TB Paru, setelah dapat perawatan selama beberapa hari dokter menganjurkan untuk

berobat 6 bulan dan pengobatan 6 bulan tersebut sudah tuntas pada tahun 2006, setelah itu pasien tidak periksa lagi ke RS. Pada tahun 2016 dirinya masuk lagi dengan keluhan sesak, setelah dirawat ternyata dirinya mengidap penyakit Broncopneumonia dan hipertensi dan juga gastritis.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan ayahnya mempunyai riwayat penyakit DM dan ibunya Hipertensi.

4) Pemeriksaan fisik

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

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan makan dengan teratur yaitu 3× sehari dengan menu nasi, sayur, lauk, kadang buah dan mampu menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan. Makanan yang disukai gorengan, coto dan juga makanan yang di santan. Minum air putih 7-9 gelas/hari, dan berat badan 88 kg.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan makan teratur 3× sehari dengan menu nasi, sayur, ikan dan kadang daging dan mampu menghabiskan 1 porsi makan yang di berikan. Minum air putih 7-8 gelah/hari dan berat badan selama sakit ± 7 hari menurun ± 2 kg dari 88 kg menjadi 86 kg.

3) Observasi

Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang di berikan.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak rambut hitam dan bersih
b) Hidrasi kulit : Finger print <3 detik
c) Palpebra/konjungtiva : Tampak edema/tidak anemis
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak simertis
f) Rongga mulut : Tampak kotor
Gusi : Tidak ada peradangan
g) Gigi : Tampak ada karang gigi
Gigi palsu : Tidak ada
h) Kemampuan mengunyah keras:
Pasien mampu mengunyah keras
i) Lidah : Tampak kotor, tidak ada peradangan
j) Pharing : Tidak ada pembesaran
k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
m) Abdomen
Inspeksi : Tampak simetris
Auskultasi : Peristaltik usus 12 x/menit
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, lesi dan benjolan
Perkusi : Terdengar bunyi tympani
n) Kulit
Edema : Negatif
Icterik : Negatif
Tanda-tanda radang : Tidak ada
o) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari berwarna kuning dan konsistensi lunak, serta tidak ada masalah saat BAB dan BAK 7-8 kali/hari berwarna kuning dan tidak ada masalah saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sudah dua hari di RS tapi belum BAB, dan BAK 7-8 kali/hari.

3) Observasi

Tampak pasien dibantu oleh keluarga ke kamar mandi untuk memenuhi kebutuhan eliminasi.

d. Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dirinya seorang wiraswasta setiap hari ia bekerja di rumah untuk menjual batu merah dan pasir

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit hanya bisa berdiam di rumah dan berbaring di tempat tidur dan tidak bisa melaksanakan tugasnya sebagai kepala keluarga, mudah lelah dan sesak apabila melakukan aktivitas (seperti ke kamar mandi)

3) Observasi

a) Aktivitas harian

Makan	: 0
Mandi	: 2
Pakaian	: 0
Kerapihan	: 0
BAK	: 2
BAB	: 2

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

Mobilisasi di tempat tidur : 0

b) Postur tubuh : Tampak tegak

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 160/100 mmHg

Duduk : mmHg

Berdiri : mmhg

b) HR : 90 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5 -3 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku : kembali < 3 detik

f) Thorax dan pernafasan

- Inspeksi:

  Bentuk thorax : Tampak simetris keduanya

  Retraksi interkosta : Tidak ada

  Sianosis : Tidak ada

  Stridor : Tidak ada

- Palpasi :

  Vocal premitus : Getaran paru kiri sama kuat dengan paru kanan

  Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi :

  ☐ sonor ☐ redup ☑ pekak

Lokasi : Di kedua lapang paru

- Auskultasi :

  Suara nafas : Broncho-vesikular

  Suara ucapan : Terdengar sama kuat kiri dan kanan

  Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid-clavikularis

- Palpasi

  Batas atas jantung : ICS 2 linea strernalis sinistra

  Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid-clavikularis sinistra

  Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dekstra

  Batas kiri jantung : ICS 5 mid-axilaris anterior sinistra

- Auskultasi

  Bunyi jantung IIA : Tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

  Bunyi jantung IIP : Tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 line sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

  Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar

  Murmur : Tidak ada

  Bruit : Aorta : Tidak terdengar

  A.Renalis : Tidak terdengar

  A.Femoralis : Tidak terdengar

h) 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

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu melawan gaya grafitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologis : Tampak ada kontraksi otot (refleks biseps dan trisep)
- Refleks patologi :

  Babinski Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

  Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

  Clubbing jari-jari : Tidak ada

  Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis

☐ ☐ ☐

Inspeksi : Lordosis Kiposis Skoliosis
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur siang 2 jam dari jam 14.00-16.00 dan tidur malam 8 jam dari jam 22.00-06.00, tidak pernah mengonsumsi obat tidur, dan kebiasaan sebelum tidur nonton TV bersama keluarga, bangun pagi badan terasa segar.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit susah sekali untuk memulai tidur,karena cemas dengan keadaanya, tidur siang 1 jam dari 14.00- 15.00 wita dan tidur malam 3 jam dari jam 02.00-05.00 wita, bangun pagi badan terasa tidak segar dan sakit kepala.

3) Observasi

- Tampak pasien lemah
- Tampak pasien gelisah
- Ekspresi wajah mengantuk : ☑ Positif ☐ Negatif
- Banyak menguap : ☑ Positif ☐ Negatif
- Palpebra inferior berwarna gelap : ☑ Positif ☐ Negati
-

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran atau penglihatan dan tidak ada masalah pada penciuman dan perabaan, mengenali tempat, waktu, orang dan mengingat semua kejadian yang pernah dialaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan alat panca indranya. Orientasi penuh dan dirinya tidak tahu penyebab penyakitnya.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan kacamata atau alat bantu dengar.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea	: Tampak jernih
Pupil	: Isokor kiri dan kanan
Lensa mata	: Tampak jernih
Tekan intra okuler	: Teraba sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina	: Tampak simetris kiri dan kanan
Kanalis	: Tampak kotor dan ada serumen
Membran timpani	: Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Tampak pasien mampu merasakan rangsangan cubitan yang diberikan.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan mampu mengenal identitas dirinya, dan merasa puas dengan perannya sebagai seorang ayah/suami, dirinya tidak pernah putus asa dalam melakukan pekerjaannya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak bisa berbuat apa-apa untuk keluarganya, hanya bisa berbaring di tempat tidur dan dirinya ingin cepat pulang untuk berkumpul bersama keluarga.

3) Observasi

a) Kontak mata : Tampak ada kontak mata
b) Rentang perhatian : Penuh
c) Suara dan cara bicara : Tampak jelas dan halus
d) Postur tubuh : Tampak tegap

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tegap
c) Kulit : Tampak tidak ada lesi

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia tinggal bersama istri dan anaknya, dia berperan sebagai kepala keluarga, hubungan antara keluarga dan orang sekitar tempat tinggalnya berjalan dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit dirinya selalu ditemani oleh istri dan anaknya, anggota keluarga dan tetangga datang berkunjung.

3) Observasi

Tampak istri dan anak pasien selalu disamping pasien.

Tampak anggota keluarga dan tetangga datang berkunjung.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seksual yang dialami.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seksual yang dialami.

3) Observasi

Tampak tidak ada penyimpangan seksual.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jika marah bisa mengontrol diri dan jika ada masalah selalu dibicarakan dan diselesaikan bersama dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit dirinya merasa cemas memikirkan penyakitnya, merasa bosan tinggal di RS, pasien selalu bertanya tentang penyakitnya, berharap cepat sembuh dan pulang kerumah untuk berkumpul bersama keluarga dan bisa untuk bekerja lagi.

3) Observasi

Tampak pasien meremas-remas jari.

k. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan menganut agama Islam dan rajin menjalani sholat 5 waktu, rajin pergi sholat di Masjid, dan aktif dalam kegiatan keagamaan.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan hanya bisa berbaring di atas tempat tidur, berharap semoga cepat sembuh, dan tidak ada tindakan medis yang berkaitan dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.

3) Observasi

Tampak ada buku doa di tempat tidur pasien.

5. UJI SARAF KRANIAL

a. Nervus I : Olfaktorius

Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih.

b. Nervus II : Optikus

Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ±30 cm.

c. Nervus III, IV, VI : Oculomotorius, Troclearis, Abducen

Pasien mampu mengerakan bola mata ke arah kiri, dan kanan, atas, bawah dan ke segala arah.

d. Nervus V : Trigeminus

Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan kapas pada pipi kiri, kanan, kening dan dagu dengan mata tertutup.

Motorik : Pasien mampu mengunyah keras.

e. Nervus VII : Facialis

Sensori : Pasien mampu merasakan rasa asin dan manis.

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

f. Nervus VIII : Vestibulo-Ocusticus

Vestibularis : Tidak dikaji (Pasien tidak mampu berdiri)

Ocusticus : Pasien dapat mendengarkan gesekan jari tangan perawat pada kedua telinganya.

g. Nervus IX : Glosopharingeus:

Tampak ovula berada di tengah.

h. Nervus X : Vagus

Pasien mampu menelan

i. Nervus XI : Ascesorius

Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan

j. Nervus XII : Hipoglosus

Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

6. Pemeriksaan Penunjang

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	6.4	10^3/uL	[4.8 – 10.8]
RBC	5.3	10^6/uL	[4.7 - 6.1]
HGB	15.4	g/dL	[14 - 18]
HCT	43.50	%	[42 – 52]
MCV	82.7	fL	[80 – 99]
MCH	29.3	pg	[27 – 31]
MCHC	35	g/dL	[33 – 37]
PLT	206	10^3/uL	[150 - 450]
RDW-CV	13.1	%	[11.5 -14.5]
PDW	9.8	fL	[9 – 13]
MPV	7.8	fL	[7.2 - 11.1]
P-LCR	11.7	%	[15 – 25]
NEUT%	75.1	%	[40 – 74]
LYM%	15.0	%	[19 – 48]
MXD%	9.9	%	[4 – 18]
NEUT#	4.8	10^3/uL	[1.5 – 7]
LYM#	1.0	10^3/uL	[1 – 3.7]
MXD#	0.6	10^3/uL	[0 – 1.2]

Pemeriksaan kimia darah

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Natrium	139	136-145	mmol/L
Kalium	3.9	3.4-4.5	mmol/L
Clorida	97	100-108	mmol/L

Pemeriksaan foto thorax

Kesan:

- Pneumonia bilateral
- Kemungkinan Efusi pleura bilateral

7. Terapi
    a. Ranitidine 50 mg/IV/ 12 jam
    b. Ceftriaxone 1 g/ IV/ 12 jam
    c. Combivent 2.5 ml/inhalasi/24 jam
    d. Amlodipine 10 mg/oral/24 jam
    e. Acetilylcysteine 200 mg/ oral/ 24 jam
    f. Braxsidine 5 mg /oral/24 jam

B. Analisa Data

Nama/umur : Tn. ”T”/58 tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth IIA/5071

NO	ANALISA DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Data subyektif : - Pasien mengatakan ± 1 bulan yang lalu merasa sesak, - Pasien mengatakan ± 3 hari yang lalu dirinya semakin sesak dan batuk berlendir berwarna putih. Data obyektif : - Tampak pasien sesak dan batuk berlendir berwarna putih - Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi semifowler - Tampak terpasang O_2 nasal kanul 3 liter/menit - Auskultasi suara napas ronchi - Perkusi pekak pada ke dua lapang paru - Tanda-Tanda Vital RR: 26×/menit - Hasil laboratorium: NEUT: 75.1% - Hasil foto thorax	Mukus berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas

	Pneumonia bilateral Kemungkinan Efusi pleura bilateral.		
2	Data subyektif : - Pasien mengatakan nyeri ulu hati. Pengkajian PQRST P: - Pasien mengatakan nyeri ulu hati Q: - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap S: - Pasien mengatakan skala nyeri 6 T: - Pasien mentakan nyeri yang dirasakan ± 3-5 menit. Data obyektif : - Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi semifowler - Tampak ekspresi wajah meringis. - Tanda-Tanda Vital	Agens cedera biologis	Nyeri akut

	TD : 160/100 mmHg N : 90×/menit RR : 26×/menit		
3	Data subyektif : - Pasien mengatakan sejak sakit susah sekali untuk memulai tidur - Pasien mengatakan tidur siang 1 jam dari jam 14.00-15.00 wita dan tidur malam 3 jam dari jam 02.00-05.00 wita - Pasien mengatakan bangun pagi badan terasa tidak segar dan sakit kepala. - Pasien mengatakan selalu cemas dengan keadaannya - Pasien mengatakan bosan tinggal di RS - Pasien bertanya- tanya tentang penyakitnya - Pasien mengatakan ingin cepat pulang ke rumah - Pasien mengatakan ingin bekerja lagi. Data obyektif : - Tampak pasien gelisah - Tampak ekspresi wajah mengantuk	Ansietas	Insomnia

	- Tampak banyak menguap - Tampak palpebra inferior berwarna gelap - Tampak pasien meremas-remas jari - Tanda-Tanda Vital TD : 160/100 mmHg N : 90×/menit S : 37°C RR : 26×/menit		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/umur : Tn ”T”/58 tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth IIA/507[1]

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Ketidakefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan
2	Nyeri akut b/d agens cedera biologis
3	Insomnia b/d ansietas

D. Rencana Keperawatan

Nama/Umur : Tn. ”T”/58 tahun

Ruang/Kamar : St. Bernadeth IIA/507[1]

NO DP	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HASIL YANG DI HARAPKAN (NOC)	RENCANA TINDAKAN
1	Ketidakefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan DS. - Pasien mengatakan ± 1 bulan yang lalu merasa sesak, - Pasien mengatakan ± 3 hari yang lalu dirinya semakin sesak dan batuk berlendir DO. - Tampak sakit sedang - Tampak pasien sesak dan batuk berlendir berwarna	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3× 24 jam di harapkan ketidakefektifan bersihan jalan napas dapat berkurang dengan kriteria hasil: 1. Status pernapasan - Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 (berat) ditingkatkan keskala 3 (cukup). - Suara nafas tambahan dipertahankan pada skala 2 (berat) ditingkatkan keskala 3 (cukup). - Dipsnea saat istirahat dipertahankan pada skala 2 (berat) ditingkatkan keskala 3	1. Monitor tanda-tanda vital a. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan. 2. Manajemen jalan napas a. Posisikan pasien untuk meminimalkan ventilasi. b. Buang sekret dengan memoitivasi pasien untuk melakukan batuk. 3. Monitoring pernapasan a. Auskultasi suara tambahan setelah di lakukan tindakan. b. monitor pola napas. c. Anjurkan pasien minum air hangat. d. Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang atau memperburuk sesak nafas. e. Berikan bantuan terapi napas jika perlu

	putih - Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi semifowler - Tampak terpasang O2 nasal kanul 3 ml/menit - Auskultasi suara napas napas ronchi - Perkusi pekak pada ke dua lapang paru - Hasil laboratorium: NEUT: 75.1% - Tanda-Tanda Vital TD : 160/100 mmHg N : 90×/menit S : 37oC RR : 26×/menit - Hasil foto thorax Pneumonia bilateral	(cukup).	misalnya (nebulizzer).

2.	kemungkinan efusi pleura bilateral Nyeri akut b/d agens cedera biologis DS: Penkajian PQRST : P.Pasien mengatakan nyeri ulu hati Q.Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk R.Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap S.Pasien mengatakan skala nyeri 6. T.Pasien	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3× 24 jam di harapkan nyeri akut dapat terkontrol dengan kriteria hasil: - Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 3 (kadang-kadang ditunjukan). ditingkatkan keskala 5 (secara konsisten ditunjukan) - Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri dipertahankan pada skala 3 (kadang-kadang ditunjukan) dan ditingkatkan keskala 5 (secara konsisten ditunjukan). - Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 3 (kadang-kadang	1. Monitot tanda-tanda vital a. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan. 2. Manajemen nyeri a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif durasi, frekuensi, kualitas intensitas atau beratnya. b. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri. c. Berikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab, berapa lama nyeri akan dirasakan dan antisipasi dari ketidaknyamanan. d. Dorong pasien untuk menggunakan obat penurunan nyeri. e. Dukung istirahat yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

	mengatakan nyeri yang dirasakan ± 3-5 Menit DO. - Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi semifowler - Tampak ekspresi wajah meringis - Tanda-Tanda Vital TD : 160/100 mmHg N : 90×/menit S : 37^{o}C RR : 26×/menit Insomnia b/d ansietas DS. - Pasien mengatakan susah sekali untuk memulai tidur - Pasien mengatakan	ditunjukan) dan ditingkatkan keskala 5 (secara konsisten ditunjukan). Setelah dilakukan tindakan	

3	tidur siang 1 jam dari jam 14.00-15.00 wita dan tidur malam 3 jam dari jam 02.00-05.00 wita - Pasien mengatakan bangun pagi badan terasa tidak segar dan sakit kepala - Pasien mengatakan selalu cemas dengan keadaannya - Pasien mengatakan bosan di RS - Pasien selalu bertanya-tanya tentang penyakitnya - Pasien mengatakan ingin cepat pulang dan ingin bekerja lagi.	keperawatan selama 3× 24 jam di harapkan insomnia dapat teratasi. dengan kriteria hasil: 1. Tidur - Jam tidur dapat dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan keskala 4 (sedikit terganggu). - Pola tidur dapat dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan keskala 4 (sedikit terganggu). - Kesulitan untuk memulai tidur dapat dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan keskala 4 (ringan). - Tidur yang tidak tepat dapat dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan	1. Manajemen linkungan a. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman. b. Ijinkan keluarga dan orang terdekat untuk berada di sanping pasien. 2. Peningkatan tidur a. Tentukan pola tidur/ aktivitas pasien. b. Monitor/ catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur. c. Kaji jumlah jam tidur pasien. d. Tentukan efek dari obat (yang dikonsumsi) pasien terhadap pola tidur. 3. Pengurangan kecemasan a. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. b. Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat. c. Instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi. d. Atur penggunaan obat-obatan untuk

	DO: - Tampak pasien lemah - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien meremas-remas jari - Tampak ekspresi wajah mengantuk - Tampak banyak menguap - Tampak palpebra inferior berwarna gelap - Tanda-Tanda Vital TD : 160/100 mmHg N : 90×/menit S : 37°C RR : 26×/menit	keskala 4 (ringan).	mengurangi kecemasan secara tepat.

F. Implementasi Keperawatan

Nam/Umur : Tn. ”T”/58 tahun

Ruang/Kamar :St.Bernadeth IIA/5071

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
20/04/18	III	07.30	Menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien. Hasil: - tampak pasien berbaring tenang di atas tempat tidur memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan pasien semifowler	Sisil
	I,II	08.00	Melakukan advis dokter Hasil: - Ranitidin 50 mg/IV - Ceftriaxone 1 g/IV	Perawat dan Sisil
	I	09.35	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk efektif Hasil: - Tampak pasien mengikuti instruksi prawat Mengauskultasi suara tambahan Hasil: - suara napas ronchi Melakukan pengkajian nyeri	Sisil

	II	09.45	secara komprehensif Hasil: - Pasien mengatakan nyeri ulu hati, - Seperti ditusuk-tusuk, - Nyeri yang dirasakan menetap, - Skala nyeri 6, - Nyeri yang dirasakan ± 3-5 menit Mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri Hasil: - Tampak pasien mengikuti instruksi prawat	Sisil
	I,II, III	10.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan. Hasil: - TD: 160/90 mmHg - N : 95×/menit - S : 37.3°C - P : 28×/menit	Sisil
	I	10.30	Memonitor keluhan sesak napas pasien termasuk kegiatan yang memperburuk sesak napas Hasil: - Pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan tambah sesak apabila ke kamar mandi	Sisil

	I,III	11.00	Mendorong keluarga untuk tetap berada di sisi pasien Hasil: - Tampak istri dan anggota kelurga yang lain berada di samping pasien	Sisil
	III	11.30	Memonitor/ mencatat pola tidur pasie dan jumlah jam tidur Hasil: - Pasien mengatakan susah untuk memulai tidur - Pasien mengatakan tidur siang hanya 1 jam dan tidur malam 3 jam - Pasien mengatakan selalu gelisah - Tampak pasien banyak menguap - Tampak wajah mengantuk - Tampak palpebra inverior berwarna gelap	Sisil
			Memberikan posisi yang aman dan nyaman Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semifowler	
			Melakukan advis dokter	

	I	16.00	Hasil: - Amlodipine 10 mg/oral - Acetilylcysteine 200 mg/oral Memberikan terapi obat nebulizzer Hasil: - Obat combiven 2.5 ml/inhalasi (nebulizzer) Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melaku kan batuk Hasil: - Pasien mengikuti insrtuksi prawat - Tampak pasien bisa batuk dan belum mengeluarkan dahak. Mengauskultasi suara napas setelah dilakukan tindakan Hasil: - Auskultasi suara napas tambahan terdengan bunyi ronchi Menganjurkan pasien minum air hangat Hasil: - Untuk membantu mengencerkan dahak	Perawat dan Velaria Velaria
	II	16.30	Melakukan pengkajian nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyeri	Velaria

	II	17.00	ulu hati, - Nyeri seperti ditusuk-tusuk, - Nyeri yang dirasakan menetap, - Skala nyeri 5, - Nyeri di rasakan kurang lebih 3-5 menit - Tampak ekspresi wajah meringis Mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri Hasil: - Pasien dapat mengikuti instruksi perawat dengan menarik napas dalam - Pasien mengatakan nyeri berkurang dengan teknik tarik napas dalam Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 160/90 mmHg - N :95×/meenit - S :37,5^{o}C - P :27×/menit Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan pasien semifowler	Velaria

			Memonitor keluhan sesak napas pasien dan kegiatan yang memperburuk sesak napas Hasil: - Pasien mengatakan sesak - Pasien mengatakan sesak bertambah apa bila beraktivitas (seperti ke kamar mandi) - Pasien mengatakan batuk berlendir berwarna putih - KU lemah - Tampak dahak berwarna putih	
	I,II, III	20.00	Melakukan advis dokter Hasil: - Ranitidin 50 mg/2ml/IV - Ceftroaxone 1 g/IV	Perawar dan Ulfa
	I,II, III	22,00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 150/90 mmHg - N :90×/meenit - S :37,4^{o}C - P :27×/menit	Ulfa
	III	24.00	Menciptaka lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien Hasil: - Tampak pasien berbaring tenang diatas tempat tidur	Ulfa

	I,II	24,10	Mendorong keluarga untuk mendampingi klien dengan tepat hasil: - Tampak istri dan anak, serta anggota keluarga yang lain berada di samping pasien	Ulfa
	III	05.00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 150/90 mmHg - N :94×/meenit - S :37,2°C - P :27×/menit	Ulfa
	III	6 .15	Memonitor mencatat pola tidur pasie dan jumlah jam tidur Hasil: - Pasien mengatakan susah untuk memulai tidur - Pasien mengatakan tidur siang hanya 1 jam dan tidur malam 3 jam - Pasien mengatakan selalu gelisah - Tampak pasien banyak menguap - Tampak wajah mengantuk - Tampak palpebra inverior berwarna gelap	Ulfa
21/04/18	I,II	07.30	Menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien. Hasil:	Sisil

			- Tampak pasien berbaring tenang diatas tempat tidur memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semifowler Melakukan advis dokter	
	I,II, III	08.00	Hasil: - Ranitidin 25 mg/IV - Ceftriaxone 1 g/IV	Perawat dan Sisil
	I	09.35	Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk Hasil: - Tampak pasien mengikuti instruksi prawat Auakultasi suara tambahan Hasil: - Suara napas rochi Menganjurkan pasien untuk minum air hangat Hasil: - Untuk membantu mengencerkan dahak	Sisil
	II	09.45	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif Hasil: - Pasien mengatakan nyeri	Sisil

			ulu hati mulai berkurang, - Nyeri seperti ditusuk-tusuk, - Nyeri yang dirasakan menetap, - Skala nyeri 4, - Nyeri yang dirasakan ± 3-5 menit Mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri Hasil: - Tampak pasien mengikuti instruksi perawat	
	I,II, III	10.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan. Hasil: - TD: 150/90 mmHg - N : 95×/menit - S :37ºC - P :26×/menit	Sisil
	I	10.30	Memonitor keluhan sesak napas pasien termasuk kegiatan yang memperburuk sesak napas Hasil: - Pasien mengatakan sesak napas sudah mulai berkurang, - Pasien mengatakan tambah sesak apa bila beraktivitas (seperti ke kamar mandi)	Sisil

	I,II, III	11.00	- Pasien mengatakan batuk berlendir berwarna putih - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk berlendir berwarna putih Mendorong keluarga untuk tetap berada disisi pasien Hasil: - Tampak istri dan anggota kelurga yang lain berada disamping pasien	Sisil
	I	11.20	Menginstruksikan klien untuk melakukan teknik relaksasi Hasil: - Tampak pasien mengikuti instruksi prawat dengan menarik napas dalam.	Sisil
	III	11.30	Memonitor/ mencatap pola tidur pasie dan jumlah jam tidur Hasil: - Pasien mengatakan sudah bisa tidur sedikit lama - Pasien mengatakan tidur siang hanya 1 jam dan tidur malam 5 jam - Pasien mengatakan masih merasa sedikit gelisah - Tampak pasien banyak menguap - Tampak wajah mengantuk	Sisil

	I,II, III	16.00	- Tampak palpebra inverior berwarna gelap - Tampak pasien gelisah Melakukan advis dokter Hasil: - Amlodipine 10 mg/oral - Acetilylcysteine 200 mg/oral Memberikan trapi nebulizzer Hasil: - Combiven 2.5 ml/inhalasi Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melaku kan batuk Hasil: - Pasien mengikuti insrtuksi perawat - Tampak pasien batuk dan mengeluarkan dahak berwarna putih Auskultasi suara tambahnan setelah dilakukan tindakan Hasil : - Terdengar suara ronchi menganjurkan pasien untuk minum air hangat Hasil: - Untuk membantu mengencerkan dahak	Perawat dan Sari Sari
		17.00	Memonitor keluhan sesak napas pasien dan kegiatan yang	Sari

	III	21.00	memperburuk sesak napas Hasil: - Pasien mengatakan masih sesak - Pasien mengatakan sesak bertambah apa bila beraktivitas (seperti ke kamar mandi) - Pasien mengatakan batuk berlendir berwarna putih - KU lemah - Tampak dahak berwarna putih - Tampak terpasang O_2 nasal kanul 3 liter. Melakukan pengkajian nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyeri ulu hatinya sudah berkurang, - Nyeri seperti di tusuk-tusuk, - Nyeri yang dirasakan menetap, - Skala nyeri 3, - Nyeri di rasakan kurang lebih 3-5 menit - Tampak ekspresi wajah Mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri Hasil	Velaria

	III	22.00	- Pasien dapat mengikuti instruksi perawat dengan menarik napas dalam Atur penggunaan obat-obatan untuk mengurangi kecemasan dengan tepat Hasil: - Braxsidine 5 mg/oral	Perawat dan Velaria
	I,II, III		memonitor tanda-tanda vital hasil: - TD: 160/90 mmHg - N :95×/meenit - S :37,5°C - P :27×/menit	Velaria
			Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan pasien semifowler	
	I,II, III	05.00	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 140/90 mmHg - N :90×/meenit - S :37°C - P :25×/menit	Velaria
	III	06.10	Memonitor mencatat pola tidur pasie dan jumlah jam tidur Hasil: - Pasien mengatakan sudah	Velaria

			bisa tidur dengan baik - Pasien mengatakan tidur siang 2 jam dan tidur malam 5 jam - Pasien mengatakan sedikit cemas - Tampak pasien tidak banyak menguap - Tampak wajah mengantuk - Tampak palpebra inverior berwarna gelap - Tampak ekspresi wajah mengantuk	
22/04/18	I,II, III	07.30	Menciptaka lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien Hasil: - Tampak pasien berbaring tenang diatas tempat tidur Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semifowler	Sisil
	I,II, III	08.00	melakukan advis dokter hasil: - Ranitidine 50 mg/IV - Ceftriaxone 1g/IV Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk	Perawat dan Sisil Sisil

			melakukan batuk Hasil: - Tampak pasien mengikuti instruksi perawat Mengauskultasi suara tambahan Hasil: - Auskultasi suara napas ronchi	
	I,III	09.35	Menganjurkan pasien untuk minum air hangat Hasil: - Untuk membantu mengencerkan dahak	Sisil
	III	09.40	Mendorong keluarga untuk mendampingi klien dengan tepat hasil: - tampak istri dan anak, serta anggota keluarga yang lain berada disamping pasien	Sisil
	I,II III	09.50	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 140/90 mmHg - N : 90×/meenit - S : 37,°C - P : 27×/menit Memonitor/ mencatat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur Hasil: - Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan baik - Pasien mengatakan tidur	Sisil

	III	09,55	siang hanya 2 jam dan tidur malam 5 jam - Pasien mengatakan sedikit cemas - Tampak pasien tidak banyak menguap - Tampak palpebra inferior berwarna hitam - Tampak ekspresi wajah mengantuk Menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien. Hasil: - Tampak pasien berbaring tenang diatas tempat tidur Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semifowler Membuang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk Hasil: - Tampak pasien mengikuti instruksi prawat Mengauskultasi suara tambahan Hasil: - Suara napas rochi Menganjurkan pasien untuk minum	Sisil

	II <

	I,II, III	16.20	- Pasien mengikuti insrtuksi perawat - Tampak pasien batuk dan mengeluarkan dahak berwarna putih Mengauskultasi suara tambahnan setelah dilakukan tindakan Hasil : - Terdengar suara ronchi Menganjurkan klien untuk minum air hangat Hasil: - Untuk membantu mengencerkan dahak Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan. Hasil: - TD: 150/90 mmHg - N : 95 ×/menit - S :37^{o}C - P :26 ×/menit	Ulfa
	II	17,10	Memonitor keluhan sesak napas pasien dan kegiatan yang memperburuk sesak napas Hasil: - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang - Pasien mengatakan sesak bertambah apa bila beraktivitas (seperti ke	Ulfa

			kamar mandi) - Pasien mengatakan batuk berlendir berwarna putih - Tampak dahak berwarna putih - Tampak terpasang O_2 nasal kanul 3 liter. Memberikan posisi yang aman dan nyaman Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semifowler Melakukan advis dokter Hasil: - Ranitidin 50 mg/2ml/IV - Acetylcyteine 20 mg/oral Mengatur penggunaan obat-obatan untuk mengurangi kecemasan dengan tepat Hasil: - Braxsidine 5 mg/oral memonitor tanda-tanda vital hasil: - TD : 160/90 mmHg - N : 95×/meenit - S : 37,5°C - P : 27×/menit Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	
	I,II, III III	20.00 22.00		Perawat dan Yuli Yuli Yuli

	I,II, III	05.00	Hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan pasien semifowler Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD:150/80 mmHg - N : 80 ×/menit - S :36.4°C - P :24 ×/menit	Yuli Yuli
	III	06.30	Memonitor/ mencatat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur Hasil: - Pasien mengatakan tidur sangat nyenyak - Pasien mengatakan tidur siang 2 jam dan tidur malam 7 jam - Pasien mengatakan banggun pagi badan terasa segar - Tampak pasien tidak menguap - Tampak ekspresi wajah tidak mengantuk.	

G. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Tn. ”T”/58 tahun

Ruang/kamar :St.Bernadeth IIA/5071

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama perawat
21/04/18 06.40	DP I. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan S: - Pasien mengatakan sesak napas - Pasien mengatakan sesak bertambah apa bila beraktivitas (seperti ke kamar mandi) - Pasien mengatakan batuk berlendir berwarna putih O: - Tampak KU lemah - Tampak dahak berwarna putih - Auskultasi terdengar ronchi - Tampak posisi semifowler - Observasi TTV TD: 150/90 mmHg N : 94 ×/menit S : 37,2^{o}C P : 27 ×/menit A: Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum kembali efektif P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Manajemen jalan napas 3. Monitoring pernapasan	Sisil

	DP II. Nyeri akut nerhubungan dengan agens cedera biologis S: - Paien mengatakan nyeri ulu hati - Nyeri seperti ditusuk-tusuk - Nyeri yang dirasakan menetap - Skala nyeri 5 - Nyeri dirasakan kurang lebih 3-5 menit O: - Tampak ekspresi wajah meringis - Observasi tanda-tanda vital TD: 150/90 mmHg N : 94 ×/menit S : 37,2°C P : 27 ×/menit A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Manajemen nyeri DP III. Insomnia berhubungan dengan ansietas S: - Pasien mengatakan susah untuk memulai tidur - Pasien mengatakan tidur siang hanya 1 jam dan tidur malam 3 jam - Pasien mengatakan selalu gelisah O: - Tampak pasien banyak menguap - Tampak ekspresi wajah mengantuk - Tampak palpebra inverior berwarna	

	gelap - Observasi tanda-tanda vital TD: 150/90 mmHg N : 94 ×/menit S : 37,2°C P : 27 ×/menit A: Insomnia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Manajemen lingkungan 2. Peningkatan tidur 3. Pengurangan kecemasan	
22/04/18 06.40	DP I. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan S: - Pasien mengatakan masih sesak - Pasien mengatakan tambah sesak apabila beraktivitas (seperti ke kamar mandi) - Pasien mengatakan batuk berlendir berwarna putih O: - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk berlendir berwarna putih - Tampak terpasang O_2 nasal kanul 3 ml - Observasi tanda-tanda vital TD : 140/90 mmHg N : 90 ×/menit S : 37°C	Sisil

	P : 25 ×/menit A: Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum kembali efektif P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Manajemen jalan napas 3. Monitoring pernapasan DP II. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S: - Pasien mengatakan nyeri ulu hati sudah mulai berkurang - Nyeri seperti ditusuk-tusuk - Nyeri yang dirasakan menetap - Skala nyeri 3 - Nyeri dirasakan kurang lebih 3-5 menit O: - Tampak ekspresi wajah meringis - Observasi tanda-tanda vital TD : 140/90 mmHg N : 90 ×/meenit S : 37°C P : 25 ×/menit A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Manajemen nyeri DP III. Insomnia berhubungan dengan ansietas S: - Pasien mengatakan sudah bisa tidur	

	dengan baik - Pasien mengatakan tidur siang hanya 2 jam, dan tidur malam 5 jam - Pasien mengatakan sedikit cemas O: - Tampak pasien tidak banyak menguap - Tampak palpebra inverior berwarna gelap - Tampak ekspresi wajah mengantuk - Observasi tanda-tanda vital TD : 140/90 mmHg N : 90 ×/meenit S : 37^{o}C P : 25 ×/menit A: Insomnia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Manajemen lingkungan 2. Peningkatan tidur 3. Pengurangan kecemasan	
23/04/18 06.40	DP I. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mucus berlebihan S: - Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang, - Pasien mengatakan sesak bertambah apabila beraktivitas (seperti ke kamar mandi) - Pasien mengatakan masih batuk berlendir berwarna putih O:	Sisil

	- Tampak pasien batuk berlendir berwarna putih - Auskultasi terdengar suara napas ronchi - Observasi tanda-tanda vital TD : 150/80 mmHg N : 80 ×/menit S : 36,4°C P : 24 ×/menit A: Ketidakefektifan bersihan jalan napas belum kembali efektif P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Manajemen jalan napas 3. Monitoring pernapasan DP II. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis S: - Pasien mengatakan nyeri ulu hati sudah berkurang, - Nyeri seperti ditusuk-tusuk, - Nyeri yang dirasakan menetap, - Skala nyeri 2, - Nyeri dirasakan kurang lebih 3 menit O: - Tampak rileks - observasi tanda-tanda vital TD : 150/80 mmHg N : 80 ×/meenit S : 37,4°C P : 24 ×/menit	

	A: Nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi DP III. Insomnia berhubungan dengan ansietas S: - Pasien mengatakan tidur sangat nyenyak - Pasien mengatakan tidur siang 2 jam dan tidur malam 7 jam - Pasien mengatakan bangun pagi badan terasa segar O: - Tampak pasien tidak menguap - Tampak ekspresi wajah tidak mengantuk - Observasi tanda-tanda vital TD: 150/80 mmHg N :89×/meenit S :36,4°C P :25×/menit A: Insomnia teratasi P: Hentikan intervensi	

G. Daftar Obat Yang Diberikan Pada Pasien

1. Ranitidin
   a. Golongan obat : Antihistamin
   b. Dosis umum : 50 mg/2 ml
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutas : Diberikan 2 kali sehari
   d. Cara pemberian obat : Bolus IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ranitidin adalah obat yang digunakan untuk menurunkan kadar asam berlebihan yang diproduksi oleh lambung.
   f. Alasan diberikan obat pada pasien yang bersangkutan : untuk menghambat sekresi asam lambung yang ditandai mual dan muntah.
   g. Kontra idikasi :jangan diberikan pada hipersensitif atau alergi ranitidin
   h. Efek samping obat :sakit kepala, mual, nyeri perut.

2. Ceftriaxone
   a. Golongan obat: antibiotik
   b. Komposisi obat:

      Tiap vial ceftriaxone mengandung ceftriaxone sodium setara dengan ceftriaxone 1 gr
   c. Dosis
      1) Untuk anak-anak di atas 12 tahun dan dewasa standar dosis yang diberikan adalah 1 gr pre hari. Sedangkan untuk infeksi parah, dosis di berikan antara 2 hingga 4 gram perhari
      2) Khussusnya untuk infeksi gonore, satu dosis 250 mg ceftriaxone cukup untuk mengatasinya.
   d. Dosis untuk pasien: 1 gram/8 jam
   e. Cara kerja obat

      Ceftriaxone merupakan golongan sefalosporin, ceftriaxone mempunyai spektum luas dan waktu paruh eliminasi 8 jam, ceftriaxone efektif terhadap microorganisme gram positif dan gram negatif. Ceftriaxone juga sangat stabil terhadap enzim beta laktamase yang dihasilkan oleh bakteri.
   f. Indikasi
      1) Infeksi saluran pernapasan
      2) Infeksi saluran kemih
      3) Infeksi gonore
      4) Sepsis
      5) Meningitis

3. Combivent
   a. Golongan obat : Albuterol (Salbutamol)
   b. Dosis umum : 2.5 ml
   c. Cara pemberian: Inhalasi/Nebuliser
   d. Dosis untuk pasien: 2.5 ml
   e. Mekanisme kerja obat: untuk melongarkan saluran pernapasan sehingga dapat melegakan pernapasan, mengurangi hambatan akan keluar masuknya oksigenyang melewati saluran pernapasan.
   f. Alasan diberikan obat ini pada pasien: untuk membantu melongarkan jalan napas dan mengencdrkan dahak.
   g. Efek samping:
      1) Sakit kepala
      2) Pusing
      3) Rasa mual
      4) Mulut kering
      5) Tremor
      6) Gejala pilek, seperti bersin, hidung tersumbat, batuk-batuk dan sakit tengorokan.

4. Acetylcystene
   a. Golongan obat : Ekspektoran
   b. Dosis umum :200 mg
   c. Dosis untuk pasien : Diberikan dua kali sehari
   d. Cara pemberian : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Acetylcystene adalah obat yang berfungsi untuk mengencerkan dahak pada penyakit saluran pernapasan dimana terjadi penumpukan lendir atau dahak
   f. Alasan diberikan obat pada pasien yang bersangkutan: untuk membantu mempercepat pengenceran dahak dan mudah dikeluarkan pada saat batuk
   g. Kontra indikasi efek samping obat: mual,muntah, hipotensi, kulit kemerahan, ruam, sesak napas, berkeringat, demam

5. Amlodipine

2. Golongan obat : Antagonis kalsium
3. Dosis umum :10 mg
4. Dosis untuk pasien : Diberikan satu kali sehari
5. Cara pemberian : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Amlodipine adalah obat untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi.
7. Alasan diberikan obat pada pasien yang bersangkutan: untuk membantu penurunan tekanan darah tiggi karena pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi.
8. Kontra indikasi efek samping obat: merasa lelah, pusing, jantung berdegup kencang, merasa mual dan tidak nyaman dibagian perut.

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bab IV ini penulis membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dan kasus nyata yang ditemukan dalam asuhan keperawatan pada Tn “T” usia 58 tahun, jenis kelamin laki-laki dengan kasus pneumonia bilateral yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris selama ±5 hari 18-22 april 2018 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu:

A. Pengkajian

Dalam pengkajian penulis memperoleh data dari hasil wawancara langsung dengan pasien dan keluarga. Selain itu penulis memperoleh data dari observasi lansung, catatan medis, dan hasil pemeriksaan penunjang.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pada Tn. “T” yang masuk rumah sakit pada tanggal 18 april 2018 didapatkan data sesak napas ± 1 bulan yang lalu dan memberat 3 hari yang lalu dan batuk berlendir berwarna putih, serta nyeri ulu hati. Pada pengkajian yang dilakukan tanggal 19 april ditemukan data pasien tidak dapat tidur terlentang, gelisah, susah tidur, batuk berlendir, nyeri ulu hati, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan menetap, skala nyeri 6, durasi ± 3-5 menit, tampak ekspresi wajah meringis. susah tidur dan susah melakukan aktivitas karena dapat memperberat sesak (seperti ke kamar mandi).

Pengobatan yang diberikan yaitu Ranitidin diberikan sebagai anti nyeri pada lambung, ceftriaxone diberikan sebagai antibiotik, amlodipine diberikan sebagai obat antagonis kalsium yang membantu menurunkan tekanan darah tinggi, acetylcystene diberikan sebagai obat ekspektoran yang dapat membantu mengencerkan dahak, braxidin anti ansietas atau gangguan cemas.

Menurut teoritis sesak napas dan batuk berlendir disebabkan oleh reaksi inflamasi atau peradangan pada paru-paru, alveoli dan jaringan sekitarnya. Akibat dari reaksi inflamasi tersebut maka terjadi peradangan pada sel goblet sehingga terjadi peningkatan produksi mukus dan akan menumpuk pada jalan napas yang menyebabkan sesak dan batuk berlendir. Hal ini ditunjang dengan hasil laboratorium darah ditemukan peningkatan NEUT 75.1% (nilai normal 40-74%) dan hasil foto thorax pneumonia bilateral, kemungkinan efusi pleura bilateral.

Berdasarkan data di atas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa tidak semua manifestasi klinis yang ada pada teori dialami oleh pasien seperti: demam, berkeringat, sianosis, anoreksia dan diare.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data di atas penulis dapat mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan
2. Nyeri akut b/d agens cedera biologis
3. Insomnia b/d ansietas

Sedangkan diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis yang tidak diangkat pada kasus, diantaranya :

1. Hipertermi b/d penyakit, penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena saat pengkajian tidak ada tanda- tanda peningkatan suhu tubuh.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis karena berat badan pasien melebihi batasan normal dengan IMT 29.75.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, penulis tidak mengangkat

diagnosa keperawatan ini karena pasien masih bisa melakukan aktivitas secara mandiri di atas tempat tidut, seperti miring kiri, kanan dan makan sendiri. Walaupun sebagian aktivitasnya di bantu, seperti kekamar mandi.

C. Perencanaan Keperawatan

Setelah dilakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang muncul, antara lain:

1. Ketidaakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan. Dalam diagnosa ini penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu: memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk, auskultasi suara tambahan setelah di lakukan tindakan, monitor pola napas, monitor keluhan sesak napas pasien, termasuk kegiatan yang memperburuk sesak napas, berikan bantuan terapi napas yaitu O_2 dan terapi nebulizzer.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Dalam diagnosa keperawatan yang kedua ini penulis membuat intervensi sesuai dengan kondisi pasien, yaitu: lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif durasi, frekuensi, kualitas intensitas atau beratnya, ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, berikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan, dorong pasien untuk menggunakan obat penurun nyeri, berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.
3. Insomnia berhubungan dengan ansietas. Dalam diagnosa keperawatan yang ketiga ini penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan paien, ijinkan keluarga dan orang terdekat untuk

berada didekat pasien, tentukan pola tidur, monitor atau catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur, kaji jumlah jam tidur, tentukan efek dari obat yang di konsumsi pasien terhadap pola tidur, gunakan pendekatan meyakinkan, atur penggunaan obat-obatan untuk mengurangi kecemasan dengan tepat.

D. Implementasi

Pada tahap ini penulis melaksanakan apa yang telah penulis rencanakan sebelumnya selama 3 hari sebagai acuan dalam melakukan implementasi. Sebelum melakukan tindakan terlebih dahulu menjelaskan tentang tindakan apa yang akan dilakukan sehingga pasien maupun keluarga mau bekerja sama. Berdasarkan perencanaan (intervensi) keperawatan yang telah dibuat oleh penulis kemudian diimplementasikan dalam kasus. Semua intervensi pada ketiga diagnosa yang diangkat pada kasus dapat diimplementasikan.

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap terakhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencangkup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak. Adapun evaluasi pelaksanaan keperawatan pada Tn.”T” adalah sebagai berikut:

1. Ketidak efektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan. Dari hasi evaluasi tindakan keperawatan selama 3 hari, pasien masih menunjukan tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas dimana pasien mengatakan masih batuk berlendir, auskultasi suara napas ronchi pada ke dua lapang parudan P: 24 ×/menit, pasien masih terbaring dalam posisi semifowler.
2. Nyeri akut b/d agens cedera biologis

   Dari hasil evaluasi keperawatan tindakan keperawatan selama 3 hari, masalah nyeri teratasi dimana nyeri yang dirasakan pasien

sudah mengalami penurunan, skala nyeri berada pada skala 2 dan wajah pasien tampak rileks.

3. Insomnia b/d ansietas

   Dari hasil evaluasi keperawatan tindakan keperawatan selama 3 hari, masalah insomnia teratasi dimana pasien mengatakan tidur sangat nyenyak, tidur siang 2 jam dan tidur malam 7 jam, bangun pagi badan terasa segar, tampak ekspresi wajah tidak mengantuk, tampak tidak menguap.

BAB V
PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan kepada Tn.” T” dengan pneumonia di ruangan St.Bernadeth IIA/507 rumah sakit stella maris makassar pada tanggal 19 april 2018 sampai dengan 22 april 2018, maka penulis dapat memberi kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Simpulan

1. Pada Tn.”T” dengan pneumonia didapatkan keluhan seperti sesak, batuk berlendir, nyeri ulu hati, susah tidur, dan suara napas tambahan ronchi.
2. Dalam melakukan asuhan keperawatan kepada Tn”T” dengan pneumonia diangkatlah 3 diagnosa keperawatan antara lain:
   Ketidakefektifan bersihaan jalan napas berhubungan dengan mucus berlebihan, nyeri akut berhubungan dengan agens cedera boilogis, insomnia berhubungan dengan ansietas. Dari intervensi yang penulis susun, sesuai intervensi berdasarkan tinjauan teoritis.
3. Intervensi yang penulis susun semuanya dapat diimplementasikan dengan baik.
4. Setelah tiga hari melakukan implementasi maka hasil evaluasi yang diperoleh adalah masalah bersihan jalan napas kembali efektif, sudah teratasi, nyeri akut dapat teratasi,dan insomnia dapat teratasi.
5. Hasil evaluasi keperawatan
   Masalah yang belum teratasi adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan dimana sesak sudah berkurang, dan masih batuk berlendir, serta suara napas ronchi.

B. Saran

Penulis memberikan beberapaa saran dan masukan kepada beberapa pihak, dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan yang kualitasnya lebih baik kepada beberapa pihak terkait yaitu:

1. Bagi institusi/ pendidikan

   Diharapkan istitusi pendidikan untuk mejediakan buku-buku terbitan terbaru terutama buku yang membahas penyakit khususnya pneumonia.

2. Bagi pihak rumah sakit

   Pihak rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan, mempertahankan dan mengembangkan mutu pelayanan kearah pelayanan komprehensif dengan menyediakan media seperti penyuluhan, mengenai penatalaksanaan dari perawatan penyakit pneumonia.

3. Bagi pasien dan keluarga

   Diharapkan pada pasien untuk selalu menjaga kebersian, menghindari dari asap rokok, dan mengonsumsi makanan yang bargizi.

4. Bagi mahasiswa

   Hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan, mahasiswa dapat sungguh-sungguh menerapkan teori dan keterampilan yang didapat diperkuliahan ke ruang perawatan dan dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan yang lebih tinggi dibidang keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner dan Sudart, 2013. *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC.

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

Nurarif Amin Huda, (2016 jilid 2). *Asuhan Keperawatan Praktis.* Jogjakarta: Medication.

Mutaqqin Arif, 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.

www.Scholar.unand.ac.id>PENDAHULUAN.Pdf

Diakses pada tanggal 10 Mei 2018

https://www.Google.Eprints.Ums.as.id/.Pdf

Diakses pada tanggal 12 Mei 2018

Kamitsuru, T. H. (2015-2017, ed. 10). *NANDA International Inc. Diagnosa Keperawatan: Defenisi & Klasifikasi* . Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Medical Record RS. Stella Maris Makassar, Kasus Pneumonia . (2015-2016-2017).

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

Somatri, Irma (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Pernapasan* Edisi 2. Ja karta: Salemba Medika.

DAFTAR LEMBAR KONSUL

KARIA TULIS ILMIAH

Nama : Sisilia Edriana

NIM : E1514401045

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn “T” dengan Penyakit Pneumonia di Ruang Perawatan St.Bernadeth IIA Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Mery Solon, Ns.,M.Kes

NO	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	Rabu,25 April, 2018	BAB III - Judul kasus - Pengkajian	- Pola Gordon - Analisa Data - Diagnosis - Intervensi.	
2	Rabu, Mei 2018	BAB III - Pengkajian	- Pola Gordon - Analisa Data - Diagnosis - Intervensi - Implementasi - Evaluasi.	
3	Kamis, 10 Mei 2018	BAB I, BAB II BAB III	- Latar Belakang - Sumber Buku - Perbaikan Pengetikan - Perbaikan Implementasi dan Evaluasi.	

4	Selasa, 15 Mei 2018	BAB I BAB II BAB IV BAB V	- Perbaikan Bab 1 Dan Bab II - Kesenjangan Kasus - Simpulan - Saran	
5	Rabu, 25 Mei 2018	BAB IV BAB V	- Perbaikan Pengetikan - Perbaikan Kesenjangan Kasus - Sampul	
6	Senin, 28 Mei 2018	BAB IV	- Perbaikan Pengetikan - Kata Pengantar - Patway - Lembaran Persetujuan - Lembaran Pengesahan	
7	Rabu, 30 Mei 2018	BAB V	- Perbaikan Pengetikan - Perbaikan Kata Pengantar - Perbaikan Patway.	