

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A.D DENGAN PNEUMONIA
DI RUANG CENDANA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA**

Drs. TITUS ULLY KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi Pada Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada
program studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



OLEH

JAHYA BUKHARI ADNAN SELAM

NIM : PO5303201181199

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D III KEPERAWATAN

2019

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A.D DENGAN PNEUMONIA
DI RUANG CENDANA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA**

Drs. TITUS ULLY KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Dan Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan melalui Program Rekognisi
Pembelajaran Lampau (RPL)**



Oleh :

JAHYA BUKHARI ADNAN SELAM

NIM : PO5303201181199

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D III KEPERAWATAN**

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Jahya Bukhari Adnan Selam

NIM : PO5303201181199

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Studi Kasus "Asuhan Keperawatan Pada Tn.A.D Dengan Pneumonia di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Ully Kupang Tahun 2019" yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain, yang saya buat adalah hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 23 Juli 2019

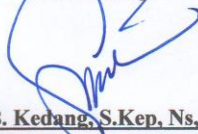
Pembuat Pernyataan



Jahya Bukhari Adnan Selam

NIM : PO5303201181199

Mengetahui
Pembimbing



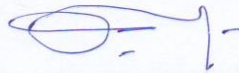
Sabinus B. Kedang, S.Kep, Ns, M.Kep

NIP. 197304101997031002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan studi kasus oleh Jahya Bukhari Adnan Selam "Asuhan Keperawatan Pada Tn.A.D Dengan Pneumonia di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang Tahun 2019" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :

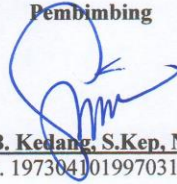


JAHYA BUKHARI ADNAN SELAM
NIM : PO. 5303201181199

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi
D – III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal 23 Juli 2019

Pembimbing



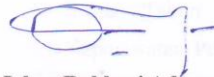
Sabinus B. Kedang, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 197304101997031002

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A.D.
DENGAN PNEUMONIA DI RUANG CENDANA
RS BHAYANGKARA Drs. TITUS ULLY KUPANG”**

Disusun Oleh :



Jahya Bukhari Adnan Selam

NIM. PO.5303201181199

Telah Diuji Pada Tanggal, 23 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Roswita V. Rambu Roku, S.Kep. Ns, MSN
NUPN 9908419437

Penguji II



Sabinus B. Kedang, S.Kep. Ns, M.Kep
NIP. 197304101997031002

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III-Keperawatan



Margaretha Teji, S.Kep. Ns, MSc-PH
NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

- Nama Lengkap : Jahya Bukhari Adnan Selam
- Tempat Tanggal lahir : Kupang, 16 Juni 1966
- Jenis Kelamin : Laki-Laki
- Riwayat Pendidikan :
1. Tamat SD Persitim Kupang Tahun 1980
 2. Tamat SMP Muhammadiyah Kupang 1983
 3. Tamat SMA Muhammadiyah Kupang 1987
 4. Tamat SPK Kesdam IX / Udayana Denpasar Bali Tahun 1997
 5. Sejak Tahun 2018 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

**“TIDAK ADA JALAN LAIN UNTUK MERAH SUKSES
SELAIN MELEWATI YANG NAMANYA PROSES ”**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan yang maha Esa karena atas berkat dan bimbinganNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulis Studi Kasus ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan Komprehensif pada Tn. A.D, Dengan Pneumonia Di Ruang Cendana Rumah Sakit Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang**” Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya kepada **Bapak Sabinus B. Kedang, S.Kep, Ns, M.Kep** selaku pembimbing dan penguji yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide ide dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada **Ibu Roswita Victoria rambu Roku, S.Kep, Ns, MsN** selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Melalui kesempatan ini juga penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya kepada yang terhormat :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Ibu Ragu Harming Kristina, SKM, M.Kes selaku pelindung dalam ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi D-III Keperawatan.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat, S.KP, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi penanggung jawab kegiatan ujian akhir program.
3. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns, MSc-PH selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi koordinator kegiatan ujian akhir program.
4. Bapak/Ibu Dosen Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan yang telah memberikan materi dan praktek selama dalam proses perkuliahan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.

5. Bapak Direktur RS. Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melaksanakan **“Asuhan Keperawatan Komprehensif pada Tn. A.D Dengan Pneumonia Di Ruang Cendana Rumah Sakit Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang”**
6. Bapak Antonio Pinto, Amd. Kep selaku Pembimbing klinik / CI dan seluruh staf Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang Kota yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Istri tercinta Siti Sakinah dan anak-anak tercinta yang sudah memberikan dukungan, doa dan motivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman seangkatan RPL 2018 yang selalu mendukung dan memberi semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaannya.

Kupang, 23 Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Jurusan Keperawatan

Karya Tulis Ilmiah, 23 Juli 2019

JAHYA BUKHARI ADNAN SELAM

NIM : PO5303201181199

Pneumonia adalah salah satu penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISNBA) dengan gejala batuk dan disertai dengan sesak napas yang disebabkan agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi), dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru-paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi. Tujuan penulisan adalah penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia.

Metode penulisan dengan pengumpulan data meliputi wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Selanjutnya Klien dirawat selama tiga hari perawatan.

Hasil pengkajian Tn. A.D, masuk rumah sakit tanggal 14 Juli 2019 dengan alasan demam naik turun, makan menurun. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan masalah klien merasa pernapasan tidak bernapas dengan leluasa akibat dari klien merasa semacam penumpukan cairan dalam jalan napas, dan napsu makan klien angat menurun serta lemas. Diagnosa yang di angkat Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan penumpukan cairan serta pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. Maka dibuatlah suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Tn. A. D, seperti Mengajarkan pasien batuk efektif dan napas dalam. Dan mengkaji pola makan klien serta menimbang berat badan klien. Evaluasi pada Tn. A.D, untuk diagnosa pertama dan kedua dengan menggunakan metode subyektif, obyektif, assesment, planing (SOAP).

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Pneumonia

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
BIODATA PENULIS	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A.Latar Belakang.....	3
B.Tujuan Penulisan	4
C.Manfaat Penulisan.....	5
D.Metode penulisan	Error! Bookmark not defined.
E.Sistematika penulisan	Error! Bookmark not defined.
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	6
A.Konsep Pneumonia.....	6
1.Pengertian.....	6
2.Klasifikasi	6
3.Etiologi	7
4.Manifestasi Klinis	8
5.Patofisiologi.....	9
6.Komplikasi	11
7.Pemeriksaan Penunjang.....	11
8.Penatalaksanaan	12
B.Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	13
1.Pengkajian	13
2.Diagnosa Keperawatan.....	15
3.Intervensi Keperawatan.....	16
4.Implementasi Keperawatan	19
5.Evaluasi.....	19

BAB III TINJAUAN KASUS	20
A.Pengkajian	Error! Bookmark not defined.
1.Pengumpulan Data	Error! Bookmark not defined.
B.Analisa Data.	22
C.Diagnosa Keperawatan	22
D.Intervensi Keperawatan	23
E.Implementasi Keperawatan	24
F.Evaluasi.	25
BAB IV PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
A.Pengkajian	27
B.Diagnosa keperawatan	28
C.Intervensi Keperawatan	29
D.Implementasi Keperawatan	30
E.Evaluasi Keperawatan	30
BAB V PENUTUP	32
A. Kesimpulan	32
B.Saran	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR PUSTAKA	34
Lampiran 1	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Format Pengkajian Keperawatan

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Pathway	9
Gambar 3.2 Genogram.....	41

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumonia adalah salah satu penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISNBA) dengan gejala batuk dan disertai dengan sesak napas yang disebabkan agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungil), dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru-paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi (NANDA Nic-Noc 2015).

Pneumonia merupakan penyebab kematian terbesar terutama di Negara berkembang, selain itu di negara maju seperti Amerika Serikat, Kanada, dan negara – negara Eropa juga banyak kasus yang terjadi (Setyoningrum, 2009).

Menurut WHO 2012, Insiden pneumonia pada anak balita di negara berkembang adalah 151,8 juta kasus pneumonia / tahun, 10% diantaranya pneumonia berat dan perlu perawatan di rumah sakit, Di negara maju terdapat 4 juta kasus setiap tahun sehingga setiap insiden pneumonia di seluruh dunia ada 156 juta kasus pneumonia pada anak balita setiap tahun. Terdapat 15 negara dengan insiden pneumonia pada anak balita paling tinggi, Mencakup 74% (115,3%) dari 156 juta kasus di seluruh dunia. Lebih dari setengahnya terdapat di 6 negara, Mencakup 44% populasi anak balita di dunia.

Southeast Asia Medical Information Center (SEAMIC) Health Statistic 2007 pneumonia merupakan penyebab kematian nomer 6 di Indonesia, nomer 9 di Brunei, nomer 7 di Malaysia, nomer 3 di Singapura, nomer 6 di Thailand, dan nomer 3 di Vietnam. Insidensi pneumonia komunitas di Amerika adalah 12 kasus per 1000 orang per tahun dan merupakan penyebab kematian utama akibat infeksi pada orang dewasa di negara itu. (Anonim, 2009).

Menurut data Riskesdas 2018, prevalens pneumonia (berdasarkan pengakuan pernah di diagnosa oleh tenaga kesehatan dalam sebulan terakhir sebelum survei) pada bayi di indonesia adalah 0,76% dengan rentang antar provinsi sebesar 0-13,2%. Provinsi tertinggi adalah Provinsi Papua (3,5%) dan Bengkulu (3,4%) Nusa Tenggara Timur (1,3%) sedangkan provinsi lainnya di bawah 1%.

Laporan profil kabupaten/ kota se-Provinsi NTT menemukan cakupan penemuan dan penanganan Pneumonia pada orang dewasa mengalami fluktuasi dari tahun 2015-2018. Pada tahun 2015 sebesar 7.048 kasus, berarti target yang tercapai hanya (19,2 %), selanjutnya pada tahun 2016 meningkat menjadi 45.928 kasus (26,42%) Tahun 2017 telah menjadi penurunan yang sekitar 50% yaitu menjadi sebesar 3.714 (13%), sedangkan pada tahun 2018 menjadi sebesar 3.757 (6,03%) berarti telah terjadi penemuan dan penanganan penderita pneumonia.

Berdasarkan data di RS Bhayangkara Titus Uly Kupang khususnya di Ruang Cendana periode Januari-Desember 2018 jumlah pasien yang dirawat sebanyak 356 orang, yang menderita penyakit pneumonia sebanyak 49 orang. Sedangkan pada bulan Januari-Juni 2019 jumlah pasien yang dirawat sebanyak 42 orang yang menderita penyakit pneumonia sebanyak 42 orang.

Melihat jumlah presentase pasien dengan pneumonia cukup banyak, maka pentingnya peran perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan secara tepat yang dapat membantu dan mengurangi angka kejadian. maka peran perawat dalam penatalaksanaan atau pencegahan penyakit pneumonia secara primer yaitu memberikan pemberian pendidikan kepada keluarga klien untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit pneumonia dengan perlindungan kasus dilakukan melalui imunisasi, hygiene personal, dan sanitasi lingkungan. Peran sekunder dari perawat adalah memberikan fisioterapi dada, nebulisasi, dan latihan batuk efektif agar penyakit tidak kembali kambuh.

Berdasarkan data di atas penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan pada Tn. A.D dengan Pneumonia di Ruangan Cendana RS Bhayangkara Titus Uly Kupang”

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. A. D. dengan pneumonia di RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Tn. A.D dengan Pneumonia.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. A.D dengan Pneumonia.
3. Mampu membuat perencanaan tindakan sesuai dengan diagnosa yang ditegakan pada pasien Tn. A.D dengan Pneumonia.
4. Mampu melakukan tindakan/implementasi pada pasien Tn. A.D dengan Pneumonia.
5. Mampu mengevaluasi dan mendokumentasikan hasil Asuhan keperawatan. Pada pasien Tn. A.D dengan Pneumonia.

1.3 Manfaat Penulisan

Manfaat yang diperoleh dalam penulisan karya tulis ini meliputi :

1. Manfaat Teoritis

Sebagai bahan awal teori dalam memberikan Asuhan Keperawatan. Secara kompleks pada pasien dengan Pneumonia.

2. Manfaat Praktis

a. Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi atau kepustakaan dalam rangka untuk meningkatkan kualitas pengalaman belajar.

b. Rumah Sakit

Sebagai masukan untuk Rumah sakit dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Pneumonia.

c. Pasien/keluarga

Sebagai sumber informasi kesehatan dalam rangka untuk tindakan pencegahan, serta menambah pengetahuan tentang pneumonia.

d. Mahasiswa

Informasi dan data tambahan dalam penelitian selanjutnya terutama yang berhubungan dengan Pneumonia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Pneumonia

2.1.1 Pengertian

Pneumonia adalah salah satu penyakit infeksi saluran pernapasan bawah akut (ISNBA) dengan gejala batuk dengan disertai dengan sesak nafas yang disebabkan agen infeksius seperti Virus, Bakteri, Mycoplasma (fungi), Dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru-paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi. (Nanda 2015)

Pneumonia merupakan istilah umum yang menandakan inflamasi pada daerah pertukaran gas dalam pleura; biasanya mengimplikasikan inflamasi parenkim paru yang disebabkan oleh infeksi. (Caia Francis 2011).

Pneumonia adalah proses inflamatori parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh agens infeksius (Brunner & suddarth 2012).

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi berdasarkan anatomi (IKA FKUI)

1. 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”
2. Pneumonia lobaris (Bronkopneumonia) terjadi pada ujung akhir bronkiolus, yang tersumbat oleh eksudat mukopurulen untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus yang berada di dekatnya, di sebut juga pneumonia lobularis.
3. Pneumonia interstitial (Bronkialitis) proses inflamasi yang terjadi di dalam dinding alveolar (intertisium) dan jaringan peribronkial serta interlobular

Klasifikasi pneumonia berdasarkan inang dan lingkungan :

1. Pneumonia komunitas

Dijumpai pada H. Influenza pada pasien perokok, pathogen atipikal pada lansia, Gram negative pada pasien di rumah jompo, dengan adanya PPOK, Penyakit penyerta kardiopulmonal/jamak, atau paksa antibiotika spectrum luas.

2. Pneumonia Nosokomial

Tergantung pada tiga faktor yaitu: Tingkat berat sakit, adanya resiko untuk jenis pathogen tertentu, dan masa menjelang timbul onset pneumonia.

3. Pneumonia Aspirasi

Disebabkan oleh infeksi kuman, Penumonitis kimia akibat aspirasi bahan toksik, Akibat aspirasi cairan inert misalnya cairan makanan atau lambung, Edema paru, dan obstruksi mekanik simple oleh bahan padat.

4. Pneumonia pada gangguan imun

Terjadi karena akibat proses penyakit dan akibat terapi. Penyebab infeksi dapat disebabkan oleh kuman pathogen atau mikroorganisme yang biasanya nonvirulen, berupa bakteri, Protozoa, Parasit, Virus, Jamur, dan cacing. (NANDA Nic-Noc 2013 dan NANDA Nic-Noc 2015)

2.1.3 Etiologi

- a. Streptococcus pneumonia tanpa penyulit
- b. Streptococcus pneumonia dengan penyulit
- c. Haemophilus influenzae
- d. Staphilococcus aureus
- e. Mycoplasma pneumonia
- f. Virus patogen
- g. Aspirasi basil gram negatif, klebsiela, pseudomonas, Enterobacter, Eschericia proteus, basil gram positif.
- h. Stafilococcus

- i. Aspirasi asa lambung
- j. Terjadi bila kuman patogen menyebar ke paru-paru melalui aliran darah, Seperti pada kuman *Stafilococcus*, *E.coli*, anaerob enterik

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Nanda Nic-Noc (2013) dan Nanda Nic- Noc (2015)

manifestasi klinis yang muncul pada pasien dengan pneumonia adalah :

1. Demam, sering tampak sebagai tanda infeksi yang pertama. Paling sering terjadi pada usia 6 bulan- 3 bulan dengan suhu mencapai $39,0^{\circ}\text{C}$ - $40,5^{\circ}\text{C}$ bahkan dengan infeksi ringan. Mungkin malas dan peka rangsangan atau terkadang euforia dan lebih aktif dari normal, beberapa anak bicara dengan kecepatan yang tidak biasa.
2. Meningismus, yaitu tanda-tanda meningeal tanpa infeksi meninges. Terjadi dengan awitan demam yang tiba-tiba disertai dengan nyeri kepala, nyeri dan kekakuan pada punggung dan leher, adanya tanda kerning dan brudzinski, dan akan berkurang saat suhu turun,
3. Anoreksia, merupakan hal yang umum disertai dengan penyakit masa kanak-kanak. Seringkali merupakan bukti awal dari penyakit. Menetap sampai pada derajat yang lebih besar atau lebih sedikit melalui tahap demam dari penyakit, seringkali memanjang sampai ke tahap pemulihan.
4. Muntah, Anak kecil mudah muntah bersamaan dengan penyakit yang merupakan petunjuk untuk awitan infeksi. Biasanya berlangsung singkat. Tetapi dapat menetap selama sakit.
5. Diare, Biasanya ringan, diare sementara tetapi dapat menjadi berat. Sering menyertai infeksi pernafasan. Khususnya karena virus.
6. Nyeri abdomen, merupakan keluhan umum. Kadang tidak bisa dibedakan dengan nyeri apendiksitis.
7. Sumbatan nasal, pasase nasal kecil dari bayi mudah tersumbat oleh pembengkakan mukosa dan eksudasi, dapat mempengaruhi pernafasan dan menyusu pada bayi.

8. Keluaran nasal, sering menyertai dengan infeksi saluran pernafasan. Mungkin encer dan sedikit (rinorea) atau kental dan purulen, bergantung pada tipe dan atau tahap infeksi.
9. Batuk, merupakan gambaran umum dari penyakit pernafasan. Dapat menjadi bukti hanya fase akut.
10. Bunyi pernafasan, seperti batuk, mengi, mengorok, auskultasi terdengar mengi, krekels.
11. Sakit tenggorokan, merupakan keluhan yang sering terjadi pada anak yang lebih besar. Ditandai dengan anak akan menolak untuk minum dan makan per oral.

2.1.5 Patofisiologi

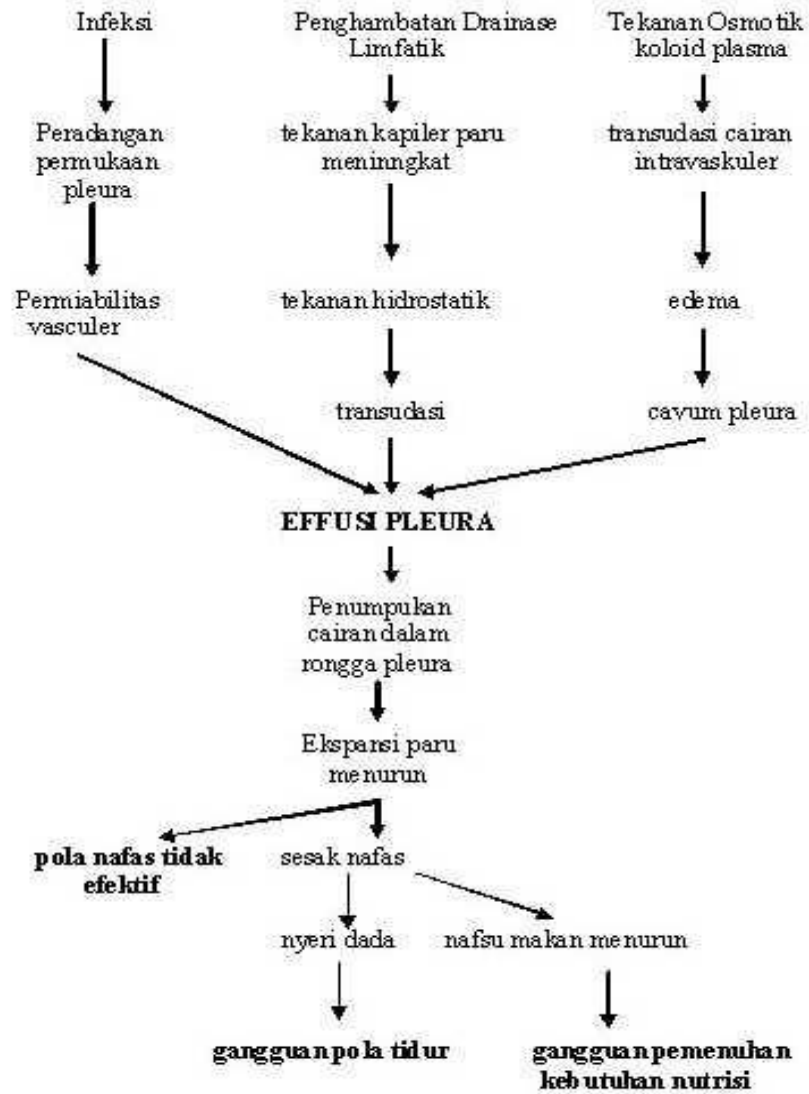
Paru merupakan struktur kompleks yang terdiri atas kumpulan unit yang dibentuk melalui percabangan progresif jalan napas. Saluran napas bagian bawah yang normal adalah steril, walaupun berseblahan dengan sejumlah besar mikroorganisme yang menempati orofaring dan terpajam oleh mikroorganisme dari lingkungan di dalam udara yang dihirup. Sterilitas saluran napas bagian bawah adalah hasil mekanisme penyaringan dan pembersihan yang efektif.

Saat terjadi inhalasi-bakteri mikroorganisme penyebab pneumonia ataupun akibat dari penyebaran secara hematogen dari tubuh dan aspirasi melalui orofaring tubuh pertama kali akan melakukan mekanisme pertahanan primer dengan meningkatkan respon radang.

Timbulnya hepatitis merah dikarenakan perembesan eritrosit dan beberapa leukosit dari kapiler paru-paru. Pada tingkat lanjut aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit dan relatif sedikit eritrosit. Kuman pneumococcus difagosit oleh leukosit dan sewaktu resolusi berlangsung makrofag masuk ke dalam alveoli dan menelan leukosit beserta kuman. Paru masuk ke dalam tahap hepatitis abu-abu dan tampak berwarna abu-abu. Kekuningan. Secara perlahan sel darah merah yang mati dan eksudat fibrin dibuang dari alveoli. Terjadi

resolusi sempurna. Paru kembali menjadi normal tanpa kehilangan kemampuan dalam pertukaran gas.

2.1.6 Patway Pneumonia



2.1.7 Komplikasi

Komplikasi menurut (fakultas kedokteran UI 2012) Dengan penggunaan antibiotika, komplikasi hampir tidak pernah dijumpai komplikasi yang dapat di jumpai adalah : Epiema, Otitis media akut, komplikasi lain seperti Meningitis, perikarditis, osteolitis, peritonitis lebih jarang dilihat.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

- a. Sinar X : Mengidentifikasi distribusi struktural (misal: lobar, bronchial: dapat juga menyatakan abses) luas/infiltrasi, empiema (stapilacoccus), infiltrasi menyebar atau terlokalisasi (bakterial), atau penyebatan /perluasan infiltrasi nodul (lebih sering virus). Pada pneumonia mikoplasma, sinar x dada mungkin bersih.
- b. GDA/ nadi oksimetris : Tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlibat dan penyakit paru yang ada.
- c. Pemeriksaan gram/kultur, Sputum dan darah : Untuk dapat diambil biosi jarum, aspirasi transtrakea, bronkoskopi fiberoptik atau biosi pembukaan paru untuk mengatasi organisme penyebab. Lebih dari satu organisme ada : Bakteri yang umum meliputi diplococcus pneumonia, stapilococcus, Aureus A-hemolitik streptococcus, hemophilus influenza : CMV. Catatan: keluar sekutum tak dapat diidentifikasi semua organisme yang ada. Keluar darah dapat menunjukkan bakteremia sementaraa.
- d. JDL : Leukositosis biasanya ada, meskipun sel darah putih rendah terjadi pada infeksi virus, kondisi tekanan imum seperti AIDS, Memungkinkan berkembangnya pneumonia bakterial.
- e. Pemeriksaan serologi : mis, Titer virus atau legionella, aglutinin dingin, membantu dalam membedakan diagnosis organisme khusus.
- f. Pemeriksaan fungsi paru : Volume mungkin menurun (kongesti dan kolaps alveolar): tekanan jalan nafas mungkin meningkat dan komplain. Mungkin terjadi perembesan (hipoksemia)
- g. Elektrolit : Natrium dan klorida mungkin rendah

- h. Bilirubin : Mungkin meningkat
- i. Aspirasi perkutan/ biopsi jaringan paru terbuka : Dapat menyatakan jaringan intra nuklear tipikal dan keterlibatan sitoplasmik (CMP : karakteristik sel rekayasa (rubela).

2.1.9 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Oksigen 1-2L/ menit
- 2) IVFD (Intra venous fluid Drug) / (pemberian obat melalui intra vena) dekstrose 10 % : NaCl 0,9% = 3:1, + KCL 10 meq / 500 ml cairan. Jumlah cairan sesuai dengan berat badan, kenaikan suhu, dan status hidrasi.
- 3) Jika sesak tidak terlalu hebat, dapat dimulai dengan makanan entral bertahap memulai selang nasogastrik dengan feeding drip.
- 4) Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transpormukossiller.
- 5) Koreksi gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit.
- 6) Antibiotik sesuai hasil biakan atau berikan
- 7) Untuk kasus pneumonia komuniti base : Ampicilin 100 mg/ kg BB/ hari dalam 4 hari pemberian, Kloramfenicol 75 mg /kg BB/ hari dalam 4 hari pemberian.
- 8) Untuk kasus pneumonia hospital base : Cefotaxim 100 mg/kg BB/ hari dalam 2 kali pemberian, Amikasin 10-15 mg/ kg BB/ hari dalam 2 kali pemberian (Arif mansjoer, dkk, 2001).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Peran perawat dalam penatalaksanaan penyakit pneumonia secara primer yaitu memberikan pendidikan kepada keluarga klien untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit pneumonia dengan perlindungan kasus dilakukan melalui imunisasi, hygiene personal, dan sanitasi lingkungan. Peran sekunder dari perawat

adalah memberikan fisioterapi dada, nebulasi, suction, dan latihan nafas dalam dan batuk efektif agar penyakit tidak kembali kambuh.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Brunner & suddarth (2012) Proses keperawatan adalah penerapan pemecahan masalah keperawatan secara ilmiah yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah-masalah klien. Merencanakan secara sistematis dan melaksanakan serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

a. Pengumpulan data

Identitas klien : Lakukan pengkajian pada identitas pasien dan isi identitasnya, yang meliputi : Nama, jenis kelamin, suku bangsa, tanggal lahir, alamat, agama, tanggal pengkajian, keluhan utama ; keluhan dimulai dengan infeksi saluran pernafasan, kemudian mendadak panas tinggi disertai batuk yang hebat, nyeri dada dan nafas sesak, Riwayat kesehatan sekarang : pada klien pneumonia yang sering dijumpai pada waktu anamnesis ada klien mengeluh mendadak panas tinggi (38°C - 41°C) Disertai menggigil, kadang-kadang muntah, nyeri pleura dan batuk pernafasan terganggu (takipnea), batuk yang kering akan menghasilkan sputum seperti karat dan purulen. Riwayat penyakit dahulu : Pneumonia sering diikuti oleh suatu infeksi saluran pernafasan atas, pada penyakit PPOM, tuberkulosis, DM, Pasca influenza dapat mendasari timbulnya pneumonia, Riwayat penyakit keluarga : Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien atau asma bronkiale, tuberkulosis, DM, atau penyakit ISPA lainnya.

b. Pemeriksaan fisik

Keadaan Umum : Klien tampak lemah,

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien dengan pneumonia biasanya didapatkan peningkatan suhu tubuh lebih dari 40°C , frekuensi napas meningkat dari frekuensi normal, denyut nadi

biasanya seiring dengan peningkatan suhu tubuh dan frekuensi pernapasan, dan apabila tidak melibatkan infeksi sistem yang berpengaruh pada hemodinamika kardiovaskuler tekanan darah biasanya tidak ada masalah.

B1 (Breathing)

Pemeriksaan fisis pada klien dengan pneumonia merupakan pemeriksaan fokus, berurutan pemeriksaan ini terdiri atas inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

Inspeksi : Bentuk dada dan gerakan pernapasan, Gerakan pernapasan simetris. Pada klien dengan pneumonia sering ditemukan peningkatan frekuensi napas cepat dan dangkal, serta adanya retraksi sternum dan intercostal space (ICS). Napas cuping hidung pada sesak berat dialami terutama oleh anak-anak. Batuk dan sputum. Saat dilakukan pengkajian batuk pada klien dengan pneumonia, biasanya didapatkan batuk produktif disertai dengan adanya peningkatan produksi sekret dan sekresi sputum yang purulen. **Palpasi** : Gerakan dinding thorak anterior/ ekskripsi pernapasan. Pada palpasi klien dengan pneumonia, gerakan dada saat bernapas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Getaran suara (frimitus vocal). Taktil frimitus pada klien dengan pneumonia biasanya normal. **Perkusi** : Klien dengan pneumonia tanpa disertai komplikasi, biasanya didapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Bunyi redup perkusi pada klien dengan pneumonia didapatkan apabila bronkopneumonia menjadi suatu sarang (konfluens). **Auskultasi** ; Pada klien dengan pneumonia, didapatkan bunyi napas melemah dan bunyi napas tambahan ronkhi basah pada sisi yang sakit. Penting bagi perawat pemeriksa untuk mendokumentasikan hasil auskultasi di daerah mana didapatkan adanya ronkhi.

B2 (Blood)

Pada klien dengan pneumonia pengkajian yang didapat meliputi :

Inspeksi : Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum.

Palpasi : Denyut nadi perifer melemah.

Perkusi : Batas jantung tidak mengalami pergeseran.

Auskultasi : Tekanan darah biasanya normal, bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

B3 (Brain)

Klien dengan pneumonia yang berat sering terjadi penurunan kesadaran, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif, wajah klien tampak meringis. Menangis, merintih, merengang, dan mengeliat.

B4 (Bladder)

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok.

B5 (Bowel)

Klien biasanya mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan.

B6 (Bone)

Kelemahan dan kelelahan fisik secara umum sering menyebabkan ketergantungan klien terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Arif Muttaqim (2012) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d penumpukan sekret
2. Hipertermi b.d Proses peradangan.
3. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang inadkuat,
4. Nyeri (Akut) b.d Inflamasi parenkim paru, batuk menetap
5. Intoleransi aktifitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai oksigen.
6. Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan berlebihan, penurunan masukan oral.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Arif Mutaqin (2012) :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d penumpukan sekret

Goal : Selama dalam masa perawatan kebersihan jalan napas pasien dapat kembali efektif.

Objektif : Selama dalam masa perawatan 3x24 jam diharapkan kebersihan jalan napas kembali efektif.

Kriteria Hasil : Klien mampu melakukan batuk efektif, Pernapasan pasien kembali normal, pasien dapat mengeluarkan sekret.

Intervensi : 1. Kaji status pernapasan sekurangnya setiap 4 jam atau menurut standar yang ditetapkan R/ Untuk mendeteksi tanda awal bahaya. 2. Gunakan posisi fowler dan sangga lengan pasien. R/ Untuk membantu bernapas dan ekspansi dada serta ventilasi lapangan paru basilar. 3. Bantu Pasien untuk mengubah posisi. Batuk, dan pernapasan dalam setiap 2 sampai 4 jam. R/ Untuk membantu pengeluaran sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas. 4. Berikan Cairan (Sekurang-kurangnya 3 liter setiap hari) R/ Untuk memastikan hidrasi yang adekuat dan mencairkan sekresi, Kecuali dikontraindikasi.

- b. Hipertermi b.d Proses peradangan

Goal : Selama dalam proses perawatan suhu tubuh pasien kembali dalam batas normal

Objektif : Selama dalam tindakan keperawatan 15-25 menit suhu tubuh pasien kembali dalam batas normal.

Kriteria Hasil: suhu tubuh dalam rentang normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$). Nadi dan RR dalam rentang normal (16-20x/ menit) dan tidak ada pusing.

Intervensi : 1. Pantau suhu tubuh tiap 4 jam atau lebih sering bila diindikasikan. R/ mengevaluasi keektifan intervensi. 2. Turunkan panas yang berlebihan dengan melepaskan kain sebatas pinggang pada pasien, dan berikan kompres hangat pada aksila dan lipatan paha R/ Tindakan tersebut meningkatkan kenyamanan dan

- penurunan temperatur tubuh.3. Berikan posisi yang nyaman R/ Memberi kenyamanan pada pasien. 4. Anjurkan pasien untuk sering minum R/ Agar pasien tidak lemas, dan panas cepat turun. 5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian Obat antipiretik R/ Mempercepat penyembuhan.
- c. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang inadkuat
- Goal :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan nutrisi pasien dapat terpenuhi
- Objektif :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nutrisi pasien dapat terpenuhi.
- Kriteria Hasil:** Intake makan meningkat, tidak ada penurunan berat badab lebih lanjut. Menyatakan perasaan sejahtera
- Intervensi:** 1. Pantau presentase jumlah makan yang yang di konsumsi setiap kali makan. Timbang BB setiap hari, R/ Mengidentifikasi kemajuan atau penyimpangan dari kemajuan. 2. Berikan perawatan mulut tiap 4 jam jika sputum berbau busuk. Pertahankan kesegaran ruangan R/ bau yang tidak menyenangkan dapat mempengaruhi nafsu makan. 3. Dukung klien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein. R/peningkatan suhu tubuh meningkat metabolisme, intake protein, vitamin, mineral dan kalori yang adekuat penting untuk aktivitas anabolik dan sintesis antibodi.
- d. Nyeri (Akut) b.d inflamsi parenkim paru, batuk menetap.
- Goal:** Klien mengatakan nyeri berkurang selama masa perawatan
- Objektif :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri akut teratasi.
- Kriteria Hasil :** Dispnea dan takipnea tidak ada, kesulitan bernapas tidak ada, akral hangat sianosis, kapiler refill kembali dalam 2-3 detik, gelisah tidak ada, pucat dan sianosis tidak ada TTV : TD :120/80 mmHg N:60- 100x/menit. RR:16-24x/menit. S:36,5⁰C- 37,5⁰C.

Intervensi: 1. Tentukan karakteristik Nyeri, misalnya tajam, konstan, selidiki perubahan karakter/lokasi nyeri dan ditusuk. R/ nyeri dada biasanya ada dalam beberapa derajat pada pneumonia, 2. Pantau tanda vital R/ perubahan frekuensi jantung atau TD menunjukkan bahwa pasien mengalami nyeri, khususnya bila alasan lain untuk perubahan tanda-tanda vital telah terlihat, 3. Berikan tindakan nyaman, misalnya. Latihan napas dalam R/ Tindakan non-analgetik diberikan dengan sentuhan lembut dapat meningkatkan ketidaknyamanan dan memperbesar efek terapi analgesik. 4. Tawarkan pembersihan mulut dengan sering. R/ pernapasan mulut dan terapi oksigen dapat mengiritasi dan mengeringkan membran mukosa, potensial ketidaknyamanan umum. 5. Ajarkan dan bantu teknik menekan dada selama episode batuk R/ Alat untuk mengontrol ketidaknyamanan dada sementara meningkatkan keefektifan upaya bentuk 6. Berikan analgesik dan antitusif sesuai indikasi R/ Obat ini dapat digunakan untuk menekan batuk non produktif/ peroksimal atau menurunkan mukosa berlebihan, meningkatkan kenyamanan istirahat umum.

e. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai oksigen.

Goal : pasien akan melaporkan peningkatan toleransi terhadap aktifitas

Objektif : Selama tindakan 1x24 jam diharapkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas

Kriteria Hasil : Terjadi peningkatan tonus otot, peningkatan toleransi aktivitas, tidak ada dispnea dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Intervensi : 1. Evaluasi respon pasien terhadap aktifitas R/ Menetapkan bantuan pasien dan memudahkan pilihan intervensi, 2. Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut R/menurunkan stres dan rangsangan berlebihan meningkatkan istirahat. 3. Bantu pasien memilih posisi nyaman untuk istirahat R/pasien mungkin nyaman dengan kepala tinggi. 4 Bantu aktivitas

perawatan diri yang diperlukan R/ meminimalkan kekalahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

- f. Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan berlebihan, penurunan masukan oral.

Goal : Klien akan mengatakan kebutuhan cairan kembali terpenuhi selama masa perawatan

Objektif : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kebutuhan cairan pasien dapat terpenuhi.

Kriteria Hasil : membran mukosa lembab, turgor kulit baik, pengisian kapiler cepat, TTV normal.

Intervensi ;1. Kaji perubahan TTV R/ peningkatan suhu. 2. Kaji turgor kulit R/ indikator langsung keadekuatan volume cairan, meskipun membran mukosa mulut mungkin kering karena napas mulut dan oksigen tambahan. 3. Catat laporan mual muntah R/ adanya gejala ini menurunkan masalah oral. 4. Pantau pemasukan dan haluran R/ Memberikan informasi tentang keadekuatan volume cairan tambahan IV sesuai indikasi. R/ adanya penurunan masukan/ banyak kehilangan, penggunaan parenteral dapat memperbaiki kekeurangan

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan intervensi.

2.2.5 Evaluasi

- a. Pernapasan kembali normal. Pasien dapat mengeluarkan sekret.
- b. Hipertermi berkurang atau teratasi
- c. Nutrisi terpenuhi ditandai asupan makan meningkat
- d. Nyeri berkurang atau tertasi
- e. Peningkatan aktivitas
- f. Cairan kembali terpenuhi ditandai dengan membran mukosa lembab, turgor kulit baik, pengisian kapiler cepat, TTV normal.

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Tn. A.D dengan Pneumonia di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang yang dilakukan pada tanggal 14 Juni 2019. Asuhan keperawatan ini dilakukan dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi.

3.1 Hasil

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara, Observasi dan pemeriksaan fisik pada tanggal 14 Juni 2019 jam 17.00 Wita dengan hasil sebagai berikut : **Identitas Pasien/Keluarga** Kasus ini diambil di ruangan Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang pada tanggal 14 Juni 2019 Pasien yang dirawat berinisial Tn.A.D Umur 65 tahun, jenis kelamin Laki-Laki, Suku Ende, Agama Kristen Khatolik, Pekerjaan Wiraswasta, Pendidikan SMP, Alamat Jln. Damai No.25 Kelurahan Oebobo, status perkawinan Menikah (duda). No MR: 105832, penanggung jawab BPJS. **Keluhan utama:** Pasien mengatakan batuk disertai sesak, demam ↑↓ dan napsu makan menurun. **Riwayat Keluhan Utama :** Pasien mengatakan sejak 4 hari yang lalu batuk disertai sesak, demam ↑↓ dan napsu makan menurun, lalu keluarga membawa pasien pergi berobat ke RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang pada tanggal 14 Juni 2019. **Keluhan Saat Dikaji :** Pasien mengatakan batuk, demam ↑↓ dan napsu makan menurun dan hanya menghabiskan ¼ dari porsi makan yang diberikan. **Riwayat Keluarga :** Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit seperti dirinya. **Genogram (Tiga generasi diatas pasien) :** Tn. A.D adalah anak ke dua dari empat bersaudara terdiri dari dua laki-laki dan dua perempuan. Tn. A.D dan istri memiliki delapan orang anak terdiri dari dua laki-laki dan enam perempuan. Orangtua dari Tn. A.D sudah meninggal.

Observasi Keadaan umum sedang, Kesadaran Composmentis, GCS: E4V5M6, Tekanan darah : 110/70 mmHg, Nadi :62 x/Menit, Suhu :

38,6⁰C, Respirasi rate: 24x/Menit. TB: 165 Cm, BB :45 Kg, BB ideal : kg, Pasien tampak kurus, pucat, akral teraba panas, bagian ekstermitas kiri atas terpasang infus RL 20 tetes/menit. Tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak ada edema, ada nyeri tekan dibagian dada kiri atas, terdengar suara whezing, terdapat cairan/secret.

Pola aktivitas makan dan minum sebelum sakit 4x/hari, jenis menu: Nasi, sayur, telur dan terkadang daging. Yang disukai pasien semua jenis makanan, pantangan atau alergi tidak ada. Saat sakit : pasien makan 3x/hari, jenis menu : Nasi, sayur dan ikan. Porsi yang di sediakan tidak dihabiskan (hanya ¼ porsi) serta tidak ada napsu makan. Minum 1200-1300cc/hari. Jenis minuman air putih.

Kebersihan diri sebelum sakit mandi 3x/hari keramas 1x/minggu. Sikat gigi 2x/hari, potong kuku 1x/minggu. Saat sakit mandi 2x/hari. Keramas tidak pernah. Sikat gigi 2x/hari. potong kuku tidak pernah. Aktifitas sehari-hari sebelum sakit pasien seorang kepala keluarga bekerja mencari nafka. Sesudah sakit pasien hanya tirah baring di rumah sakit dan tidak menjalankan perannya sebagai seorang kepala keluarga. Istirahat dan tidur sebelum sakit : Pasien biasanya tidur malam 7 jam, tidur siang 1-2 jam. Saat ini : Pasien mengatakan pola istirahat terganggu karena batuk dan sesak napas. Pasien hanya bisa tidur malam 3-4 jam, sedangkan tidur siang kurang dari 1 jam.

Pola eliminasi sebelum sakit : Pasien mengatakan kebiasaan BAK tiga kali sehari dengan produksi urinnya kurang lebih 1500 cc/jam dan BAB dua kali sehari konsistensi lembek dan warna kuning, Sesudah sakit : kebiasaan BAK tiga kali sehari dengan produksi urinnya 1200 cc/jam. dan BAB satu sampai dua kali sehari konsistensi lembek dan warna coklat. Psikososial hubungan sosial baik, dukungan keluarga aktif, dukungan teman serta masyarakat aktif, reaksi saat interaksi kooperatif. Spiritual keyakinan akan penguasa kehidupan yaitu Tuhan, Sumber kekuatan saat sakit hanya pada Tuhan. Ritual agama yang sering dilakukan yaitu ibadah.

Pemeriksaan penunjang, Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 14 July 2019 : Darah lengkap, gula darah sewaktu,

ureum, creatinin, elektrolit, urine lengkap, EKG, foto Thorax. Terapi medik : RL 20 tpm, Aspar K 2x1 tablet, Lapibal 2x1 ampul, Azitromycin 1x500 mg, Ambroxol 3x1 tablet

3.2 Pembahasan

Analisa data berdasarkan pengkajian yang dilakukan tanggal 14 Juni 2018 jam 17.00 WITA pada Tn. A.D maka ditemukan masalah sebagai berikut : 1) Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d Penumpukan Sekret, Data Subjektif : Pasien mengatakan batuk disertai adanya lendir berwarna kuning yang sulit untuk dikeluarkan. Data Objektif : Pasien tampak batuk disertai dengan susah dalam mengeluarkan sekret dan bunyi napas wheezing di daerah dada bagian kiri. Tanda vital : TD:110/70 mmHg, N:62x/menit. S:38,6⁰C RR :24x/menit. 2) Hipertermi b.d Proses peradangan. Data subjektif : Pasien mengatakan seluruh tubuhnya terasa panas. Data Objektif : Keadaan umum lemah, Kesadaran composmentis, TTV : TD :110/70 mmHg, S : 38,6 ⁰C, N :63x/menit, akral terasa panas. Hasil Lab : Jumlah Leukosit 20,5 10³/μl. Dan Neutrofil 85.8%. 3) Resiko nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh b.d Intake yang inadkuat. Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak ada napsu makan dengan hanya menghabiskan ¼ porsi makan yang diberikan. Data Objektif: Napsu makan menurun ditandai dengan makan hanya menghabiskan ¼ porsi makan yang diberikan BB. Sekarang 54kg. BB ideal :54 kg. 4) Gangguan pola tidur b.d Proses penyakit. Data Subjektif : Pasien mengatakan sulit tidur akibat dari batuk berlendir dan nyeri dada. Data Objektif : Mata pasien tampak cekung, lemas, konjungtiva anemis.

3.2.1 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data diatas, maka dirumuskan diagnosa keperawatan pada Tn, A.D sebagai berikut : 1) Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d Penumpukan sekret. 2) Hipertermi b.d Proses peradangan. 3) Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang inadkuat. 4) Gangguan pola tidur b.d Proses penyakit.

3.2.2 Intervensi Keperawatan

Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d penumpukan sekret.

Goal : Selama dalam masa perawatan kebersihan jalan napas pasien dapat kembali efektif. **Objektif :** Selama dalam masa perawatan 3x24 jam diharapkan kebersihan jalan napas kembali efektif **S :** Pasien dapat melakukan teknik batuk efektif. **M :** Pasien dapat melakukan teknik batuk efektif setelah di ajarkan. **A :** Melatih pasien teknik batuk efektif. **R :** Pasien sudah bisa melakukan batuk tanpa di ajarkan. **T :** Teknik batuk efektif dilakukan saat pasien ingin batuk

Kriteria Hasil : Klien mampu melakukan batuk efektif, pernapasan pasien kembali normal, pasien dapat mengeluarkan sekret. **Intervensi :** 1) Kaji status pernapasan sekurannya setiap 4 jam atau menurut standar yang ditetapkan R/ Untuk mendeteksi tanda awal bahaya. 2) mengajarkan pasien teknik batuk efektif. R/ Untuk membantu mengeluarkan sekret. R/ Untuk membantu mengurangi penumpukan sekret. 3) Posisikan pasien semifowler dan sangga lengan pasien R/ untuk membantu pernapasan dan ekspansi dada serta ventilasi lapangan paru basilar. 4) Bantu pasien untuk mengubah posisi dalam setiap 2 sampai 4 jam R/ Untuk membantu pengeluaran sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas. 5) Berikan air hangat (1500-2000cc/24 jam).

Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Intake yang inadkuat. **Goal :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan nutrisi pasien dapat terpenuhi. **Objektif :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nutrisi pasien dapat terpenuhi. **S :** Pasien dapat meningkatkan napsu makan. **M :** Pasien dapat menghabiskan porsi makan yang diberikan. **A :** Menyediakan makanan yang di sukai pasien. **R :** Pasien sudah bisa menghabiskan porsi makan yang diberikan. **T :** Porsi makan dapat dihabiskan. **Kriteria Hasil :** intake makanan meningkat, Tidak ada penurunan berat badan lebih lanjut, menyatakan perasaan sejahtera. **Intervensi :** 1) Pantau : Presentase jumlah makanan yang di konsumsi setiap kali makan, Timbang BB tiap hari, R/Mengidentifikasi kemajuan

atau penyimpangan dari kemajuan. 2) Memberikan makan kesukaan pasien. R/ untuk meningkatkan napsu makan. 3) Berikan perawatan Mulut tiap 4 jam jika sputum berbau busuk. Pertahankan kesegaran ruangan R/ bau yang tidak menyenangkan dapat mempengaruhi napsu makan. 3) Dukungan klien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein. R/peningkatan suhu tubuh meningkatkan metabolisme, intake protein, vitamin, Mineral, dan kalori yang adekuat penting untuk aktivitas anabolik dan sintesis antibodi

3.3.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan dilakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 15 – 17 July 2019, berdasarkan rencana tindakan yang telah dibuat untuk setiap diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan I : ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret. **Implementasi Pada tanggal 15 July 2019 :** Jam 13 :10 mengkaji frekuensi/ kedalaman pernapasan dan gerakan dada. Jam 13:25 Mengajarkan pasien batuk efektif dan napas dalam

Diagnosa Keperawatan II : Hipertemi b.d Proses peradangan, Jam 13:35. Memberikan kompres hangat (Suhu sebelumnya : 38,9⁰C. Suhu sesudah kompres 36,8⁰C), Jam 13 :50 Menganjurkan pada pasien untuk banyak minum air putih (1500-2000cc/24 jam)

Diagnosa Keperawatan III : Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Intake yang inadekuat. Jam 13:35 Mengkaji pola makan klien : makan 3x/hari, jenis nasi, sayur, daging, tempe dan tahu, porsi makan yang diberikan tidak habis, hanya mampu menghabiskan 5 sendok, Jam 13:53. Menimbang berat badan pasien dengan hasil 47 kg.

Diagnosa Keperawatan IV : Gangguan pola tidur b.d Proses penyakit, Jam 13:15. Mengkaji kebiasaan tidur pasien sebelum dan sesaat sakit. Pasien mengatakan tidur malam 7 jam dan tidur siang 1-2 jam. setelah sakit pasien hanya bisa tidur malam 3-4 jam sedangkan siang kurang dari 1 jam, Jam 13:40 Menganjurkan klien relaksasi pada waktu akan tidur.

3.2.5 Evaluasi

Terakhir dari proses keperawatan adalah evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi ini dilakukan pada tanggal 15-17 July 2019.

Diagnosa Keperawatan I : jam 14:00 **Data Subjektif** : Pasien mengatakan sesak napas, batuk positif dan sudah bisa mengeluarkan lendir. **Data Objektif** : Pasien tampak sesak, retraksi dinding dada, terdengar bunyi wheezing pada paru bagian kiri. **Assesment** : Masalah belum teratasi **Planning** : Intervensi 1-4 di lanjutkan.

Diagnosa keperawatan II :Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang inadkuat, Jam 14.00 **Data Subjektif** : Pasien mengatakan tidak menghabiskan makanannya, **Data Objektif** : Pasien hanya menghabiskan 5 sendok makanan **Assesment** : Masalah belum terarasi. **Planning** : intervensi 1-3 di lanjutkan.

Diagnosa Keperawatan IV : Ganggua pola tidur b.d Proses penyakit Jam 14.00 **Data subjektif** : Pasien mengatakan Masih belum bisa tidur. **Data Objektif** : Pasien tampak lemah, mata tampak cowong , konjungtiva anemis. **Assesment** : Masalah belum teratasi. **Planning**: Intervensi 1-4 di lanjutkan

Catatan perkembangan hari I Tanggal 16 Juli 2019, Diagnosa Keperawatan I : Ketidakbersihan jalan nafas b.d Penumpukan sekret. Jam 14:00. **Data Subjektif** : Pasien mengatakan sesak nafas, batuk positif dan mengeluarkan dahak. **Data Objektif** : Pasien tampak sesak nafas, serta batuk namun tidak mengeluarkan dahak. **Assasment** : Masalah belum teratasi. **Planning** : Intervens 1-4 dilanjutkan. **Implementasi** 09.30 melatih nafas dalam dan batuk efektif. 11.00 Mengukur tanda-tanda vital ; Tekanan darah : 110/90 mmHg. Suhu : 36.5⁰C. Respirasi : 20x/menit. **Evaluasi** ; Pasien sudah bisa mengeluarkan dahak sehabis latihan batu efektif

Diagnosa Keperawatan II : Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang inadkuat. Jam 14 .00. **Data Subjektif** : Pasien mengatakan porsi yang disediakan tidak di habiskan. **Data Objekti** : Pasien tampak makan cuman 1-5 sendok dan tak habiskan porsinya. **Assasment** : Masalah belum teratasi. **Planning** : Intervensi 1-3 dilanjutkan. **Implementasi** : jam 11.56 Melayani pasien makan siang dan minum obat Ranitidin IV. 12 : 20

Mengukur berat badan pasien BB :46 kg. 13 : 40 Mendorong keluarga untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein, **Evaluasi** : Pasien masih tidak menghabiskan porsi makannya atau cuman menghabiskan 1-5 sendok, berat badan pasien menurun yang semula 47 kg, turun menjadi 46 kg, aman. **Evaluasi** ; Pasien masih belum bisa istirahat.

Catatan perkembangan hari ke II Tanggal 17 July 2019. Diagnosa Keperawatan I : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d Penumpukan sekret. Jam 14.00 **Data Subjektif** : Pasien mengatakan tidak nafas sesak lagi, serta batuk positif dan mengeluarkan dahak. **Data Objektif** : Pasien tampak tidak sesak lagi dengan RR 20x/menit. Serta batuk mengeluarkan dahak. **Assesment** : Masalah teratasi sebagian. **Planning** : Intervensi 1-4 dilanjutkan. **Implementasi** : 09.30 melatih nafas dalam dan batuk efektif. 11.00 Mengukur tanda-tanda vital : Tekanan darah : 120/80mmHg. Suhu; 36.5⁰C, Respirasi :21x/menit. **Evaluasi** :Pernafasan pasien sudah kembali normal, serta sudah ada pengeluaran dahak.

Diagnosa Keperawatan II : Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang inadkuat. Jam 14.00. **Data Subjektif** : Porsi yang diberikan di habiskan. **Data Objektif** : Pasien tampak menghabiskan makanannya. **Assesment** : Masalah belum teratasi. **Planning** : Intervensi 1-3 dilanjutkan. **Implementasi** : Jam 12.00 Melayani pasien makan siang. Jam 13.30 Mengukur berat badan pasien. Jam 13.40 . **Evaluasi** : Pasien sudah menghabiskan porsi makannya. Berat badan pasien meningkat dari 46 kg sampai 47 kg.

Catatan perkembangan hari ke III Tanggal 18 July 2019. Diagnosa keperawatan I : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d Penumpukan sekret. Jam 14.00 **Data Subjektif** : pasien mengatakan tidak nafas sesak lagi serta batuk positif dan mengeluarkan dahak. **Data Objektif** : Pasien tampak tidak sesak lagi dengan RR 20x/menit. Serta batuk mengeluarkan dahak. **Assesment**: Masalah teratasi sebagian. **Planning** : intervensi 1-4 dilanjutkan. **Implementasi** : 07.45 melatih nafas dalam dan batuk efektif. 11.00 mengukut Tanda-tanda vital : Tekanan darah

110/80mmHg. Suhu : 36.5⁰C Respirasi rate : 19x/menit **Evaluasi** : Pernafasan pasien sudah kembali normal. Serta batuk sudah berkurang

Diagnosa keperawatan II : Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang inadkuat. Jam 14:00. **Data Subjektif** : Porsi yang diberikan dihabiskan. **Data Objektif** : Pasien tampak menghabiskan makanannya. **Assesment** : Masalah belum teratasi. **Planning** : intervensi 1-3 dilanjutkan. **Implementasi** : Jam 12 melayani pasien makan siang. Jam 13.10 mengukur berat badan pasien. **Evaluasi** : Pasien sudah menghabiskan porsinya berat badan pasien 47 kg.

3.3 Kesenjangan Antara Teori dan Praktek

Pada bagian ini akan dibahas kesenjangan antara teori dan kasus yang nyata khususnya pada pasien Tn. A.D dengan diagnosa medik pneumonia di ruangan Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang. Pendekatan yang digunakan pada studi kasus ini adalah pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian. Diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Pengkajian : Menurut Brunner & suddarth (2012) pada klien pneumonia yang sering ditemukan keluhan mendadak panas tinggi (38⁰C - 41⁰C) Disertai menggigil ,kadang-kadang muntah, nyeri pleura dan batuk pernafasan terganggu (takipnea), batuk yang kering akan menghasilkan sputum seperti karat dan purulen ,Vital sign meliputi : Tekanan Darah 155/90 mmHg. Nadi : 110x/menit (takikardi), Pernafasan 28x/menit. Suhu : 39⁰C. pernafasan cepat (takipneu). Dan dangkal disertai cuping hidung dispnea. Terdapat tanda-tanda konsolidasi paru yaitu pekak pada perkusi. Suara nafas bronchial, ronki basah. Kasus pada Tn. A.D di ruangan Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang di temukan bahwa pasien sesak nafas dan batuk berlendir berwarna kuning, auskultasi terdapat bunyi whezing pada kedua lapang paru, rasa nyeri pada dada kiri pada saat batuk, pola tidur pasien terganggu, pasien tidur siang kurang lebih 1 jam, tidur malam 3 sampai 4 jam, dari hasil TTV: TD 110/70 mmHg, Nadi : 72x/menit, Suhu : 38.6⁰C. Respirasi rate : 24x/menit.

Data diatas dapat disimpulkan ada kesenjangan antara teori dan kasusnya dimana pada kasus Tn. A.D tidak ditemukan adanya menggigil, muntah, napas cuping hidung, Sputum berwarna seperti karat atau purulen, Tidak ada peningkatan Tekanan darah. Hal ini dibenarkan karena proses peradangan pneumonia yang terjadi pada pasien adalah interstitial (Bronkialitis) Proses inflamasi yang terjadi di dinding alveolar (interstisium) dan jaringan peribronkial serta interlobular.

Diagnosa keperawatan : Menurut Nanda Nic-Noc (2015) diagnosa yang muncul adalah :1) Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan 2) Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang inadkuat, 3) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret, 4) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai oksigen, 5) Nyeri (akut) berhubungan dengan inflamasi parenkim paru,batuk menetap. 6) Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebihan, penurunan masukan oral. Serta ada Diagnosa tambahan yang tidak ada pada teori yaitu. Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit

Pada kasus Tn. A.D ditemukan 4 diagnosa keperawatan. Yang mana 3 diagnosa keperawatan sesuai Nanda (2015) sedangkan 1 diagnosa tambahan yang di temukan dari kasus nyata : 1.Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan. 2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang inadkuat. 3. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret. 4.Gangguan pola tidur Berhubungan dengan Proses penyakit

Dari data diatas dapat disimpulkan ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata yaitu : Diagnosa yang tidak diangkat intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai, hal ini dibenarkan karena pada pasien tidak terpasang O2 dan CRT<3 detik. Diagnosa nyeri (Akut) berhubungan dengan inflamasi parenkim paru, batuk menetap. Hal ini dibenarkan bahwa karena pada saat pengkajian pasien rasa nyeri pada saat batuk. Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebihan, penurunan masukan oral. hal ini dibenarkan

karena pada saat dikaji masukan oral baik dan tanpa ada kehilangan cairan yang berlebihan, dan mukosa lembab. Serta ada diagnosa tambahan yang tak ditemukan pada teori namun pada kasus nyata ditemukan yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit dibenarkan karna pasien tidak bisa beristirahat akibat dari adanya batuk menetap dan nyeri pada dada.

Intervensi Keperawatan (Menurut Arif Mutaqin (2012). **Diagnosa keperawatan I** : Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d Penumpukan sekret. Pada teori ada Pada teori ada 4 intervensi yaitu 1) Kaji status pernapasan sekurangnya setiap 4 jam atau menurut standar yang ditetapkan 2) Gunakan posisi fowler dan sangga lengan pasien. 3) Bantu Pasien untuk mengubah posisi. Batuk, dan pernapasan dalam setiap 2 sampai 4 jam. 4) Berikan Cairan (Sekurang-kurangnya 1300-1500 cc/24 jam), Kecuali dikontra indikasi. Sedangkan pada kasus Tn. A.D tidak terdapat kesenjangan pada intervensi karena penulis mengadopsi semua intervensi dari teori.

Diagnosa Keperawatan II :Hipertermi b.d Proses peradangan. Pada teori ada 5 intervensi yaitu 1) Pantau suhu tubuh tiap 4 jam atau lebih sering bilah diindikasikan. 2) Turunkan panas yang berlebihan dengan melepaskan kain sebatas pinggang pada pasien, dan berikan kompres hangat pada aksila dan lipatan paha 3) Berikan posisi yang nyaman, 4) Anjurkan pasien untuk sering minum, 5) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian Obat antipiretik Sedangkan pada kasus Tn. A.D tidak terdapat kesenjangan pada intervensi karena penulis mengadopsi semua intervensi dari teori.

Diagnosa Keperawatan III : Resiko Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang inadkuat Pada teori ada 1) Pantau presentase jumlah makan yang yang di konsumsi setiap kali makan. Timbang BB setiap hari 2) Berikan perawatan mulut tiap 4 jam jika sputum berbau busuk. Pertahankan kesegaran ruangan. 3) Dukung klien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Sedangkan pada kasus Tn. A.D tidak terdapat kesenjangan pada intervensi karena penulis mengadopsi semua intervensi dari teori.

Diagnosa Keperawatan IV : Gangguan pola tidur b.d Proses Penyakit. 1.Kaji kebiasaan tidur klien sebelum dan saat sakit 2.Awasi aktifitas kebiasaan pasien 3.Anjurkan klien relaksasi pada waktu akan tidur 4. Ciptakan suasana dan lingkungan yang aman.

Implementasi Keperawatan : Pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan perencanaan yang sesuai dengan masalah yang dialami pasien pada teori ada enam masalah keperawatan pada pasien dengan Pneumonia sedangkan pada kasus Tn. A.D di dapatkan tiga masalah keperawatan kemudian perencanaan yang telah ditetapkan. Dilakukan semuanya sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul pada tahap biasanya kesenjangan dilihat pada tahap perencanaan/intervensi keperawatan karena bagian ini merupakan penerapan pelaksanaan dari intervensi keperawatan implementasi yang dilakukan pada Tn. A.D mengikuti prosedur tetap untuk setiap tindakan keperawatan sehingga tidak ditemukan kesenjangan yang berarti.

Evaluasi Keperawatan: Evaluasi terhadap kondisi klien dilakukan mengacu pada kriteria hasil yang ditetapkan . **Diagnosa I** Kriteria hasil pada teori yaitu : Klien mampu melakukan batuk efektif, pernapasan pasien kembali normal, pasien dapat mengeluarkan sekret. Pada kasus Tn. A.D setelah dilakukan perawatan selama 3x 24 jam, dilakukan dengan evaluasi hasil : Pernafasan pasien sudah kembali normal. Serta batuk sudah berkurang. **Diagnosa II** Kriteria hasil pada teori : Suhu tubuh dalam rentang normal, nadi dan RR dalam rentang normal dan tidak ada pusing. Pada kasus Tn. A.D Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam, dilakukan evaluasi dengan hasil : Suhu pasien teratasi dan tanda-tanda vital dalam batas normal. **Diagnosa III** Kriteria hasil pada teori : intake makanan meningkat, Tidak ada penurunan berat badan lebih lanjut, menyatakan perasaan sejahtera. Pada kasus Tn. A.D Pasien menghabiskan porsi makan yang diberikan, berat badan pasien 54 kg. Dari data diatas dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara evaluasi pada teori dan kasus pada Tn. A.D hal ini dibenarkan bahwa kriteria hasil pada kasus nyata sama dengan kriteria hasil pada teori. **Diagnosa IV** Kriteria hasil pada

teori : Jumlah tidur dalam batas normal 6-8 jam /hari, pola tidur dalam batas normal, perasaan segar sesudah tidur atau istirahat. Pada kasus Tn. A.D pasien Pasien dapat beristirahat dengan normal. Dari data diatas dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara evaluasi pada teori dan kasus pada Tn. A.D hal ini dibenarkan bahwa kriteria hasil pasa kasus nyata sama dengan kriteria hasil pada teori.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan Pneumonia pada Tn. A.D di ruang cendana Rs. Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang pada tanggal 14 Juli 2019 kemudian membandingkan antara teori dan kasus dapat disimpulkan sbb :

1. Pada saat pengkajian pasien mengeluh demam naik turun, nafsu makan menurun dan batuk sejak 4 hari yang lalu. Suhu 380c,RR 24X/mnt, Whezing (+), makanan yang disajikan Cuma habis ¼ porsi , Mucosa bibir kering, BB 54 Kg, Tinggi badan 165 Cm.
2. Berdasarkan analisa data didapatkan 2 diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu ketidak Efektifan jalan napas berhubungan dengan penumpukan secret, pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.
3. Rencana keperawatan yang telah ditujukan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan penumpukan secret dengan melakukan pantau status pernapasan tiap 4 jam, pertahankan posisi fowler/semi fowler, berikan oksigen sesuai kebutuhan, kolaborasi pemberian ekspektoran. Pada diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dengan melakukan pantau jumlah makanan yang di konsumsi setiap kali makan, timbang BB tiap hari, anjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering, dorong pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein.
4. Implementasi yang dilakukan penulis sudah sesuai dengan intervensi yang telah di rencanakan.
5. Evaluasi keperawatan pada Tn. A.D menggambarkan kondisi Tn. A.D sudah mulai membaik ditandai dengan batuk berkurang, RR 18X/mnt, makan sudah bisa menghabiskan 1 porsi, ini dikarenakan perubahan

keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan sudah teratasi sehingga pencapaian tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa keperawatan tersebut tercapai

4.2 Saran

4.2.1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai pertimbangan untuk waktu yang akan datang dan sebagai tambahan informasi kepustakaan dalam ilmu keperawatan

4.2.2 Bagi institusi pendidikan

Hasil penulisan laporan studi kasus ini dapat digunakan bagi peserta didik serta sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa keperawatan

4.2.3 bagi pasien dan keluarga

Hasil penulisan karya tulis ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman responden tentang penyakit pneumonia

4.2.4 Bagi Mahasiswa

Hasil penulisan laporan studi kasus ini dapat menambah wawasan peserta ujian akhir program dan pengetahuan peserta ujian akhir program pada pasien dengan diagnosa medis pneumonia sehingga dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku kuliah dan pengalaman nyata dalam melaksanakan praktek nyata.

DAFTAR PUSTAKA

- Corwin, Elizabet J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Edisi 3. EGC, Jakarta
- Doenges, Marilyn E, dkk, (2000), *rencana asuhan keperawatan*, edisi 3, EGC. Jakarta
- Depkes. 2013. *Penyajian Pokok-pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Di unduh dari <http://depkes.go.id/downloads/riskedas2013/pokok2%20hasil20riskedas%202013.pdf>. Di akses Pada 23 Agustus 2017*
- Dinas Kesehatan. 2013. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang*. Kupang
- Laporan bulanan 2016-2017 Ruang Teratai, RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. : Kupang
- Mansjoer, dkk, (2001), *kapita selekta kedokteran jilid I*, media aesculapius fakultas universitas indonesia, Jakarta.
- Mutaqin, Arif, (2008), *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan System Pernapasan Dan Hematologi*. Jakarta : EGC
- Nanda NIC-NOC, (2013), *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda*
- Ovedoff, David. (1995). *Kapita Selekt Kedokteran*. Edisi 1. EGC, Jakarta
- Sloane Ethel. (2003). *Anatomi dan Fosiologi untuk Pemula*. EGC : Jakarta
- Smeltzer, Suzanne. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Vol 2 Edisi 8. EGC: Jakarta
- Tucker susan martin, dkk, (1999), *standar perawatan pasien, proses keperawatan, diagnosis dan evaluasi*, edisi V, Vol IV, EGC Jakarta.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
 SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
 Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : JAHYA B. ADNAN SELAM
 NIM : PA.5303201181199

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. A.D
 Ruang/Kamar : Cendana / K.2 Bad 2
 Diagnosa Medis : Pneumonia
 No. Medical Record : 105832
 Tanggal Pengkajian : 14-07-2019 Jam : 17⁰⁰
 Masuk Rumah Sakit : 14-07-2019 Jam : 10⁰⁰

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. A.D Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Umur/Tanggal Lahir : 65 / Ende, 28-03-1954 Status : Kawin (Duda)
 Agama : Katholik Perkawinan :
 Pendidikan Terakhir : SMP Suku Bangsa : Ende/Indonesia
 Alamat : Jln. Damai, No. 25, Kel. Oebobo Pekerjaan : Wiraswasta

Identitas Penanggung

Nama : Tn. Mario Diswawara Pekerjaan : Wiraswasta
 Jenis Kelamin : Laki-Laki Hubungan dengan klien : Anak kandung
 Alamat : Jln. Damai, No. 25, RT. 004/001
 Kel. Oebobo

Riwayat Kesehatan

- Keluhan Utama : Batuk, Demam TB, napsu makan ↓
 Sejak 4 hari yg lalu
 - Kapan
 - Lokasi
- Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : Sejak 4 hari yg lalu Batuk Demam TB, napsu makan
 - Sifat keluhan : Hilang timbul
 - Lokasi
 - Keluhan lain yang menyertai : Pusing
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Jika berbaring tengadah klien merasa akan batuk berulau
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : Jika minum obat Amoksisilin dan Dexametason batuk beres tetapi beberapa jam kemudian klien batuk lagi kadang disertai Demam
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan. Klien selalu rutin berobat sesuai petunjuk petugas kesehatan

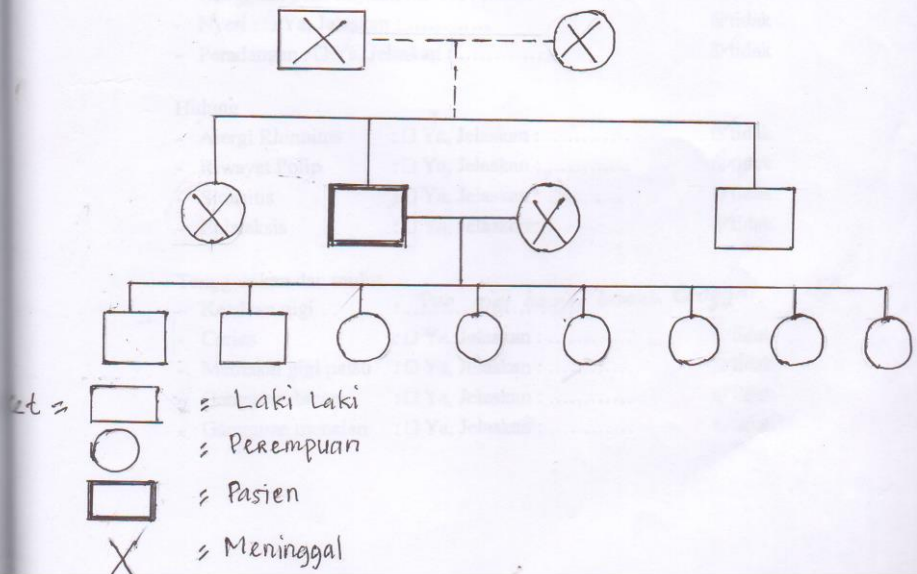
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya, Sebutkan klien pernah mengalami sakit jantung
 - Cara Mengatasi: Keluaran ke UGD RSB tempat rutin klien berobat
 - Tidak
- Riwayat Alergi
 - Ya, Jenis, Waktu
 - Cara Mengatasi:
 - Tidak
- Riwayat Operasi
 - Ya, Jenis, Waktu
 - Tidak

4. Kebiasaan

- Merokok
 - Ya, Jumlah: 1 hari 1 Bungkus, waktu pagi hingga malam
 - Tidak
- Minum alkohol
 - Ya, Jumlah:, waktu
 - Tidak
- Minum kopi: Kopi Campur Susu, Lamanya: Minum hanya pagi hari saja
 - Ya, Jumlah: 200 cc, waktu pagi
 - Tidak
- Minum obat-obatan
 - Ya, Jenis: tablet, Jumlah: Tiap obat satu tablet, waktu pagi & siang & malam
 - Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi):
Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital
 - Tekanan darah : $110/70$ mmHg
 - Pernapasan : $22x/mt$
 - Nadi : $62x/mt$
 - Suhu badan : $38.6^{\circ}C$
2. Kepala dan leher
 - Kepala :
 - Sakit kepala : *tidak batuk* Pusing : *tidak demam mulai naik*
 - ya tidak
 - Bentuk, ukuran dan posisi:
 - normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, jelaskan : tidak ada
 - Masa : ada, jelaskan : tidak ada
 - Observasi Wajah : simetris asimetri, jelaskan
 - Penglihatan : *Dbn*
 - Konjungtiva : *Merah muda*
 - Sklera : *Dbn*
 - Pakai kaca mata : Ya, jelaskan : tidak
 - Penglihatan kabur : Ya, jelaskan : tidak
 - Nyeri : *tidak*
 - Peradangan :
 - Operasi :
 - Jenis :
 - Waktu :
 - Tempat :
 - Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, jelaskan : tidak
 - Nyeri : Ya, jelaskan : tidak
 - Peradangan : Ya, jelaskan : tidak
 - Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya, jelaskan : tidak
 - Riwayat Polip : Ya, jelaskan : tidak
 - Sinusitis : Ya, jelaskan : tidak
 - Epistaksis : Ya, jelaskan : tidak
 - Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : *Dua gigi bagian bawah tanggal*
 - Caries : Ya, jelaskan : tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, jelaskan : tidak
 - Gangguan bicara : Ya, jelaskan : tidak
 - Gangguan menelan : Ya, jelaskan : tidak

- Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : tidak
3. Sistem Kardiovaskuler
- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : *jika batuk* tidak
 - Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : *CM*
 - Bentuk dada : abnormal, Jelaskan : normal
 - Bibir : sianosis normal
 - Kuku : sianosis normal
 - Capillary Refill : Abnormal normal
 - Tangan : Edema normal
 - Kaki : Edema normal
 - Sendi : Edema normal
 - Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
 - Vena jugularis : Teraba tidak teraba
 - Perkusi : pembesaran jantung : *tidak dikaji*
 - Auskultasi : BJ I : Abnormal normal
BJ II : Abnormal normal
- Murmur : *Tidak ada*
4. Sistem Respirasi
- Keluhan : *Bunyi Wheezing (terasa sebak didada)*
 - Inspeksi :
 - Jejas : Ya, Jelaskan : tidak
 - Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : Normal
 - Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) tidak
 - Irama Napas : teratur tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan : Ya tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan : *O² 3 lpm* tidak
 - Perkusi : Cairan : Ya tidak
 - Udara : Ya tidak
 - Massa : Ya tidak
 - Auskultasi :
 - Inspirasi : Normal Abnormal
 - Ekspirasi : Normal Abnormal
 - Ronchi : Ya tidak
 - Wheezing : Ya tidak
 - Krepitasi : Ya tidak
 - Rales : Ya tidak
 - Clubbing Finger : Normal Abnormal
5. Sistem Pencernaan
- a. Keluhan : *Dbn*
 - b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : Normal
 - Keadaan bibir : lembab kering
 - Keadaan rongga mulut
 - Warna Mukosa : *Merah muda*

- Luka/perdarahan : Ya, Jelaskan
 - Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan
 - Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan
 - Keadaan abdomen
 - Warna kulit : *Sangat merah*.....
 - Luka : Ya, Jelaskan
 - Pembesaran : Abnormal, Jelaskan
 - Keadaan rektal
 - Luka : Ya, Jelaskan
 - Perdarahan : Ya, Jelaskan
 - Hemoroid : Ya, Jelaskan
 - Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan.....
 - c. Auskultasi :
 - Bising usus/Peristaltik : *Dalam batas normal*.....
 - d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan
 - Udara : Abnormal, Jelaskan
 - Massa : Abnormal, Jelaskan
 - e. Palpasi:
 - Tonus otot: Abnormal, Jelaskan
 - Nyeri : Abnormal, Jelaskan
 - Massa : Abnormal, Jelaskan
6. Sistem Persyarafan
- a. Keluhan : *Tidak ada*
 - b. Tingkat kesadaran: *SM*.....GCS (E/M/V):.....
 - c. Pupil : Isokor anisokor
 - d. Kejang : Abnormal, Jelaskan
 - e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan
 - f. Parasthesia : Ya, Jelaskan
 - g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan
 - h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan
 - i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan
7. Sistem Musculoskeletal
- a. Keluhan : *Tidak ada*
 - b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan.....
 - c. Nyeri otot : ada tidak ada
 - d. Nyeri Sendi : ada tidak ada
 - e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan
 - f. kekuatan otot :
 - g. Atropi hipertropi normal
- | | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 5 | 5 |
8. Sistem Integumentari
- a. Rash : ada, Jelaskan..... tidak ada

- b. Lesi : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Turgor : *Normal*..... Warna : *Sawo matang*.....
- d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan..... normal
- e. Petechie : ada, Jelaskan..... Tidak ada
- f. Lain lain: *Tidak ada*.....
9. Sistem Perkemihan
- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi *Normal*,
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine : *1500 cc*
- e. Intake cairan : oral : *1500* cc/hr parenteral :
- f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal,
sebutkan.....
- g. Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia
Lain-lain : *Tidak ada*.....
10. Sistem Endokrin
- a. Keluhan :
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Lain - lain :
11. Sistem Reproduksi
- a. Keluhan :
- b. Wanita : Siklus menstruasi :
- Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan..... normal
 - Riwayat Persalinan:.....
 - Abortus:.....
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan..... normal
 - Lain-lain:.....
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain: *Tidak ada*.....
12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)
- A. Nutrisi
1. Kebiasaan :

- Pola makan : Pagi bubur, Siang & Malam makan nasi Coklat.
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : baik
- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : Ikan & Sayur
- Banyaknya minuman dalam sehari : 1000 cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Alkohol & Babi serta anjing
- BB : 54 kg TB : 165 cm
- Kenaikan/Penurunan BB : 7 kg, dalam waktu: 3 hari Rapap → 56 kg

2. Perubahan selama sakit : Bertambah baik

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 5-7x/hari Warna : kuning, tel.
 Bau : Amoniak Jumlah/hari : 1500 cc

b. Perubahan selama sakit : Membalik

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : Pagi & sore Frekuensi dalam sehari : 1-3x/hari

Warna : coklat Bau : khas
 Konsistensi : Lembelek

b. Perubahan selama sakit : Membalik

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : Jalan pagi
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Kadang kadang

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21⁰⁰
- Bangun jam : 03³⁰
- Tidur siang jam : 14⁰⁰ (bening)
- Bangun jam : 17¹⁵
- Apakah mudah terbangun : jika batuk & bisnis
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman :

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Anak kandung yg ke II
2. Organisasi sosial yang diikuti : Tidak pernah mengikuti ORSOS
3. Keadaan rumah dan lingkungan : Semi permanen
- Status rumah : pribadi

- Cukup/tidak : Ventilasi & peneraan cukup baik
 Bisang/tidak : Karena dekat dg jalan raya
 Banjir/tidak : Karena tempat tinggalnya direrapat yg jauh dari kali
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercaya/terdekat : Dengan anak kandung
 5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Musyawarah
 6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Terbuka

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Ketatan menjalankan ibadah ke Genes fipphari
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Ibadah dari rumah ke rumah

Kedaaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : OPMIS
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Ada peningkatan kes sth pergi ke yan kes
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Komunikasi terbuka merespon dg baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			
	WBC	5.00 - 10.00	19-07-19	7-30		
	HGB	14.0 - 17.4		14.7		
	HCT	45.0 - 52.0		43.1		
	PLT	150 - 400		215		
	Ur	10 - 50 mg/dl		18		
	Cr	0.6 - 1.3 mg/dl		0.6		
	BDS	(50 - 120 mg/dl)		102		
	Elektrolit: Na	136 - 145		142		
	K	3.50 - 5.30		3.32		
	Cl	97.0 - 111.0		108.7		
	Ca	1.120 - 1.320		1.150		

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			

Biopsy :

Colonoscopy :

DII :

Penatalaksanaan/pengobatan
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan

- Obat

- IVFD RL 20 tpm
- Aspirin K 2x1
- Ins. Lantus 2x1 Amp/IV
- Ins. Pumicel 2x40mg/IV
- Azitromycin 1x500mg
- Ambroxol 3x1 tab

- Lain-lain

- Lab: - DL, GDS, Ur. er,
- Elektrolit
 - EKG
 - Thorax PA

ANALISA DATA

DATA DATA	MASALAH	PENYEBAB/ETIOLOGI
Data Subyektif: Pasien mengatakan bahwa batuk sejak 4 hari yang lalu	Ketidak efektifan jalan napas	Penumpukan secret
Data Obyektif: - Suhu : 38,6° - RR : 24x/menit - Wheezing (+)		
Data subyektif: Pasien mengatakan mual, tdk makan sejak 4 hari yang lalu	Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Intake yang tidak adekuat
Data Obyektif: - Makanan yg disajikan cuma habi 1/4 porsi - pasien nampak lemas - Mucosa bibir kering - BB = 54 kg - TB = 165 cm		

DIAGNOSA KEPERAWATAN

- a. Ketidak efektifan jalan napas b/d penumpukan secret
- b. Pemenuhan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Intake yang tidak adekuat.

3. INTERVENSI KEPERAWATAN

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN / KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Ketidak efektifan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan Perawatan selama 2x24 jam, jalan napas efektif</p> <p>Kriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> - sekret dapat dikeluarkan oleh pasien - klien mampu mengeluarkan batuk efektif - pernapasan normal 18 - 20x/menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau status pernapasan tiap 4 jam 2. Pertahankan posisi Fowler/semi fowler 3. Berikan oksigen sesuai kebutuhan. 4. Kolaborasi pemberian ekspektoran
Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Intak yg tidak adekuat.	<p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Setelah dilakukan Perawatan 3x24 jam kebutuhan nutrisi menjadi seimbang <p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Napsu makan meningkat - pasien tidak tampak lemas - Berat badan berangsur meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau jumlah makanan yg dikonsumsi setiap kali makan. 2. Timbang BB/hari 3. Anjurkan makan dan porsi kecil tapi sering 4. Dorong pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori & tinggi protein.

A. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

TEL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
15-07-19	Ketidak efektifan jalan napas b/d penumpukan secret	08 ⁰⁰	1/ Memantau status Pernapasan pasien tiap 4 jam - RR/24x/menit	S= pasien mengatakan batuk sejak 4 hari yg lalu. O= wheezing ⊕ RR/24x/mnt
		08 ¹⁵	2/ Mempertahankan posisi Fowler/semi Fowler	A= Masalah blom teratasi P= Intervensi lanjut.
		08 ²⁰	3/ Memberikan O ₂ sesuai kebutuhan - 3-5 lpm	
		12 ⁰⁰	4/ Memberikan obat Ambroxol 1 tab	
15-07-19	Pemenuhan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yg tidak adekuat.	08 ⁰⁰	1/ Memantau jumlah makan yg dikonsumsi - makanan yg disajikan habis hanya 1/4 porsi	S= pasien mengatakan mual, tidak nafsu makan. O= Makanan yg disajikan habis 1/4 porsi
		08 ¹⁵	2/ Menimbang BB/hari - BB = 54 kg	A= Masalah belum teratasi P= Intervensi lanjut.
		10 ⁰⁰	3/ Mengajarkan makan dlm porsi kecil tapi sering. - makan tiap 2 jam	
		10 ³⁰	4/ Mengajarkan pasien untuk konsumsi makanan yg tinggi kalori & tinggi protein.	

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	WAKTU	IMPLEMENTASI	EVALUASI
16-07-2019	Ketidak efektifan jalan napas b/d penumpukan secret	08 ⁰⁰	1/ Memantau status pernapasan pasien tiap 4 jam - RR/20x/menit	S= Pasien mengatakan batuk berkurang O= Wheezing (+) RR/20x/menit
		08 ¹⁵	2/ Mempertahankan posisi Fowler/ semi Fowler.	A= Masalah teratasi sebagian P= Intervensi lanjut.
		08 ²⁰	3/ Memberikan O ₂ jika perlu	
		08 ⁰⁰	4/ Memberikan obat - Ambroxol 30 mg - Azitromycin 500mg	
16-07-2019	pemenuhan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yg tidak adekuat	08 ⁰⁰	1/ Memantau jumlah makanan yang dikonsumsi habis hanya 1/2 porsi	S= pasien mengatakan mual beres O= Makanan yg disajikan habis 1/2 porsi
		08 ¹⁵	2/ Menimbang BB/ hari (BB= 55 kg)	A= Masalah teratasi sebagian
		10 ³⁰	3/ Menganjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering (makan tiap jam)	P= Intervensi lanjutkan.
		12 ⁰⁰	4/ Menganjurkan pasien untuk konsumsi makanan TKTP - 3 butir putih telur dan susu / hari	

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	WAKTU	IMPLEMENTASI	EVALUASI
17-07 2019	Ketidak efektifan jalan napas b/d penumpukan sekret	08 ⁰⁰	1/ Memantau status Pernapasan pasien tiap 4 jam - RR/18x/mnt	S= pasien mengatakan tidak batuk lagi O= wheezing (+) RR/18x/mnt A= Masalah teratasi
		08 ¹⁵	2/ posisi normal	P= Intervensi dihentikan.
		08 ²⁰	3/ Memberikan O ₂ kalau perlu	
		12 ⁰⁰	- Memberikan Obat Ambroxol 30 mg Azitromycin 500 mg	
17-07 2019	Pemenuhan Nutrisi dari kebutuhan tubuh b/d Intake yg tidak adekuat	08 ⁰⁰	1/ Memantau jumlah makanan yang dikonsumsi (makanan yg disajikan) habis 1 porsi	S= pasien mengatakan tidak mual lagi O= Makanan yg disajikan habis 1 porsi A= Masalah teratasi sebagian
		08 ¹⁵	2/ Menimbang BB/hari - BB = 55 Kg	P= Intervensi lanjut
		10 ⁰⁰	3/ Mengajarkan makan dlm porsi kecil tapi sering (makan selang-seling)	
		12 ⁰⁰	4/ Mengajarkan pasien untuk konsumsi makanan yg TKTP - 3 butir telur/hari - susu 1x/hari	



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIPLOMA III
KEPERAWATAN KUPANG





Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : JAHYA BUKHARI ADNAN SELAM
NIM : PO. 5303201181199
NAMA PEMBIMBING : Sabinus B. Kedang, S.Kep, Ns, M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1	15-07-2019	Konsul BAB I	
2	16-07-2019	Konsul BAB I	
3	17-07-2019	Konsul BAB I, II, III	
4	18-07-2019	Konsul BAB I, II, III	

5	19-07-2019	Konsul BAB I, II, III	
6	20-07-2019	Konsul BAB III	
7	21-07-2019	Konsul BAB III, IV	
8	24-07-2019	Revisi	
9	25-07-2019	Revisi dan Lampiran	