

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN N.S DENGAN PNEUMONIA
DI RUANGAN ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG

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



REYNALDI J. DJAWA
PO. 530320117128

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

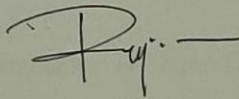
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Reynaldi Januarto Djawa
NIM : PO 530320117128
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : “Asuhan Keperawatan Pada Tn N.S Dengan Pneumonia DI Ruangan ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”. adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

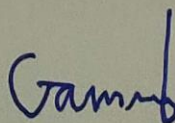
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 11 Mei 2020
Pembuat Pernyataan



Reynaldi J. Djawa
NIM : PO 530320117128

Mengetahui
Pembimbing

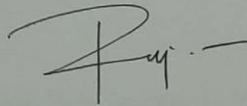


Gadur Blasius, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 196212311989031039

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Reynaldi Januarto Djawa NIM : PO 530320117128 dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn N.S DENGAN PNEUMONIA DI RUANG ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANES KUPANG PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR” telah di periksa dan di setujui untuk diujikan.

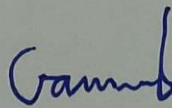
Disusun Oleh :



Reynaldi J. Djawa
NIM : PO 530320117128

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D- III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal, 11 Mei 2020

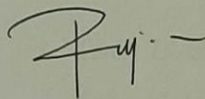
Pembimbing



Gadur Blasius, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 196212311989031039

KARYA TULIS ILMIAH
“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn N.S DENGAN PNEUMONIA DI
RUANG ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANES KUPANG KUPANG
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR”

Disusun Oleh :



Reynaldi J. Djawa
NIM : PO 530320117128

Telah Diuji Pada Tanggal, 11 Mei 2020

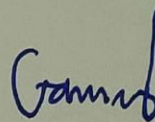
Dewan Penguji

Penguji I



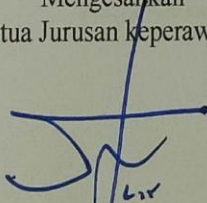
Fransiskus S. Onggang, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP. 196902261991011001

Penguji II



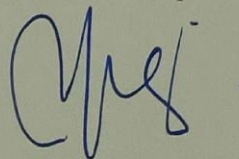
Gadur Blasius, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 196212311989031039

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margareta Teli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH
NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Reynaldi Januarto Djawa
Tempat Tanggal Lahir : Pukdale, 03 Januari 1999
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Desa Pukdale
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat TK Ebenhaizer Pukdale 2005
2. Tamat SD Gmit Ebenhaizer Pukdale 2011
3. Tamat SMPN 1 Kupang Timur 2014
4. Tamat SMK Kencana Sakti 2017
5. Sejak tahun 2017 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

MOTTO

“Kecerdasan Bukan Penentu Kesuksesan, tapi
Kerja Keraslah Yang Merupakan Penentu Kesuksesan
Sebenarnya”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn N.S Dengan Pneumonia DI Ruangan ICU RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang” tanggal 23-25 November 2019.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Gadur Blasius.,S.Kep.,Ns.,M.Si selaku, dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian membimbing penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik.
2. Fransiskus S. Onggang.,S.Kep.,Ns.,MSc selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
3. Dr. R.H. Kristina., SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalani perkuliahan di Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang Jurusan Keperawatan Kupang.
4. Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang.
5. Margaretha Teli., S.Kep.,Ns., MSc-PH selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang.
6. Seluruh dosen, staf dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah menjadi pendidik yang memberikan materi dan bimbingan praktek serta ajaran moral dan etika selama dalam proses perkuliahan.
7. Orang tua tercinta Derson S. Djawa.,S.Sos., M.Pd dan Ibu yang tercinta Ervin Tupa.,S.Pd dan ketiga adik, serta seluruh keluarga yang telah mendoakan penulis selama menjalani proses pendidikan di Jurusan Keperawatan Kupang.

8. Sahabat seperjuangan Dhajainal Liu, Matrix Permaha, Ahimas Darkay, Faldy Kase, Eka Pian dan Senior Gregorius Anggara Tadon dan seluruh teman angkatan 26 Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah menjadi wadah berbagi, mendukung, mendoakan, dan sama-sama berproses serta berjuang hingga pada akhirnya penulis boleh menyelesaikan seluruh proses perkuliahan dan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan dalam berproses dalam proses pembelajaran di dunia pendidikan.

Kupang, Mei 2020

Penulis

ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN N.S DENGAN PNEUMONIA
DI RUANGAN ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG

Reynaldi J. Djawa. Blasius Gadur

Prodi DIII Keperawatan Kupang

Poltekkes Kemnkes Kuang

Viii,+72 halaman. Gambar, tabel.lampiran

Pneumonia merupakan proses inflamasi parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh bakteri. Tujuan untuk memahami konsep tentang pneumonia sehingga dapat menerapkan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan pneumonia serta mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan kegawat daruratan dengan penyakit pneumonia. Proses keperawatan dilakukan selama 2 hari dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Evaluasi keperawatan dari 3 diagnosa keperawatan sejak 2 hari perawatan. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret masalah belum teratasi. Diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual dan muntah masalah belum teratasi. Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelamahan fisik dan proses penyakit: belum masalah teratasi. Saran dari penulis untuk institusi rumah sakit harus menenkankan perawat dan petugas kesehatan lainnya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, Diharapkan dapat melengkapi perpustakaan dengan buku – buku keperawatan medikal bedah khususnya system respiratori dengan penyakit pneumonia, untuk penulis Diharapkan mampu berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dan menyesuaikan diri dengan keadaan di lapangan sehingga dapat memperkaya wawasan berpikir penulis tentang asuhan keperawatan dengan pneumonia.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Pasien Pneumonia

Kepustakaan : 16 buah (1996-215)

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak.....	vii
Daftar Isi ...	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	5
1.3 Manfaat Studi Kasus	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Penyakit Pneumonia	7
2.2 Konsep Dasar Asuhan keperawatan.....	12
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	19
3.1 Hasil Studi Kasus	19
3.2 Pembahasan	34
3.3. Keterbatasan Studi Kasus	41
BAB 4 PENUTUP	42
4.1 Kesimpulan	42
4.2 Saran	43
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Format Pengkajian
Lampiran 2 : Lembar Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumonia hingga saat ini masih tercatat sebagai salah satu masalah kesehatan utama pada orang dewasa maupun lansia di negara berkembang. Pneumonia merupakan proses inflamasi parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh bakteri. Kasus pneumonia tidak mengenal kriteria usia ataupun jenis kelamin, pneumonia dapat menyerang siapapun, terutama pada orang yang memiliki daya imun yang menurun (Smeltzer, 2004). Pneumonia juga mengalami terjadinya penurunan volume paru sehingga mengakibatkan gangguan pada proses ventilasi dan terjadi gangguan pertukaran gas (Djodjosubroto, 2009). Apabila gangguan pertukaran gas tidak segera ditangani maka menyebabkan ketidakseimbangan ventilasi dan perubahan membran alveolar.

Pneumonia disebabkan oleh bakteri yang masuk ke dalam bronkiulus dan alveoli yang menimbulkan peradangan hebat, terdapat cairan edema yang kaya protein dalam alveoli, sehingga saluran pernafasan akan terganggu dan tidak berfungsi dengan normal dan keluar masuknya oksigen juga akan terganggu dan akan mengakibatkan gangguan pertukaran gas yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia dan gagal. Hal ini terjadi karena daerah paru menjadi padat (*eksudat*) sehingga terjadi penurunan rasio ventilasi dan perfusi yang berdampak pada penurunan kapasitas difusi paru (Djodjosubroto, 2009). Dampak dari pneumonia apabila tidak diberikan penanganan asuhan keperawatan yang sesuai antara lain demam, nafas cepat, terjadinya karsinoma pernafasan dan akan menimbulkan komplikasi yaitu atelektasis, syok, gagal pernafasan, dan efusi pleura (Smeltzer, 2002).

Pneumonia merupakan penyebab kematian terbesar di seluruh dunia pada tahun 2015, terjadi, terjadi 920.136 kematian akibat pneumonia, 16% dari seluruh kematian anak usia kurang dari 5 tahun (*WHO,2016*). Di Negara maju terdapat 4 juta kasus setiap tahunnya sehingga setiap insiden pneumonia di seluruh dunia ada 156 juta kasus pneumonia pada anak balita paling tinggi, mencakup 74% (115,3%) dari 156 juta kasus di seluruh dunia . Lebih dari setengahnya terdapat 6 negara, mencakup populasi anak balita di dunia.

Menurut data Riskesdas 2018, Prevelens pneumonia (berdasarkan pengakuan pernah di diagnosa oleh tenaga kesehatan dalam sebulan terakhir sebelum survey) 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 Nusa Tenggara Timur menemukan cakupan penemuan dan penanganan Pneumonia pada orang dewasa mengalami fluktuasi dari tahun 2015-2018. Pada tahun 2015 sebesar 7048 kasus, berarti target yang tercapai hanya (19,2%), selanjutnya pada tahun 2016 meningkat menjadi 45.928 kasus (26,42%) Tahun 2017 telah terjadi penurunan yang signifikan sekitar 50% yaitu menjadi sebesar 3,713 (13%), sedangkan pada tahun 2018 menjadi sebesar 3.757 (6,03%) berarti telah terjadi penemuan dan penanganan penderita pneumonia.

Berdasarkan data di RSUD Profesor W.Z. Yohanes Kupang Khususnya di Ruang ICU terhitung dari bulan juni-november 2019 terdapat 17 orang (buku register ICU, 2019). Melihat jumlah presentase pasien 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 dengan perlindungan khusus dilakukan melalui imunisasi, personal hygiene, dan sanitasi lingkungan. Peran sekunder dari perawat adalah memberikan fisioterapi dada, nebulasi, dan latihan batuk efektif agar penyakit tidak dapat kambuh.

Berdasarkan data di atas penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Tn N.S dengan Pneumonia di Ruangan ICU (Intensive Care Unit) RSUD Prof. W.Z. Yohanes Kupang”

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Tn N.S dengan pneumonia di RSUD Prof.Dr.W.Z. Yohanes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian pada pasien Tn N.S dengan pneumonia.
2. Mahasiswa dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. N.S dengan pneumonia.
3. Mahasiswa dapat membuat perencanaan tindakan sesuai dengan diagnosa yang ditegakan pada pasien Tn N.S dengan pneumonia.
4. Mahasiswa dapat melakukan tindakan/implementasi pada pasien Tn. N.S dengan pneumonia.
5. Mahasiswa dapat mengevaluasi dan mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada pasien Tn. N.S dengan pneumonia.

1.3 Manfaat Penulisan

Manfaat yang di peroleh dalam penulisan karya tulis ini meliputi :

1.3.1 Manfaat Teoritis

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

1.3.2. 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 pada pasien dengan pneumonia.

c. Pasien atau keluarga

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

d. Mahasiswa

Informasi dan data tambahan dalam peneltian selanjutnya yang berhubungan dengan pneumonia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pneumonia

2.1.1 Pengertian

Pneumonia adalah peradangan parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, parasit, pneumonia juga disebabkan oleh bahan kimia dan paparan fisik seperti suhu atau radiasi. (*Djodjosubroto*, 2009).

Istilah pneumonia menggambarkan keadaan paru, alveolus biasanya terisi dengan cairan dan sel darah (*Guyton*, 1996). Pneumonia pada anak maupun orang dewasa merupakan masalah yang umum dan menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di dunia (*Gessman*, 2009).

2.1.2 Etiologi

Menurut Nanda (2015) 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 pada masa kini terjadi karena perubahan keadaan pasien seperti kekebalan tubuh dan penyakit kronis, polusi lingkungan, penggunaan antibiotik yang tidak tepat. Setelah masuk paru-paru organisme bermultiplikasi dan jika telah berhasil mengalahkan mekanisme pertahanan paru, maka akan terjadi pneumonia.

Selain penyebab diatas terjadinya pneumonia sesuai penggolongannya yaitu bakteri yang terdiri dari diplococcus pneumonia, pneumococcus. Streptococcus hemolyticus, streptococcus aureus, hemophilus influenzae, mycobacterium tuberculosis, bacillus friedlaender. Virus penyebab pneumonia ialah respiratori syncytial virus, adeno virus, virus sitomegalik, virus influenza, myoplasma pneumonia, jamur penyebab

pneumonia yaitu histoplasma capsulatum Cryptococcus neuroformatis, blastomyces dermatitides, coccidiodies immitis, aspergilus spesies, candida albican. Pneumonia juga dapat disebabkan oleh aspirasi makanan, kerosene, cairan amnion, benda asing, pneumonia hipostatik (Said, 2010).

2.1.3 Klasifikasi Pneumonia

Menurut Maryunani (2010) secara anatomi, pneumonia dapat dikenal sebagai berikut: Pneumonia lobaris, dimana yang terserang adalah seluruh atau segmen yang besar dari satu atau lebih lobus pulmonary. Apabila kedua paru yang terkena, maka hal ini sering disebut sebagai bilateral atau double pneumonia (pneumonia lobular).

Broncho pneumonia (pneumonia lobular), yang dimulai pada terminal bronchiolus, menjadi tersumbat dengan eksudat muco purulent sampai membentuk gabungan pada daerah dekat lobus.

Interstitial pneumonia, yang mana adanya suatu proses inflamasi yang lebih atau hanya terbatas didalam dinding alveolar (intersitium) dan peri bronchial dan jaringan inter lobular. Pneumonia berdasarkan dari lokasi infeksi dapat dibagi menjadi 2 menurut (Said) 2010 yaitu:

Infeksi ambulant pneumonia adalah infeksi yang terjadi di luar rumah sakit. Penyebabnya antara lain karena bakteri *streptococcus pneumonia* (30-60%). Infeksi nosocomial pneumonia pasien memperoleh penyakit ini saat dia tinggal dirumah sakit. Penyebabnya sebagian besar karena 60% gram negative seperti *pseudomonas* dan sisanya gram positif seperti *staphylokokken*.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan inang dan lingkungan: 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.

Pneumonia aspirasi disebabkan oleh infeksi kuman, pneumonitis kimia akibat aspirasi bahan toksik, akibat cairan inert misalnya cairan makanan atau lambung, edema paru, dan obstruksi mekanik simple oleh bahan padat. Pneumonia pada gangguan imun terjadi karena akibat proses penyakit dan akibat terapi. Penyebabnya 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).

Pneumonia COVID-19 merupakan peradangan yang terjadi pada kantong udara di paru-paru yang disebabkan oleh virus corona jenis baru sebenarnya gejala dari kedua penyakit ini hampir sama, demam, batuk, hingga sesak nafas sehingga pada pasien dengan riwayat pneumonia akan menimbulkan gejala yang lebih berat jika terkena virus ini

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang biasanya dijumpai pada pneumonia adalah demam atau panas tinggi disertai batuk berdahak yang produktif, napas cepat, (frekuensi napas >50kali/menit), selain itu pasien akan merasa nyeri dada seperti ditusuk pisau atau sesak, sakit kepala, gelisah dan nafsu makan berkurang (Rikesdas, 2018). Pneumonia *bacterial (pneumococcus)* secara khas diawali dengan awitan menggigil, demam yang timbul dengan cepat (39,5° C sampai 40,5° C) dan nyeri dada terasa ditusuk-tusuk yang dicetuskan oleh bernapas dan batuk. Pasien sangat sakit dengan takipnea sangat jelas disertai dengan pernapasan mendengkur, pernapasan cuping hidung, dan penggunaan otot-otot aksesori pernapasan. Pneumonia atipikal beragam dalam gejalanya, tergantung pada organisme penyebab.

Banyak pasien mengalami infeksi saluran pernapasan atas (kongestinasal.sakit tenggorakan), dan awitan gejala pneumonianya bertahap. Gejala yang menonjol adalah sakit kepala, demam tingkat rendah, nyeri pleuritis mialgia, ruam dan faringitis. Nadi biasanya meningkat sekitar 10 kali/menit untuk kenaikan derajat celcius. Pada banyak kasus pneumonia, pipi berwarna kemerahan, warna mata menjadi lebih terang, dan bibir serta bidang kuku sianotik.

Tanda-tanda lain terjadi pada pasien dengan kondisi lain seperti pada mereka yang menjalani pengobatan dengan imunosupresan, yang menurunkan daya tahan terhadap infeksi dan terhadap organisme yang sebelumnya tidak dianggap pathogen tidak dianggap pathogen serius.

Tanda-tanda klinis utama pneumonia menurut (Betz & Sowden,2009) meliputi hal-hal sebagai berikut seperti batuk, dispnea, takipnea, pucat, kehitaman, atau sianosis (biasanya tanda lanjut), melemah atau kehilangan suara nafas, retraksi dinding thorax : interkostal, substernal, diafragma, atau nafas cuping hidung, nyeri abdomen (disebabkan oleh iritasi diafragma oleh paru infeksi didekatnya), batuk proksimal mirip pertusis (sering terjadi pada anak yang lebih kecil), demam, sakit kepala.sesak nafas, menggigil, berkeringat.

Ada beberapa fakto resiko pneumonia menurut (Depkes RI, 2005) seperti usia tua dan anak-anak, merokok, adanya penyakit paru yang menyertai, infeksi saluran pernapasan oleh virus, splektomi (*pneumococcal pneumonia*), obstruksi bronchial, *immunocompromise* atau mendapat obat *immunisupressive* seperti kortikosteroid , Perubahan kesadaran (predisposes untuk pneumonia aspirasi).

2.1.5 Patofisiologi

Pneumonia yang dipicu oleh bakteri bisa meyerang siapa saja, dari anak sampai usia lanjut. Pecandu alkohol, pasien pasca operasi, orang-orang dengan gangguan penyakit pernapasan, sedang terinfeksi virus atau menurun kekebalan tubuhnya adalah yang paling beresiko, sebenarnya bakteri pneumonia itu ada dan hidup normal pada tenggorokan yang sehat. Pada saat pertahanan tubuh menurun, misalnya karena penyakit, usia lanjut, dan malnutrisi, bakteri pneumonia akan dengan cepat berkembang biak dan merusak organ paru-paru. Kerusakan jaringan paru setelah kolonisasi suatu mikroorganisme paru banyak disebabkan oleh reaksi imun dan peradangan yang dilakukan oleh penjamu. Selain itu toksin-toksin yang dikeluarkan oleh bakteri pada pneumonia bakterialis dapat secara langsung merusak sel-sel system pernapasan bawah. Pnemumonia bakterialis menimbulkan respon imun dan peradangan yang paling mencolok. Jika terjadi infeksi, sebagian jaringan dari lobus paru-paru, ataupun seluruh lobus, bahkan sebagian besar dari lima lobus paru-paru (tiga di paru-paru kanan, dan dua di paru-paru kiri) menjadi terisi cairan. Dari jaringan paru-paru, infeksi dengan cepat menyebar ke seluruh tubuh melalui peredaran darah. Bakteri pneumococcus adalah kuman yang paling umum sebagai penyebab pneumonia.

Proses pneumonia mempengaruhi ventilasi setelah agen penyebab mencapai alveoli, reaksi inflamasi akan terjadi dan mengakibatkan ekstrasvasasi cairan serosa ke dalam alveoli. Adanya eksudat tersebut memberikan media bagi pertumbuhan bakteri. Membran kapiler alveoli menjadi tersumbat sehingga menghambat aliran oksigen ke dalam perialveolar kapiler di bagian paru yang terkena dan akhirnya terjadi hipoksemia.

Setelah mencapai alveolus maka pneumococcus akan menimbulkan respon yang khas dari tahap berurutan.

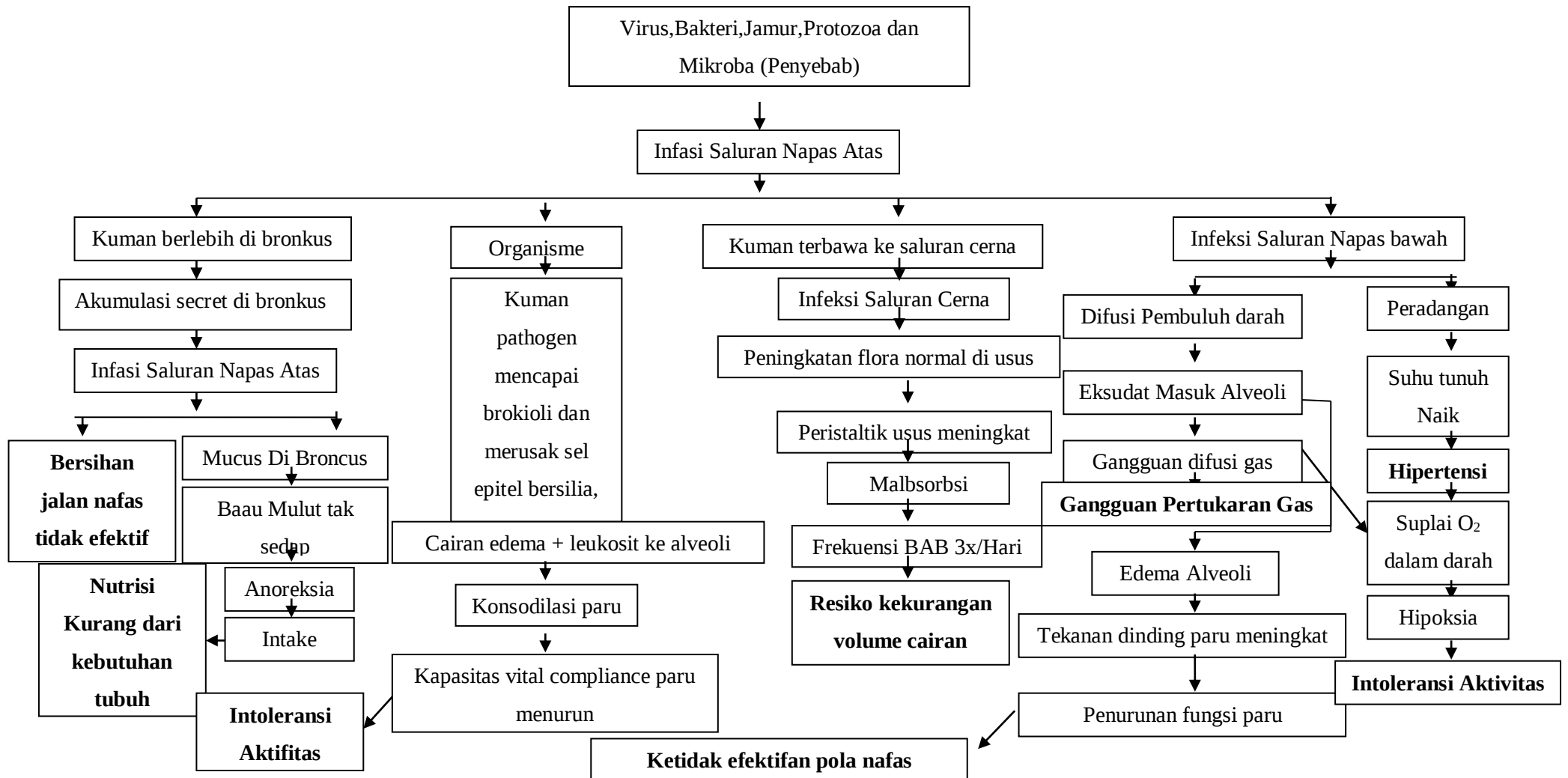
Kongesti (24 jam pertama) merupakan stadium pertama, eksudat yang kaya protein keluar masuk ke dalam alveolar melalui pembuluh darah yang berdilatasi dan bocor, disertai kongesti vena. Paru menjadi berat, edematosa dan berwarna merah.

Hepatisasi merah (48 jam berikutnya) terjadi pada stadium kedua, yang berakhir setelah beberapa hari. Ditemukan akumulasi yang masif dalam ruang alveolar, bersama-sama dengan limfosit dan makrofag. Banyak sel darah merah juga dikeluarkan dari kapiler yang meregang. Pleura yang menutupi diselubungi eksudat fibrinosa, paru-paru tampak berwarna kemerahan, padat tanpa mengandung udara, disertai konsistensi yang masih segar dan bergranula.

Hepatisasi kelabu (3-8 hari) pada stadium ketiga menunjukkan akumulasi fibrin yang berlanjut disertai penghancuran sel darah putih dan sel darah merah. Paru-paru tampak kelabu coklat dan padat karena leukosit dan fibrin mengalami konsolidasi di dalam alveoli yang terserang.

Resolusi (8-11 hari) pada stadium keempat ini, eksudat mengalami lisis dan direabsorpsi oleh makrofag dan pencernaan kotoran inflamasi, dengan mempertahankan arsitektur dinding alveolus di bawahnya, sehingga jaringan kembali pada strukturnya semula.

2.1.6 Pathway



Sumber Pathway : Nanda (2015), Nurarif & Kusuma(2015), Smeltzer & Suxane,(2002)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah suatu pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu yang digunakan untuk memperoleh keterangan yang lebih jelas tentang suatu penyakit, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada seseorang dengan diagnosa pneumonia adalah Sinar X: Mengidentifikasi distribusi struktural (misal: labor, bronchial), dapat juga menyatakan abses; Biopsy paru: Untuk menetapkan diagnosis; Pemeriksaan gram dan kultur, sputum dan darah: untuk dapat mengidentifikasi semua organisme yang ada; Pemeriksaan PCR (*Polymerase Chain Reaction*) adalah suatu teknis sintesis dan amplifikasi DNA secara vitro, teknik ini dapat digunakan untuk mengamplifikasi segmen DNA jutaan kali hanya dalam beberapa jam dan pemeriksaan ini digunakan untuk melakukan pemeriksaan saat COVID-19; Pemeriksaan serologi: membantu dalam melakukan diagnosis organisme khusus; Pemeriksaan fungsi paru: untuk mengetahui paru-paru menetapkan luar berat penyakit dan membantu diagnosis. Spirometric static: untuk mengkaji jumlah udara yang diaspirasi. Bronkostopi: untuk menetapkan diagnosis dan mengangkat benda asing. (Nurarif & Kususma, 2015)

Pneumonia didiagnosis berdasarkan tanda klinik dan gejala, hasil pemeriksaan laboratorium dan mikrobiologis, evaluasi foto x-ray dada. Berikut untuk pemeriksaan penunjang pada pneumonia :

1. Pemeriksaan Radiologi

Foto thoraks (*PA/lateral*) merupakan pemeriksaan penunjang utama untuk menegaskan diagnosis gambaran radiologis dapat berupa infiltrate sampai konsolidasi dengan air *broncogram*, penyebab bronkogenik dan gambaran adanya infiltrate dari foto x-ray merupakan standar yang memastikan diagnosis. Foto thoraks saja tidak dapat secara khas menentukan penyebab pneumonia ,

hanya merupakan petunjuk kearah diagnosis etiologi, misalnya gambaran pneumonia lobaris disebabkan oleh *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* sering memperlihatkan infiltrate bilateral atau gambaran bronkopneumonia sedangkan klebsiela pneumonia sering menunjukkan konsolidasi yang terjadi pada lobus atas kanan meskipun dapat mengenai beberapa lobus.

2. Pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium terdapat peningkatan jumlah leukosit biasanya lebih dari 10.000/ul kadang-kadang mencapai 30.000/ul, dan pada hitungan jenis leukosit terdapat pergeseran ke kiri serta terjadi peningkatan LED. Untuk menentukan diagnosis etiologi diperlukan pemeriksaan dahak, kultur darah dan serologi. Kultur darah positif pada 20-25% penderita yang tidak di obati, analisis gas dara menunjukan *hipoksemia* dan *hikarbi*, pada stadium lanjut dapat terjadi asidosis respiratorik.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis secara umum untuk pneumonia menurut Manurung dkk (2009) adalah Pemberian antibiotic seperti penicillin, cephalosporin pneumonia; pemberian antipiretik dan bronkodilator; pemberian oksigen; pemberian cairan parenteral sesuai indikasi. Sedangkan untuk penyebab pneumonia bervariasi sehingga penanganannya pun akan disesuaikan dengan penyebab tersebut.

Pengobatan pneumonia dari tingkat keparahan gejala yang timbul (Said.2010).

1. Bagi pneumonia disebabkan oleh bakteri.

Dengan pemberian antibiotik yang tepat. Pengobatan harus komplit sampai benar-benar tidak lagi muncul gejala pada penderita. Selain itu hasil

pemeriksaan X-ray dan sputum tidak tampak adanya bakteri pneumonia (Said.2010).

Untuk bakteri *Hemophilus influenza* menggunakan antibiotik *cephalosporius*, *amoxilin* dan *clavulanic acid*, *fluoroquinolones*, *maxifloxacin oral*, *gatifloxacin oral*, serta *sulfamethoxazole* dan *trimethropin*. (Said.2010).

Untuk bakteri *Myoplasma* menggunakan antibiotik *macrolides*, antibiotik ini diresepkan untuk myplasma pneumonia (Said.2010). Untuk bakteri *streptoccus pneumonia* dengan pemberian vaksin dan antibiotic ada dua vaksin yakni *pneumococcal conjugate vaccine* yaitu vaksin imunisasi bayi dan untuk anak usia 2 tahun dan *pneumococcal polysaccharide vaccine* direkomendasikan kepada orang dewasa. Antibiotik yang digunakan dalam perawatan tipe pneumonia ini yaitu *penicillin*, *amoxicillin*, dan *clavulanic acid*, serta *macrolide antibiotic* (Said.2010).

2. Bagi Pneumonia yang disebabkan oleh virus.

Pengobatannya sama dengan pengobatan pada penderita flu. Yaitu banyak beristirahat dan pemberian nutrisi yang baik untuk membantu daya tahan tubuh. Sebab bagaimanapun juga virus akan dikalahkan jika daya tahan tubuh sangat sakit (Said.2010).

3. Bagi pneumonia yang disebabkan oleh jamur.

Cara pengobatan akan sama dengan cara mengobati penyakit jamur lainnya. Hal yang paling penting adalah pemberian obat anti jamur agar bisa mengatasi pneumonia (Said.2010).

2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu panduan untuk memberikan asuhan keperawatan professional baik untuk individu, kelompok, keluarga, dan komunitas (Kozier, 2011) Menurut Craven dan Hirnle, proses keperawatan memiliki enam fase yaitu pengkajian, diagnosis, tujuan, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi. Menurut Setiadi (2015) Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara pengumpulan data secara subjektif (data yang didapat dari pasien/keluarga) melalui metode anamnesa dan data objektif (data hasil pengukuran atau observasi).

Menurut Nurarif (2015), pengkajian yang harus dilakukan meliputi identitas berupa nama, usia, jenis kelamin. Keluhan utama biasanya pasien dengan pneumonia datang dengan keluhan sesak nafas, irama nafas cepat, pada anak biasanya rewel, pergerakan dada yang abnormal.

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang untuk mengetahui bagaimana jalannya penyakit saat ini, lamanya sakit, kualitas dan kuantitas batuk, seringnya serangan, waktu serangan dan lain-lain sebagai gambaran tingkat keparahan sakit yang sedang dialami pasien, dan sebagai penentu jenis tindakan keperawatan yang dapat dilakukan.

Penggambaran faktor resiko/pencetus kondisi saat ini yang mungkin berhubungan seperti riwayat penyakit ISPA lainnya, status nutrisi, penyakit menular lain yang pernah di derita, riwayat alergi, merupakan data untuk pengkajian riwayat kesehatan dahulu.

Pengkajian pada riwayat kesehatan keluarga dilakukan untuk mengetahui apakah pernah ada anggota keluarga yang menderita penyakit serupa, dicurigai adanya infeksi antara manusia, riwayat penyakit keturunan yang mungkin berkaitan dengan keluhan utama, dan kebiasaan pasien yang dapat menjadi pencetus timbulnya penyakit pneumonia seperti merokok.

Persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan pada anak/bayi keluarga sering mendapatkan pemahaman yang kurang terhadap pneumonia, tidak tahu penyebab, pencetus, tanda dan gejala awal, penanganan dan pencegahan terhadap sakitsaat ini, tidak melakukan pencegahan, peningkatan daya tahan tubuh dan lain-lain.

Status nutrisi pada pasien pneumonia biasanya tidak ada nafsu makan, perasaan mual muntah, riwayat gangguan nutrisi (adanya faktor imunitas, berkaitan dengan resiko pneumonia). Penurunan berat badan dan indikator nutrisi lainnya. Perasaan haus, banyak berkeringat karena demam. Pola eliminasi yang terjadi kadang-kadang normal, bisa terjadi konstipasi atau diare. Produksi urin normal/menurun, terjadi keluhan gastrointestinal, distensi abdomen karena nyeri.

Pasien pneumonia biasanya mengalami kelemahan, kelelahan, intoleransi terhadap aktivitas, perasaan sesak nafas sehingga tidak bisa beraktivitas, batuk nafas cepat, ada tarikan dinding dada, perubahan warna kulit, sianosis karena gangguan perfusi. Gangguan pola istirahat, tidak bisa tidur karena sesak nafas dan rasa nyeri. Pada bayi/anak biasanya rewel/nangis.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif (2015) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul seperti:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan difusi pembuluh darah, gangguan difusi gas.
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan fungsi paru, edema aveoli, tekanan dinding paru meningkat.
3. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret,
4. Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan
5. Ketidakefektifan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang in adekuat.

6. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi parenkim paru, batuk menetap,
7. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen.
8. Resiko kekurangan volumen cairan berhubungan dengan output berlebihan, malabsorpsi, infeksi saluran cerna

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Nurarif (2015) Intervensi yang muncul pada pasien dengan pneumonia sebagai berikut: Gangguan pertukaran gas-00030, NOC (*Nursing Outcomes Classification*): Status Pernapasan-0415, respon penyampaian ventilasi mekanik: dewasa-0412, status pernapasan: Pertukaran Gas-0402, status Pernapasan: Ventilasi-0403, TTV-0802, NIC (*Nursing Interventions Classification*): Manajemen jalan napas-3140, monitoring pernapasan-3350, terapi Oksigen-3320.

Ketidakefektifan Pola Napas-00032 NOC (*Nursing Outcomes Classification*): Status Pernapasan-0415, respon penyampaian ventilasi mekanik: dewasa-0412, status pernapasan: kepatenan jalan napas-0410, status Pernapasan: Ventilasi-0403, TTV-0802. NIC (*Nursing Interventions Classification*): Manajemen jalan napas-3140, monitoring pernapasan-3350, manajemen Asma-3210, terapi relaksasi-6040.

Ketidakefektifan bersihan jalan napas-00031. NOC (*Nursing Outcomes Classification*): Status Pernapasan-0415, status pernapasan: kepatenan jalan napas-0410, status pernapasan: Pertukaran Gas-0402, status Pernapasan: Ventilasi-0403, TTV-0802. NIC (*Nursing Interventions Classification*): Manajemen jalan napas-3140, monitoring pernapasan-3350, fisioterapi dada-3230, terapi relaksasi-6040, hipertermia-00007. NOC (*Nursing Outcomes Classification*): Termogulasi-0800, termogulasi: bayi baru lahir-0801. NIC (*Nursing Interventions Classification*): Perawatan demam 3740, mencegah hipertermia malignan-3840, pengaturan suhu- 3900.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh-00002. NOC (*Nursing Outcomes Classification*): Status nutrisi bayi-1020, status nutrisi-1004, status nutrisi: Asupan nutrisi-1009, status nutrisi: Asupan makan dan cairan-1008. NIC (*Nursing Interventions Classification*): Manajemen gangguan makan-1030, manajemen nutrisi-1100, bantuan peningkatan berat badan-1240.

Nyeri Akut-00132. NOC (*Nursing Outcomes Classification*): Kontrol nyeri-1606, tingkat nyeri-2102. NIC (*Nursing Interventions Classification*): Pemberian analgetik-2210, manajemen nyeri-1400, bantuan pasien untuk mengontrol pemberian analgesic-2400, manajemen sedasi-2260.

Intoleransi aktifitas-00092. NOC (*Nursing Outcomes Classification*): Toleransi terhadap aktifitas-0005, daya Tahan-0001, energi psikomotor-0006. NIC (*Nursing Interventions Classification*): terapi aktifitas-4310, perawatan jantung: rehabilitasi-4046, manajemen energi-0180.

Resiko kekurangan volume cairan-00027. NOC (*Nursing Outcomes Classification*): keseimbangan cairan-0601, hidrasi-0602. NIC (*Nursing Interventions Classification*): monitoring cairan-4130, manajemen hipervolemi-4170 pencegahan syok-4260.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (intervensi). Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Tujuan implementasi adalah melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang

singkat, mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi dan menemukan perubahan system tubuh.(*Nursalam*, 2015.)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak dan juga sebagai proses penilaian, pencapaian, tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan.(*Nursalam*, 2015)

BAB III

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 November 2019 di ruangan ICU RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Metode pengkajian yang digunakan adalah metode *allo- anamnesa* dan *auto-anamnesa*.

3.1.2 Identitas Pasien

Nama pasien adalah Tn. N.S di rawat di ruangan *intensive care unit* (ICU) RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang, pada tanggal 19 November 2019 umur 79 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku timor, menganut agama katholik, pekerjaan pasien adalah petani, pendidikan terakhir SMA, dan bertempat tinggal di Sikumana.

3.1.3 Keluhan Utama

Saat di kaji pasien mengatakan sesak napas dan batuk-batuk keluhan yang disertai nafsu makan menurun, badan lemas, mual dan muntah.

3.1.4 Riwayat Penyakit Sekarang

Tn N.S mengatakan klien masuk ke RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 22 November 2019, dengan keluhan demam naik turun, nafsu makan menurun, sesak nafas kurang lebih 1 minggu dan batuk namun tidak mengeluarkan dahak, pasien menggunakan nasal kanul oksigen 3 liter per menit, anak klien mengatakan klien tidak pernah mengalami masalah kesehatan seperti ini sebelumnya, atau penyakit lain.

3.1.5 Riwayat Penyakit Sebelumnya

Pada riwayat kesehatan dahulu anak klien mengatakan Tn N.S pernah di rawat di rumah sakit pada tahun 2018 dengan panas tinggi, anak klien juga mengatakan klien pernah terjatuh kurang lebih lima bulan yang lalu, sejak itu klien mulai tidak dapat melakukan aktifitas fisik dengan baik.

3.1.6 Kebiasaan

Tn. N.S tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum minuman beralkohol. memiliki kebiasaan minum kopi sudah dari umur 24 tahun dengan frekuensi minum 200 ml pagi dan sore.

3.1.7 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan TTV yang dilakukan saat pengkajian didapatkan tensi 100/70 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 92x/menit, pernapasan 26x/menit.

2. Kepala Dan Leher

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. N.S didapatkan bentuk kepala bulat, tidak ada lesi, rambut warna putih abuh-abuh, mata simetris tidak ada lesi konjungtiva merah muda sklera berwarna kuning, tidak menggunakan kaca mata dan tidak ada tanda-tanda peradangan, telinga simetris, tidak ada nyeri tekan dan peradangan, hidung tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada polip, tengorokan dan mulut, gigi sudah banyak yang dicabut, gusi warna merah muda, lidah bersih dan ada peradangan pada tenggorokan, leher tidak ada lesi, dan masa, tidak ada nyeri tekan di bagian tidak masa tidak ada pembesaran kelenjar limfe pada leher, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid.

3. Sistem Kardiovaskuler

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. N.S didapatkan tidak ada nyeri dada, Kes: CM, GCS: 15, tidak ada tanda-tanda sianosis, CRT <2 detik, tidak ada edema dibagian tangan dan kaki, nadi apical teraba, vena jugularis teraba, perkusi tidak ada pembesaran jantung. Saat diauskultasi BJ I dan BJ II normal, tidak ada suara jantung tambahan.

4. Sistem Respirasi

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. N.S didapatkan pasien mempunyai keluhan, napas cepat, batuk-batuk tidak mengeluarkan dahak, pasien bernapas spontan, bentuk dada simetris, tidak ada masa dan lesi, payudara simetris, irama napas tidak teratur, ada penggunaan otot bantu napas, perkusi tidak ada bunyi pekak, seluruh lapang paru bunyi resonan, auskultasi suara paru-paru kanan dan kiri ronchi.

5. Sistem Pencernaan

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. N.S didapatkan, tugor kulit elastis, keadaan bibir kering, tidak ada tanda-tanda peradangan di mulut, keadaan abdomen, tampak normal dan tidak ada lesi. saat di auskultasi bising usus 24x/menit saat di perkusi suara abdomen bunyi timpani, saat di palpasi tidak adanya nyeri tekan.

6. Sistem Persyarafan

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. N.S didapatkan tidak ada keluhan kesadaran CM, GCS 15, pupil isokor. Tidak ada riwayat kejang dan kelumpuhan. kordinasi gerak dapat dijangkau seluruhnya.

7. Sistem Musculoskeletal

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. N.S didapatkan bagian persediaan terasa kesemutan dan keram-keram. Kekuatan otot ekstremitas atas 4 ekstremitas bawah 4, tidak ada nyeri otot.

8. Sistem Integument

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. N.S didapatkan tidak ada keluhan, keadaan kulit baik utuh, tugor elastis tidak ada lesih dan udem, kulit terlihat keriput dan berwarna sawo matang dan tidak ada petechie.

9. Sistem Perkemihan

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. N.S didapatkan tidak ada keluhan, tidak menggunakan alat bantu kateter, kandung kemih tidak ada tanda-tanda pembesaran dan tidak ada nyeri tekan.

10. Sistem Endokrin

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. N.S didapatkan ada tanda-tanda pembesaran dan nyeri tekan pada kelenjar limfe dibagian axila bawa kanan.

11. Sistem Reproduksi

Pemeriksaan yang dilakukan pada Tn. N.S tidak mengalami gangguan pada kelamin, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada masa, tidak ada pembengkakan pada testis

3.1.8 Pola Kegiatan Sehari-hari

1. Nutrisi

Sebelum sakit Tn. N.S dapat menghabiskan porsi makanan yang disediakan dan frekuensi makan dan nafsu makan semuanya dapat di atur dengan baik, saat sakit Tn. N.S hanya dapat menghabiskan setengah porsi makanan saja, ini diakibatkan karna efek mual muntah dan penurunan nafsu makan. BB Tn.

N.S. yang didapat 52 Kg dan TB 168 cm. LILA: 25 cm IMT 18,4 kategori gizi kurang.

2. Eliminasi

BAK sebelum sakit dan saat sakit tidak mempunyai masalah. Frekuensi biasanya 5-6 x sehari, frekuensi 500-700 cc/ hari dan warna kuning. BAB sebelum sakit BAB 2-3 kali sehari dan konsistensi lembek, saat sakit BAB 1-2 kali sehari dan konsistensi keras warna coklat.

3. Olahraga dan Aktivitas

Sebelum sakit dan saat sakit Tn. N.S tidak pernah melakukan olah raga rutin. Sebelum sakit pasien dapat melakukan aktifitas dengan mandiri saat sakit pasien tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri sehingga aktifitas pasien dibantu oleh keluarga kemampuan ADL tingkat 2 yaitu memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain.

4. Istirahat Dan Tidur

Pola tidur Tn. N.S sedikit terganggu akibat nyeri di perut yang muncul, tetapi kebutuhan waktu tidur bisa sampai 5-6 jam. Sebelum sakit biasanya 7-8 jam istirahat.

5. Pola Interaksi Sosial

Interaksi yang dilakukan Tn. N.S semuanya berjalan dengan baik, tidak ada hambatan dan semua menjadi saudara bagi Tn. N.S tidak ada hambatan dalam berkomunikasi dan selalu terbuka.

6. Kegiatan Keagamaan

Tn. N.S jarang sekali mengikuti kegiatan keagamaan di gereja.

7. Keadaan Psikologis Selama Sakit

Tn. N.S berharap bisa cepat keluar dari RS dan bisa kembali ke rumah, pola interaksi antara tenaga kesehatan dan Tn. N.S semuanya berjalan baik dan tidak ada hambatan.

3.1.9 Hasil Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan penunjang hemoglobin hasilnya adalah 10,4 gr/dr, leukosit 15.900 mm/jam, eritrosit 3,55 juta, trombosit 306.000 ribu, hematokrit 29,3%, Albumin 2,8 mg/L.

3.1.10 Terapi Pengobatan Yang Didapatkan

Pengobatan yang didapat Fluimucil 3 x 3 ml yang berguna untuk mengobati penyakit saluran pernapasan yang ditandai dengan dahak yang berlebihan, Ranitidin 2 x 2 ml yang berguna untuk mengurangi jumlah asam lambung dalam perut, Ceftriaxson 2 x 1 yang berfungsi untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri, Condistatit 4 x 1 ml yang berfungsi untuk mengobati infeksi jamur di rongga mulut dan tenggorokan, Azithrom 1 x 500 mg berfungsi sebagai antibiotik untuk mengobati infeksi pada paru-paru, hidung, tenggorokan, kulit dan darah.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

3.1.2.1 Analisa Data

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan harus terlebih dahulu menentukan analisa data yang disesuaikan dengan pengkajian yang di dapatkan. Ada tiga Analisa data yang di dapatkan yaitu pertama: data subjektif: Pasien mengatakan sesak napas dan batuk-batuk tidak berdahak. Data objektif: pasien tampak lemah, adanya retraksi dinding dada, suara napas ronchi, irama napas tidak teratur, KU lemah, TTV: tensi 100/70 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 92x/menit, pernapasan 28x/menit

pasien menggunakan nasal kanul oksigen 3 liter per menit. Penyebab penumpukan sekret masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Analisa data yang kedua: data subjektif: pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, mual dan muntah setiap kali makan. Data objektif: KU lemah porsi makanan tidak dihabiskan, adanya reflex mual, (pengkajian nutrisi ABCD) A: BB: 52 kg, TB: 168 cm LILA: 25 cm IMT: 18.4 kategori gizi kurang. B: Hb 10,4 g/dL, Albumin 2,8 mg/L. C: TTV: tensi 100/70 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 84x/menit, pernapasan 22x/menit. D: diet yang di dapatkan TKTP (tinggi protein, tinggi kalori). Penyebab masalah anoreksia mual dan muntah masalah yang muncul ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Analisa data yang ketiga: Data subjektif: pasien mengatakan badannya lemas dan lemah serta pusing. Data objektif: KU lemah, aktivitas dibantu sebagian oleh keluarga, intake asupan nutrisi tidak adekuat TTV: tensi 100/70 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 84x/menit, pernapasan 22x/menit. Penyebab masalah kelemahan fisik dan proses penyakit masalah yang muncul intoleransi aktivitas.

3.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil Analisa data yang dibuat sehingga masalah keperawatan yang muncul pada kasus Tn N.S adalah:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret dibuktikan dengan pasien tampak lemah, adanya retraksi dinding dada, suara napas ronchi, irama napas tidak teratur, menggunakan nasal kanul oksigen 3 liter per menit, KU lemah, TTV: tensi 100/70 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 92x/menit, pernapasan 28x/menit.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual dan muntah dibuktikan dengan porsi makanan tidak dihabiskan, IMT 18,4 kategori gizi kurang, adanya reflex mual.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelamahan fisik dan proses penyakit dibuktikan dengan keadaan umum lemah, aktivitas dibantu dan asupan nutrisi tidak adekuat.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

3.1.3.1 Prioritas Masalah

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. N.S yang menjadi prioritas masalah adalah diagnosa keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan napas, lalu disusul oleh diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas.

3.1.3.2 Intervensi Keperawatan

Pada kasus diatas penulis menyusun intervensi keperawatan berdasarkan tahap-tahapan intervensi keperawatan yaitu: goal, objektif, NOC dan NIC.

Diagnosa pertama adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret, NOC (*Nursing Outcomes Classification*) goal: pasien akan mempertahankan jalan napas yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1x15 menit perawatan pasien akan menunjukan oucomes: Status pernapasan: kepatenan jalan napas (0410) yang diharapkan meningkat dari 2 (berat) menjadi 5 (tidak ada) dengan 3 indikator yang diambil tersebut yaitu: frekuensi pernapasan, suara napas tambahan, batuk.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu: manajemen jalan napas (3140) lima aktivitas yang diambil yaitu: pertama, Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Kedua, lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya.

Ketiga, buang sekret dengan memotifasi pasien untuk melakukan batuk atau menesot lendir. Keempat, ajarkan batuk efektif. Kelima, monitor status pernapasan dan oksigenasi.

Diagnosa keperawatan kedua ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual dan muntah NOC (*Nursing Outcomes Classification*) goal: pasien akan meningkatkan asupan nutrisi secara adekuat selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: status nutrisi: asupan makan dan cairan (1008) yang di harapkan meningkat dari 2 (sedikit adekuat) menjadi 4 (sebagian besar adekuat) dengan 2 indikator yang diambil yaitu: asupan makan secara oral dan asupan cairan secara oral.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu: manajemen nutrisi (1100) dengan enam aktivitas yang diambil yaitu: tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi, tentukan apa yang menjadi preferensi makanan bagi pasien, anjurkan kepada pasien untuk makan sedikit tapi sering, anjurkan kepada pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi jika memungkinkan, monitoring kalori dan asupan makan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet dan makanan yang tepat.

Diagnosa keperawatan ketiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dan proses penyakit NOC (*Nursing Outcomes Classification*) goal: pasien akan dapat bertoleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: toleransi terhadap aktivitas (0005) yang di harapkan meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu) dengan 3 indikator yang diambil yaitu: Kekuatan tubuh

bagian atas, kekuatan tubuh bagian bawah dan kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (*Activities of Daily Living/ADL*)

NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu: manajemen energi (0180) dengan lima aktivitas yang diambil yaitu: tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan pasien, monitoring intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, anjurkan kepada pasien untuk bisa melakukan aktivitas yang membangun ketahanan, anjurkan periode istirahat dan kegiatan secara bergantian dan lakukan ROM aktif/pasif untuk menghilangkan ketegangan otot.

3.1.3.3 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan tindakan keperawatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 24 November 2019. Implementasi keperawatan pada Pasien Tn N.S dilakukan pada tanggal 24-25 November 2019.

Pada tanggal 24 November 2019 Diagnosa keperawatan pertama: jam 07.00 melakukan pemeriksaan suara napas. Jam 08:00 mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif Jam 11:00 mengobservasi TTV. Jam 11:15 mengatur posisi semifowler, terapi oksigen nasal kanul 3 liter per menit.

Diagnosa keperawatan kedua: jam 09:15 menganjurkan kepada pasien untuk makan sedikit tapi sering, jam 12:00 mengatur posisi semifowler, jam 13:00 memonitoring asupan makan.

Diagnosa keperawatan ketiga: jam 12.30 memberitahukan kepada pasien untuk melakukan aktivitas yang dapat dilakukan oleh pasien, jam 13:00 memonitoring intake/asupan nutrisi, jam 13:45 menganjurkan pasien untuk beristirahat, jam 10:45 melakukan latihan ROM aktif/pasif.

Pada tanggal 25 November 2019 diagnosa keperawatan pertama: jam 07.00 melakukan pemeriksaan suara napas. Jam 08:00 mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif Jam 11:00 mengobservasi TTV. Jam 11:15 mengatur posisi semifowler, terapi oksigen nasal kanul 3 liter per menit.

Diagnosa keperawatan kedua: jam 09:15 menganjurkan kepada pasien untuk makan sedikit tapi sering, jam 12:00 mengatur posisi semifowler, jam 13:00 memonitoring asupan makan.

Diagnosa keperawatan ketiga: jam 12.30 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas yang dapat dilakukan oleh pasien, jam 13:00 memonitoring intake/asupan nutrisi, jam 13:45 menganjurkan pasien untuk beristirahat, jam 10:45 melakukan latihan ROM aktif/pasif.

3.1.3.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada tanggal 24 November 2019 jam 14:00 terkait dengan keberhasilan tindakan yang telah diberikan kepada Tn. N.S pada diagnosa keperawatan pertama Ketidakefektifan bersihan jalan napas: data subjektif: Pasien mengatakan sesak napas dan batuk-batuk tidak berdahak, tidak ada nafsu makan. Data objektif: pasien tampak lemah, adanya retraksi dinding dada, suara napas ronchi, irama napas tidak teratur, KU lemah, TTV: tensi 100/80 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 93 x/menit, pernapasan 29 x/menit, terapi oksigen nasal kanul 3 liter per menit. Penyebab penumpukan sekret masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Diagnosa keperawatan kedua: ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh: data subjektif: pasien mengatakan tidak ada nafsu makan mual dan muntah setiap kali makan. Data objektif: KU lemah porsi makanan yang dapat dihabiskan hanya seperempat dari 1 porsi makanan, adanya reflex mual, (pengkajian nutrisi ABCD) A: BB: 52 kg, TB: 168 cm, LILA: 25 cm IMT: 18.4 kategori berat

badan kurang. B: Hb 10,4 g/dL, Albumin 2,8 mg/L. C: TTV: tensi 100/80 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 93 x/menit, pernapasan 29 x/menit. D: diet yang di dapatkan TKTP (tinggi protein, tinggi kalori). Asesment: masalah belum teratasi. Planing: intervensi dan aktivitas yang ada dipertahankan dan dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan ketiga: intoleransi aktivitas: data subjektif: pasien mengatakan badannya lemas dan lemah serta pusing. Data objektif: KU lemah, aktivitas dibantu sebagian oleh keluarga, intake asupan nutrisi tidak adekuat TTV: tensi 100/80 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 93x/menit, pernapasan 26x/menit.. Asesment: masalah belum teratasi. Planing: intervensi dan aktivitas yang ada dipertahankan dan dilanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 25 November 2019 jam 14:00 terkait dengan keberhasilan tindakan yang telah diberikan kepada Tn. N.S pada diagnosa keperawatan pertama ketidakefektifan bersihan jalan napas: data subjektif: Pasien mengatakan sesak napas dan batuk-batuk tidak berdahak. Data objektif: pasien tampak lemah, adanya retraksi dinding dada, suara napas ronchi, irama napas tidak teratur, KU lemah, TTV: tensi 100/80 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 93x/menit, pernapasan 26x/menit, terapi oksigen nasal kanul 3 liter per menit. Penyebab penumpukan sekret masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Diagnosa keperawatan kedua: ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh: data subjektif: pasien mengatakan tidak ada nafsu makan. Data objektif: KU lemah porsi makanan yang dapat dihabiskan hanya setengah dari 1 porsi makanan, (pengkajian nutrisi ABCD) A: BB: 52 kg, TB: 168 cm LILA: 25 cm IMT: 18.4 kategori berat badan kurang. B: Hb 10,4 g/dL, Albumin 2,8 mg/L. C: TTV: tensi 100/80 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 93x/menit, pernapasan 26x/menit. D: diet yang di dapatkan TKTP (tinggi protein, tinggi kalori). Asesment: masalah belum teratasi.

Planing: intervensi dan aktivitas yang ada dipertahankan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Diagnosa keperawatan ketiga: intoleransi aktivitas: data subjektif: pasien mengatakan badannya lemas dan lemah serta pusing. Data objektif: KU lemah, aktivitas dibantu sebagian oleh keluarga, intake asupan nutrisi tidak adekuat TTV: tensi 100/80 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 93x/menit, pernapasan 26x/menit Asesment: masalah belum teratasi. Planing: intervensi dan aktivitas yang ada dipertahankan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

3.2 Pembahasan Studi Kasus

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan individu dilakukan fokus pada keluhan yang dialami pasien dan pemeriksaan fisik. pengkajian keluhan pasien dilakukan dengan cara wawancara sedangkan pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi (*Nursalam, 2015*) Keluhan utama pada klien dengan pnemonia meliputi keluhan batuk-batuk, sesak napas, tidak nafsu makan, malaise, demam (*Brunner & Suddarth, 2015*).

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis menggunakan metode *allo- anamnesa* dan *auto-anamnesa*. Pengkajian yang didapatkan riwayat masuk RS dengan keluhan batuk-batuk 1 minggu, sesak napas mual muntah, badan lemas dan demam. Saat di kaji pasien mengatakan sesak napas dan batuk-batuk, keluhan yang disertai nafsu makan menurun, badan lemas, mual dan muntah. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, auskultasi palpasi dan perkusi. Hasil didapatkan kusus pada bagian system pernapasan. Inspeksi, adanya retraksi dinding dada keadaan umum lemah tidak ada lesi dan warna kulit sawo matang. Auskultasi didapatkan suara

napas ronchi. Perkusi seluruh lapang paru bunyi resonan. Palpasi tidak ada nyeri tekan dan getaran dibagian kiri dan kanan.

Pengkajian dilakukan oleh penulis menggunakan metode wawancara *allo-anamnesa* dan *auto-anamnesa* ini dikarenakan data-data didapatkan bukan hanya dari Tn. N.S tetapi data yang didapatkan juga berasal dari keluarganya. Dari hasil wawancara saat di kaji pasien mengatakan sesak napas dan batuk-batuk, keluhan yang disertai nafsu makan menurun, badan lemas, mual dan muntah, pemeriksaan fisik didapatkan, adanya retraksi dinding dada, suara napas rhonchi. Keluhan ini sesuai dengan tanda dan gejala dari penyakit pneumonia pada teori.

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, auskultasi palpasi, dan perkusi ternyata data yang didapatkan sangat mendukung adanya keluhan yang disampaikan oleh Tn. N.S. Pemeriksaan fisik juga dilakukan untuk bisa mendukung adanya kebenaran atas keluhan yang disampaikan. Sehingga disimpulkan bahwa dari teori dan kasus penulis mengemukakan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang didapatkan dari pengkajian.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang individu, keluarga atau masyarakat akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial. Diagnosa keperawatan individu difokuskan terhadap masalah pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Perumusannya menggunakan diagnosis keperawatan berdasarkan NANDA dan ICPN disesuaikan dengan data/karakteristik lain. (NANDA, 2015).

Menurut Nurarif (2015) dalam buku *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NOC dan NIC*. Ada 8 diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan pneumonia yaitu: Gangguan

pertukaran gas berhubungan dengan difusi pembuluh darah, gangguan difusi gas, Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan fungsi paru, edema aveoli, tekanan dinding paru meningkat, Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret, Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan, Ketidakefektifan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang in adekuat, Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi parenkim paru, batuk menetap, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen. Resiko kekurangan volumen cairan berhubungan dengan output berlebihan, malbsorbsi, infeksi saluran cerna.

Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada kasus Tn. N.S ada tiga diagnosa keperawatan yang didapatkan yaitu: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret dibuktikan dengan pasien tampak lemah, adanya retraksi dinding dada, suara napas ronchi, irama napas tidak teratur, KU lemah, TTV: tensi 100/70 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 92x/menit, pernapasan 28x/menit, terapi oksigen nasal kanul 3 liter per menit. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual dan muntah dibuktikan dengan porsi makanan tidak dihabiskan, IMT 18,4 kategori gizi kurang, adanya reflex mual. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelamahan fisik dan proses penyakit dibuktikan dengan keadaan umum lemah, aktivitas dibantu asupan nutrisi tidak adekuat.

Pada kasus Tn. N.S didapatkan tiga diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas, ketiga diagnosa ini diangkat sesuai dengan respon pasien. Sedangkan pada teori ada delapan diagnosa keperawatan. Lima diagnosa keperawatan tidak diangkat oleh penulis pada kasus Tn. N.S yaitu,

Gangguan pertukaran gas, Ketidakefektifan pola napas, Hipertermi, Resiko kekurangan volumen cairan dan nyeri akut, ini dikarenakan tidak memiliki data pendukung atau batas karakteristik yang sesuai dengan data dari Tn. N.S. Penyusunan analisa data dan diagnosa keperawatan harus disesuaikan dengan teori yang ada pada (NANDA, 2015). Sehingga dalam penegakan diagnosa keperawatan harus berdasarkan dengan batas karakteristik dan data pendukung dari diagnosa keperawatan tersebut. Sehingga disimpulkan bahwa dari teori dan kasus penulis mengemukakan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang didapatkan dari diagnosa keperawatan.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahapan penyusunan strategi intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien. Perencanaan diawali dengan menyusun kristerial hasil atau NOC dan dilanjutkan dengan menyusun rencana tindakan atau NIC (*Nursalam, 2015*).

Penyusunan intervensi keperawatan menggunakan NOC dan NIC. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas dengan NOC yang diambil Status pernapasan: kepatenan jalan napas dengan NIC yang diambil mengenai manajemen jalan napas. Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan NOC yang diambil status nutrisi: asupan makan dan cairan dengan NIC yang diambil manajemen nutrisi. Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dengan NOC toleransi terhadap aktivitas dengan NIC yang diambil manajemen energi.

Intervensi keperawatan yang dibuat sudah sesuai dengan dengan teori yang ada dalam buku (*Nursalin, 2016*). Karna pada kasus nyata penyusunan intervensi keperawatan menggunakan NOC dan NIC. Pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas mempunyai lima outcome tetapi penulis hanya mengambil satu outcome

saja yaitu status pernapasan: kepatenan jalan napas ini dikarenakan pada outcomes ini memiliki indikator dan kriterial hasil yang sangat sesuai dengan masalah yang ada. Sedangkan NIC pada teori ada empat intervensi, tetapi penulis hanya mengambil satu intervensi saja yaitu manajemen jalan napas ini dikarenakan intervensi ini memiliki aktivitas yang dapat mewujudkan keberhasilan untuk mencapai kriterial hasil yang di harapkan pada outcome.

Pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh mempunyai empat outcome tetapi penulis hanya mengambil satu outcome saja yaitu status nutrisi: asupan makan dan minum, ini dikarenakan pada outcome status nutrisi: asupan makan dan minum memiliki indikator dan kriterial hasil yang sangat sesuai dengan masalah yang ada. Sedangkan NIC pada teori ada tiga intervensi, tetapi penulis hanya mengambil satu intervensi saja yaitu manajemen nutrisi ini dikarenakan intervensi ini memiliki aktivitas yang dapat mewujudkan keberhasilan untuk mencapai kriterial hasil yang di harapkan pada outcome.

Pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas mempunyai tiga outcome tetapi penulis hanya mengambil satu outcome saja yaitu toleransi terhadap aktivitas, ini dikarenakan pada outcome toleransi terhadap aktivitas memiliki indikator dan kriterial hasil yang sangat sesuai dengan masalah yang ada. Sedangkan NIC pada teori ada tiga intervensi, tetapi penulis hanya mengambil satu intervensi saja yaitu manajemen energi ini dikarenakan intervensi ini memiliki aktivitas yang dapat mewujudkan keberhasilan untuk mencapai kriterial hasil yang di harapkan pada outcome. Sehingga disimpulkan bahwa dari teori dan kasus penulis mengemukakan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang didapatkan dari intervensi keperawatan.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan melakukan rencana tindakan sesuai kondisi pasien. Implementasi sepenuhnya mengacu pada rencana tindakan yang disusun. Tindakan keperawatan berupa perawatan langsung maupun tindakan kolaboratif lainnya, penyuluhan kesehatan dan juga rujukan jika pasien membutuhkan perawatan lanjutan (Nursalam,2015).

Pada tanggal 24 November 2019 Diagnosa keperawatan pertama: jam 07.00 melakukan pemeriksaan suara napas. Jam 08:00 mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif Jam 11:00 mengobservasi TTV. Jam 11:15 mengatur posisi semifowler, terapi oksigen nasal kanul 3 liter per menit, melakukan pemberian therapy Fluimucil 3 x 3 ml, Ranitidin 2 x 2 ml, Azithrom 1 x 500 mg.

Diagnosa keperawatan kedua: jam 09:15 menganjurkan kepada pasien untuk makan sedikit tapi sering, jam 12:00 mengatur posisi semifowler, jam 13:00 memonitoring asupan makan. melakukan pemberian therapy Ceftriaxson 2 x 1, Condostatit 4 x 1 ml.

Diagnosa keperawatan ketiga: jam 12.30 memberitahukan kepada pasien untuk melakukan aktivitas yang dapat dilakukan oleh pasien, jam 13:00 memonitoring intake/asupan nutrisi, jam 13:45 menganjurkan pasien untuk beristirahat, jam 10:45 melakukan latihan ROM aktif/pasif.

Pada tanggal 25 November 2019 diagnosa keperawatan pertama: jam 07.00 melakukan pemeriksaan suara napas. Jam 08:00 mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif Jam 11:00 mengobservasi TTV. Jam 11:15 mengatur posisi semifowler, terapi oksigen nasal kanul 3 liter per menit, melakukan pemberian therapy Fluimucil 3 x 3 ml, Ranitidin 2 x 2 ml, Azithrom 1 x 500 mg.

Diagnosa keperawatan kedua: jam 09:15 menganjurkan kepada pasien untuk makan sedikit tapi sering, jam 12:00 mengatur posisi semifowler, jam 13:00 memonitoring asupan makan, melakukan pemberian therapy Ceftriaxson 2 x 1, Condostatit 4 x 1 ml.

Diagnosa keperawatan ketiga: jam 12.30 mengajurkan pasien untuk melakukan aktivitas yang dapat dilakukan oleh pasien, jam 13:00 memonitoring intake/asupan nutrisi, jam 13:45 menganjurkan pasien untuk beristirahat, jam 10:45 melakukan latihan ROM aktif/pasif.

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis dilaksanakan berdasarkan intervensi keperawatan yang dibuat ini dikarenakan intervensi tersebut diharapkan dapat dilakukan dengan baik sehingga dapat mencapai outcome yang diharapkan sehingga masalah keperawatan dapat teratasi. Sehingga disimpulkan bahwa dari teori dan kasus penulis mengemukakan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang didapatkan dari implementasi keperawatan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriterial yang ditetapkan untuk melihat keberhasilannya (Nursalam,2015).

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 25 November 2019 jam 14.00 WITA. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret masalah belum teratasi. Diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual dan muntah masalah keperawatan belum teratasi. Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelamahan fisik dan proses penyakit masalah keperawatan belum teratasi.

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 25 November 2019 jam 14.00 WITA. Diagnosa keperawatan keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret masalah belum teratasi, Ini dikarenakan pasien sudah mengalami infeksi berat pada salah saluran pernapasan dan butuh terapi

farmakologi dan perawatan untuk beberapa hari. Diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual dan muntah masalah belum teratasi. Ini dikarena belum ada tanda-tanda perubahan dari status nutrisi tersebut, dari pengukuran BB, TB dan LILA belum ada perubahan, ini dikarenakan dalam peningkatan status nutrisi harus membutuhkan waktu yang cukup lama. Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelamahan fisik dan proses penyakit masalah belum teratasi ini dikarena asupan makan pasien belum adekuat sehingga kebutuhan energi untuk melakukan aktifitas belum terpenuhi dengan cukup, sehingga pasien belum mampu melakukan aktifitas dengan penuh.

Evaluasi keperawatan didapatkan diagnosa keperawatan belum teratasi sehingga disimpulkan bahwa dari teori dan kasus penulis mengemukakan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang didapatkan dari evaluasi keperawatan.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu :

1. Faktor orang atau manusia

Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien membuat penulis tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah – masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lain.

2. Faktor waktu

Waktu yang hanya ditentukan 3 hari membuat peneliti tidak dapat mengikuti perkembangan selanjutnya dari pasien sehingga tidak dapat memberikan evaluasi yang maksimal kepada pasien dan keluarga

BAB 4

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

1. Saat di kaji pasien mengatakan sesak napas dan batuk-batuk keluhan yang disertai nafsu makan menurun, badan lemas, mual dan muntah. Tn N.S mengatakan masuk ke RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 19 November 2019, dengan keluhan demam naik turun, nafsu makan menurun, sesak nafas kurang lebih 1 minggu dan batuk namun tidak mengeluarkan dahak, anak klien mengatakan klien tidak pernah mengalami masalah kesehatan seperti ini sebelumnya, atau penyakit lain.

Diagnosa keperawatan yang di angkat pada kasus Tn. N.S ada tiga diagnosa keperawatan yang didapatkan sesuai dengan respon pasien yaitu: Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret dibuktikan dengan pasien tampak lemah, adanya retraksi dinding dada, suara napas ronchi, irama napas tidak teratur, KU lemah, TTV: tensi 100/70 mmHg, suhu 36.5⁰C, nadi 92x/menit, pernapasan 28x/menit, terapi oksigen nasal kanul 3 liter per menit. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual dan muntah dibuktikan dengan porsi makanan tidak dihabiskan, 52 Kg dan TB 168 cm. LILA: 25 cm IMT 18,4 kategori gizi kurang.

2. Adanya reflex mual. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelamahan fisik dan proses penyakit dibuktikan dengan keadaan umum lemah, aktivitas dibantu dan asupan nutrisi tidak adekuat.

3. Dalam perencanaan difokuskan pada Manajemen jalan napas, manajemen nutrisi dan manajemen energy.
4. Tindakan keperawatan dilakukan antara lain memonitoring TTV, mengauskultasi suara napas, batuk efektif, membantu ADL pasien, mengatur posisi semifowler, memonitoring intake nutrisi, menanjurkan makan sedikit tapi sering dan melakukan latihan ROM aktif.
5. Evaluasi keperawatan dari 3 diagnosa keperawatan sejak 3 hari perawatan. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret masalah belum teratasi. Diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia mual dan muntah masalah belum teratasi. Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dan proses penyakit: masalah belum teratasi,

4.2 Saran

1. Untuk institusi
Institusi rumah sakit harus menenknakan perawat dan petugas kesehatan lainnya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi membantu pengobatan klien dan memberikan kepuasan klien dalam pelayananan di rumah sakit, terutama di Ruang Intensive Care Unit, RSUD. Prof. W.Z.Yohannes Kupang.
2. Untuk pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan
Diharapkan dapat melengkapi perpustakaan dengan buku – buku keperawatan medikal bedah khususnya system respiratori dengan penyakit pneumonia.
3. Bagi penulis
Diharapkan mampu berpikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dan menyesuaikan diri dengan keadaan di lapangan sehingga dapat memperkaya wawasan berpikir penulis tentang asuhan keperawatan dengan pneumonia.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, Mutaqqin, 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Immunologi*. Jakarta : Salemba Medika.
- Betz & Sowden. 2009. *Buku Saku Keperawatan Pediatri Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Bulechek, G. M & Mc Closkey, J. C. 2004. *Nursing Intervention Classifications (NIC) Edisi 4*. St. Louis Missouri: Mosby.
- Brunner & Suddart. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Volume 1. Edisi 8*. Jakarta : EGC
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas)*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan R.I. 2005. *Rencana Strategi Departemen Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Djodjosubroto, D, 2009, *Respirologi (Respiratory Medicine)*. Jakarta : EGC
- Gessman, LM, Rappaport DI. 2009. *Approach to Community-Acquired Pneumonia In Children*. Clinical Review Article. Hospital Phycsian. P.1-5.
- Guyton, AC. 1996. *Fisiologi Manusia Dan Mekanisme Penyakit*. Edisi 3. Jakarta : EGC
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurarif & Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC*. Jilid 3. Jogjakarta: Mediaction.
- Nursalam, 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Said, 2010, *Pengendalian Pneumonia Anak-Balita dalam Rangka Pencapaian, MDG 4*. Jakarta.
- Smeltzer, S & Bare. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, edisi 2. Jakarta: EGC
- Rohmah, N, & Walid, S. 2014. *Proses Keperawatan*. Yogyakarta : Ar- Ruzz.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (8 ed., Vol. 2)*. Jakarta: EGC.



**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 : Reynaldi J. Djawa

Mahasiswa

NIM : PO 530320117128

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn N.S

Ruang/Kamar : ICU

Diagnosa Medis : Pneumonia

No. Medical Record : 718739

Tanggal Pengkajian : 23 November 2019

Jam :10 :00

wita

Masuk Rumah Sakit : 22 November 2019

Jam :15:30

wita

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn N.S

Jenis Kelamin :Laki-laki

Umur/Tanggal Lahir : 79 Tahun/ 13 Maret 1939

Status :Menikah

Perkawinan

Agama : Katholik

Suku Bangsa :Timor

Pendidikan Terakhir : SMA

Pekerjaan : Petani

Alamat : Sikumana

Identitas Penanggung

Nama :Tn. C.S

Pekerjaan :
Wiraswasta

Jenis Kelamin :Laki-laki

Hubungan dengan klien :Anak
Kandung

Alamat :Oepura

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

- Kapan : Sesak nafas, batuk, badan lemas, nafsu makan menurun, mual muntah
- Lokasi : Di area dada

2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : Saat di kaji klien mengatakan sesak napas selama 1 minggu
- Sifat keluhan : Menetap, akan hilang saat duduk
- Lokasi : Dada
- Keluhan lain yang menyertai : Klien mengatakan batuk, nafsu makan berkurang, ekstremitas atas bagian kiri dan kanan mengalami kelemahan, terdapat bengkak pada kaki
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : klien mengatakan jika berbaring tengadah klien akan merasa sesak napas
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Klien mengatakan keluhan akan bertambah jika berbaring
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : Klien selalu rutin berobat sesuai instruksi petugas kesehatan

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya Sebutkan : anak klien mengatakan Tn N.S pernah di rawat di rumah sakit pada tahun 2018 dengan panas tinggi, anak klien juga mengatakan klien pernah terjatuh kurang lebih lima bulan yang lalu, sejak itu klien mulai mengalami kelemahan pada ekstremitas atas kiri dan ekstremitas bawah kiri
Cara Mengatasi : Tidak ada
 - Tidak
- Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis , Waktu
Cara Mengatasi :
 - √Tidak
- Riwayat Operasi
 - Ya , Jenis , Waktu
 - √Tidak

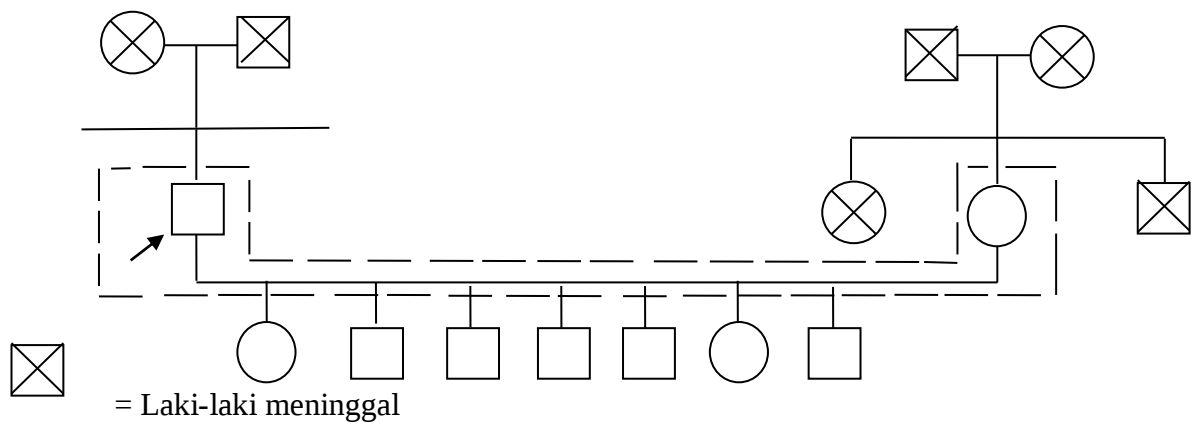
4. Kebiasaan

- Merokok
 - Ya ,Jumlah: , waktu
 - √Tidak

- Minum alkohol
 - Ya , Jumlah:, waktu
 - √Tidak
- Minum kopi : Lamanya :
 - Ya , Jumlah:, waktu
 - √Tidak
- Minum obat-obatan
 - Ya , Jenis, Jumlah:, waktu
 - √Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 100/70 mmHg - Nadi : 92 x/menit
- Pernapasan : 29 x/menit - Suhu badan : 36.5° c

2. Kepala dan leher

- Kepala : bentuk kepala bulat,
- Sakit kepala : Pusing :
.....
☐ 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 : Normal
- Konjungtiva: Anemis
- Sklera:
- Pakai kaca mata : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
- Penglihatan kabur : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
- Nyeri : Tidak ada
- Peradangan :
- Operasi :
 - Jenis :
 - Waktu :
 - Tempat :
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Nyeri : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Peradangan : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak

- Hidung
 - Alergi Rhinnitus : ☐ Ya, Jelaskan : ☐√ tidak
 - Riwayat Polip : ☐ Ya, Jelaskan : ☐√tidak
 - Sinusitis : ☐ Ya, Jelaskan : ☐√ tidak
 - Epistaksis : ☐ Ya, Jelaskan : ☐√ tidak

- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi :
 - 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 : ☐√ tidak
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : E 5, V 5, M 5
 - 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 :
.....
- Auskultasi : BJ I : ☐ Abnormal ☐√ normal
BJ II : ☐ Abnormal ☐√ normal

Murmur :

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : Sesak napas, napas cepat
- Inspeksi : dada klien tampak simetris kiri dan kanan, klien menggunakan elektroda

Jejas : ☐ Ya, Jelaskan : ☐ √ tidak

Bentuk Dada : ☐ Abnormal, Jelaskan : dada klien tampak simetris kiri dan kanan ☐ Normal

Jenis Pernapasan : ☐ Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) ☐ tidak

Irama Napas : ☐ teratur ☐ √ tidak teratur

Retraksi otot pernapasan : ☐ √ Ya ☐ tidak

Penggunaan alat bantu pernapasan : ☐ √ Ya, Jelaskan menggunakan kanul nasal 3 liiter/menit ☐ 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 :

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : ☐ Abnormal, Jelaskan : ☐ √ Normal

- Keadaan bibir : ☐ lembab ☐ √ kering

- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa :

Luka/ perdarahan : ☐ Ya, Jelaskan ☐ √ tidak

- Tanda-tanda radang : ☐ Ya, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{tidak}}$
- Keadaan gusi : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{normal}}$
- Keadaan abdomen
- Warna kulit : Normal
- Luka : ☐ Ya, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{tidak}}$
- Pembesaran : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{normal}}$
- Keadaan rektal
- Luka : ☐ Ya, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{tidak}}$
- Perdarahan : ☐ Ya, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{tidak}}$
- Hemmoroid : ☐ Ya, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{tidak}}$
- Lecet/ tumor/ bengkak : ☐ Ya, Jelaskan..... ☐ $\sqrt{\text{tidak}}$

Auskultasi : Abdomen klien tampak simetris kiri dan kanan, perut klien tampak datar, tidak tampak ada lesi, tidak ada pembengkakan pada abdomen

Bising usus/Peristaltik : 8x/menit

- a. Perkusi : Cairan : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{normal}}$
- Udara : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{normal}}$
- Massa : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{normal}}$
- b. Palpasi:
- Tonus otot: ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{normal}}$
- Nyeri : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{normal}}$
- Massa : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{normal}}$

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan :
- b. Tingkat kesadaran:Compos mentis GCS (E/M/V): E 5, V 5, M 5
- c. Pupil : ☐ $\sqrt{\text{Isokor}}$ ☐ anisokor
- d. Kejang : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{normal}}$
- e. Jenis kelumpuhan : ☐ Ya, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{tidak}}$
- f. Parasthesia : ☐ Ya, Jelaskan ☐ $\sqrt{\text{tidak}}$

- g. Koordinasi gerak : ☐ Abnormal, Jelaskan klien mengalami kelelahan pada ekstremitas kiri dan kanan atas ☐ normal
- h. Cranial Nerves : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
- i. Reflexes : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
7. Sistem Musculoskeletal
- a. Keluhan : Terasa kesemutan pada bagian persendian dan keram
- b. Kelainan Ekstremitas : ☐ ada, Jelaskan..... ☒ tidak ada
- c. Nyeri otot : ☐ ada ☒ tidak ada
- d. Nyeri Sendi : ☒ ada ☐ tidak ada
- e. Refleksi sendi : ☐ abnormal, Jelaskan ☒ normal
- f. kekuatan otot :
- g. ☐ Atropi ☐ hiperthropi ☒ normal
- $$\begin{array}{r} 53 \\ \hline 53 \end{array}$$
8. Sistem Integumentari
- a. Rash : ☐ ada, Jelaskan..... ☒ tidak ada
- b. Lesi : ☐ ada, Jelaskan..... ☒ tidak ada
- c. Turgor : Warna :
.....
- d. Kelembaban : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
- e. Petechie : ☐ ada, Jelaskan..... ☒ Tidak ada
- f. Lain
lain:.....
9. Sistem Perkemihan
- a. Gangguan : ☐ kencing menetes ☐ inkontinensia ☒
retensi
☐ 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 :

- e. Intake cairan : ☐ oral :cc/hr ☐ parenteral :
- f. Bentuk alat kelamin : ☐ Normal ☐ Tidak normal,
sebutkan.....
- g. Uretra : ☐ Normal ☐ Hipospadia/Epispadia
Lain-lain :

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : ada tanda-tanda pembesaran dan nyeri
- b. Pembesaran Kelenjar : ☒ ada, Jelaskan terdapat nyeri tekan pada kelenjar limfe ☐ 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:.....

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : Nafsu makan sebelum sakit normal, sesudah sakit nafsu makan berkurang
- Frekuensi makan : saat sehat 3 kali sehari di habiskan, dan saat sakit hanya makan 3 atau 4 sendok saja
- Nafsu makan : Menurun
- Makanan pantangan : Tidak ada
- Makanan yang disukai : Roti

- Banyaknya minuman dalam sehari : 5 gelas saat sehat, 3 gelas saat sakit
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- BB : 52 kg TB : 168 cm
- Kenaikan/Penurunan BB: 3 kg.

2. Perubahan selama sakit : berat badan menurun 3 kg

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 1 kali Warna : putih

Bau : amoniak Jumlah/ hari : 5-6 kali

b. Perubahan selama sakit :1 kali dan menggunakan kateter

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 1x sehari

Warna : kuning Bau : khas

Konsistensi : lembek

b. Perubahan selama sakit : pasien terpasang pampers, berwarna kuning kecoklatan

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai :
.....
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur :
.....

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21 : 00
Bangun jam : 05 : 00
- Tidur siang jam : 14 : 00

Bangun jam : 16 : 00

- Apakah mudah terbangun : pasien mudah terbangun karena sering batuk-batuk
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : tidak ada

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : anak-anak dan istri
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : klien dan keluarga memiliki rumah yang layak dan berish

Status rumah : milik sendiri

Cukup / **tidak** :

.....

Bising / **tidak:**

.....

Banjir / **tidak** :

.....

4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : istri dan anak tertua
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : berbicara mencari jalan keluar bersama-sama dengan anak-anak dan istri
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : klien bersama istri sering berdoa
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : saat sakit klien sudah tidak bisa mengikuti organisasi keagamaan

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : klien berharap penyakitnya cepat sembuh dan dapat kembali ke rumah
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : baik
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			24/03/2020				
1	Hemoglobin	L : 14 - 17,5 gr/dl P : 12 - 15,3 gr/dl	10,4 gr/dl				
2	Leukosit	5.000-10.000 mm/jam	15.900 mm/jam				
3	Eritrosit	L : 4,5 - 5,5 juta P : 4,0 - 5,0 juta	3,55 juta				
4	Trombosit	150 - 400 ribu	306.000 ribu				
5	Hematoksit	L : 40 - 48 % P : 37 - 43 %	29,3 %				
6.	Albumin	3,5-5,9 g/dL	2,8 g/dL				

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

--	--	--	--	--	--	--	--

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

a. Foto gigi dan mulut :

.....

.....

.....

.....

.....

b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :

.....
.....
.....
.....
.....

c. Cholescystogram :

.....
.....
.....
.....
.....

d. Foto colon :

.....
.....
.....
.....
.....

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

.....
.....
.....
.....
.....

Biopsy :

.....
.....
.....
.....
.....

Colonoscopy :

.....

.....
.....
.....
.....

Dll :

.....
.....
.....
.....
.....

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

- Pembedahan

.....
.....
.....
.....
.....

- Obat

- Fluimucil 3 x 3 ml, Ranitidin 2 x 2 ml, Ceftriaxson 2 x , Condistatit 4 x 1 ml. Paracetamol 500 ml, Simvasat 1 x 20 ml, Azithrom 1 x 500 mg, NaCl 0,9% 20 tetes/menit.

- Lain-lain

.....
.....
.....



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Reynaldi Djawa

NIM : PO 530320117128

Nama Pembimbing : Gadur Blasius, S.Kep.,Ns.,M.si

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN N.S DENGAN
PNEUMONIA DI RUANGAN ICU RSUD Prof.DR. W.Z.
JOHANNES KUPANG

No	Hari/Tanggal	Topik Bimbingan	Paraf
1	Jumat, 24 April 2020	Konsultasi BAB 1 : Terdapat kesalahan huruf pada cover, kata pada tujuan umum diganti dengan mahasiswa mampu, kata pada tujuan khusus diganti dengan mahasiswa dapat, akhir pernyataan harus mencantumkan penulis, buku sumber harus jelas. Dilanjutkan dengan mengerjakan BAB 2.	
2	Senin, 27 April 2020	Konsultasi BAB 2 : Kajian teori harus menggunakan sumber dan kutipan yang tepat baik pada konsep maupun asuhan keperawatan, ditulis dalam bentuk narasi, baca cermat pada setiap kalimat karena terdapat salah pengetikan, sambil memperbaiki silahkan mengerjakan BAB 3.	
3	Kamis, 30 April 2020	Konsultasi BAB 2 & 3 : pada Bab 2 yang harus diperbaiki adalah tanda klinis harus dalam bentuk narasi, tambahkan sumber di akhir pathway, pada Bab 3 secara teori ada sekian diagnosa dan pada kasus hanya sekian	

		diagnosa berikan alasan kenapa diagnosa yang lain tidak di ambil, sambil perbaiki Bab 2 dan 3 silahkan membuat Bab 4.	h
4	Rabu, 6 Mei 2020	Nama-nama yang terdapat pada kata pengantar di perbaiki, tambahkan nomor halaman pada daftar isi, ada pendobelan kata pada kata kunci di bagian abstrak, kalau sudah diperbaiki silahkan di print.	h
5	Sabtu, 9 Mei 2020	Acc oleh pembimbing untuk sidang KTI.	h
6	Kamis, 14 Mei 2020	Revisi : Masih ada salah pada pengetikan, tambahkan pemeriksaan penunjang, perbaiki abstrak, perbaiki nama dosen, perbaiki implementasi, dan kesimpulan.	h
7	Sabtu, 23 Mei 2020	Revisi : Masih ada salah pada pengetikan, terdapat intervensi yang salah.	h
8	Rabu, 3 Juni 2020	Revisi : Hilangkan huruf tebal pada sub bab, masih ada kata-kata yang kurang.	h
9	Jumat, 12 Juni 2020	Revisi : Perbaiki pada gelar dosen, rubah spasi pada abstrak.	h
10	Sabtu, 13 Juni 2020	Acc Revisi KTI.	h
11			
12			

