

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A. R DENGAN  
PNEUMONIA DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III  
RSUD ENDE**



**OLEH :**

**NURHIDAYANTI HARUN**

**NIM : PO.5303202210064**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

**TAHUN 2023/2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A. R DENGAN  
PNEUMONIA DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III  
RSUD ENDE**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan  
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan  
Pada Program Studi Keperawatan Ende



**OLEH :**

**NURHIDAYANTI HARUN**

**NIM : PO.5303202210064**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE  
TAHUN 2023/2024**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurhidayanti Harun  
NIM : PO5303202210064  
Program Studi : D-III Keperawatan Ende  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A. R  
Dengan Pneumonia Di Ruangan Penyakit  
Dalam III RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya tulis sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat di buktikan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 03 September 2024

Yang membuat pernyataan



Nurhidayanti Harun  
NIM.PO5303202210064

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A. R DENGAN  
PNEUMONIA DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III  
RSUD ENDE**

OLEH :

**NURHIDAYANTI HARUN**  
**NIM : PO.5303202210064**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui  
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 03 September 2024

Pembimbing



**Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., M.Sc**  
**NIP. 197401132002122001**

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende  
Poltekkes Kesehatan Kemenkes Kupang



**Aris W. Dimeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom**  
**NIP. 196601141991021001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A. R DENGAN  
PNEUMONIA DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III  
RSUD ENDE**

OLEH :

**NURHIDAYANTI HARUN**  
**NIM : PO.5303202210064**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan dan Dipertanggung jawabkan  
Pada Tanggal, 03 September 2024

**Penguji Ketua**



**Marthina Bedho, S.ST., M.Kes**  
**NIP. 196006271985032001**

**Penguji Anggota**



**Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., M.Sc**  
**NIP. 197401132002122001**

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



**Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom**  
**NIP. 196601141991021001**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, kerana atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A. R dengan Pneumonia di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende” dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan bantuan baik bersifat bimbingan, petunjuk maupun dukungan moril. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini, diantaranya:

1. Bapak Irfan, SKM., M.Kes, Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Ibu dr. Ester Puspita Jelita, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian studi kasus di RSUD Ende.
4. Ibu Anastasia Retno Widayanti, Amd.Kep, selaku Kepala Ruang Penyakit Dalam III yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian studi kasus di Ruang RPD III.

5. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc, selaku pembimbing dan sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Martina Bedho, S.ST., M.Kes, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan untuk penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kedua orang tua tercinta dan seluruh keluarga atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung dan memotivasi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman yang telah membantu penulis secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan masukan yang sangat bermanfaat, dan selalu memberikan motivasi.
9. Tn. A. R dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Tuhan membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga dapat dilanjutkan untuk penelitian studi kasus. Akhir kata, penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan khususnya mahasiswa keperawatan.

Ende, 03 September 2024

Penulis

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A. R DENGAN PNEUMONIA DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Nurhidayanti Harun

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., Msc

**Latar Belakang** Pneumonia merupakan penyakit karena adanya inflamasi maupun pembengkakan disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, dan jamur yang mengakibatkan infeksi pada saluran pernapasan dan jaringan paru (alveoli) (Agustyana, 2019).

**Tujuan** dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada Tn. A. R dengan Pneumonia di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

**Metode** yang dilakukan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

**Hasil** pengkajian yang ditemukan pada Tn. A. R yaitu sesak napas, batuk, badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri terasa lemah, memiliki riwayat penyakit asma dan stroke, lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kanan dan kiri saat berjalan atau digerakkan terasa sakit, tidak ada selera untuk makan, merasa mual, klien tampak lemah, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, kulit tampak pucat, CRT  $\geq 2$  detik, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, bising usus 35 x/menit, tanda-tanda vital : TD : 128/62 mmHg, Nadi : 85 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu : 36,7 °C, SPO<sup>2</sup> : 95 %. Diagnosa keperawatan pada Tn. A. R yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditujukan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan. Tindakan dilakukan dari tanggal 16-18 Agustus 2024 yaitu lima diagnosa keperawatan yang muncul masalah. Masalah yang teratasi sebagian yaitu gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas.

**Kesimpulan** dari studi kasus ini adalah masalah pada Tn. A. R belum teratasi. Saran untuk keluarga dan pasien harus mengetahui cara perawatan Pneumonia pada pasien dan berperan aktif dalam proses penyembuhan pasien.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Pneumonia.**

## ABSTRACT

### NURSING CARE FOR PATIENT Mr. A. R WITH PNEUMONIA IN INTERNAL MEDICINE ROOM III ENDE REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Nurhidayanti Harun

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc

**Background** Pneumonia is a disease due to inflammation or swelling caused by microorganism such as bacteria, viruses, and fungi which cause infections in the respiratory tract and lung tissue (alveoli) (Agustyana, 2019).

**The purpose** of this writing is to provide nursing care to Mr. A. R with pneumonia in Internal Medicine Room III, Ende Regional General Hospital.

**The method** used in this Scientific Paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation of nursing.

**The results** of the assessment found in Mr. A. R were shortness of breath, coughing, body feels weak, right and left legs feel weak, has a history of asthma and stroke, weak and feels tired quickly when doing activities, right and left legs when walking or moving feel pain, no appetite for food, feels nauseous, the client looks weak, pale conjunctiva, dry mucous membranes, skin looks pale, CRT 2 seconds, there is chest wall retraction, wheezing breath sounds, bowel sounds 35x / minute, vital signs BP 128/62 mmHg. Pulse 85x / minute, RR 24x / minute, Temperature 36.7 ° C, SPO 95% Nursing diagnosis for Mr. A R namely impaired gas exchange related to changes in the alveolar- capillary membrane, ineffective breathing pattern related to obstruction of respiratory effort, ineffective airway clearance related to retained secretions, nutritional deficit related to increased gastric stimulation as a result of increased microorganism toxicity, activity intolerance related to weakness Nursing interventions are in accordance with the nursing plan that has been intended to overcome the problems experienced by the patient The implementation that has been carried out by the author to overcome the problems faced by the patient is in accordance with the planned interventions. Actions were carried out from August 16-18, 2024, namely five nursing diagnoses that emerged problems Partially resolved problems are impaired gas exchange ineffective breathing pattern, ineffective airway clearance, nutritional deficits, activity intolerance.

**The conclusion** of this case study is that the problem in Mr. A. R has not been resolved. Advice for families and patients is to know how to treat pneumonia in patients and play an active role in the patient's healing process.

**Keywords: Nursing Care, Pneumonia.**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat Studi Kasus .....	6
E. Metode Studi Kasus .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
A. Konsep Dasar Penyakit Pneumonia .....	8
1. Definisi.....	8
2. Anatomi Fisiologi.....	8
3. Klasifikasi Pneumonia .....	9
4. Etiologi.....	10
5. Patofisiologi .....	11
6. Pathway .....	13
7. Manifestasi Klinis .....	14
8. Pemeriksaan Diagnostik.....	15
9. Penatalaksanaan .....	16
10. Komplikasi .....	17
B. Konsep Masalah Keperawatan .....	18

1. Definisi .....	18
2. Kriteria Masalah .....	18
3. Faktor Yang Berhubungan .....	18
4. Masalah Keperawatan Pada Pneumonia .....	19
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pneumonia .....	28
1. Pengkajian.....	28
2. Diagnosa Keperawatan.....	36
3. Intervensi Keperawatan.....	37
4. Implementasi Keperawatan .....	48
5. Evaluasi Keperawatan .....	49
<b>BAB III METODEDE STUDI KASUS .....</b>	<b>50</b>
A. Desain Studi Kasus.....	50
B. Subyek Studi Kasus.....	50
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	51
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	51
E. Prosedur Studi Kasus .....	51
F. Teknik Pengumpulan Data .....	52
G. Instrument Pengumpulan Data .....	53
H. Keabsahan Data.....	53
I. Analisa Data .....	54
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>55</b>
A. Hasil Studi Kasus .....	55
B. Pembahasan .....	95
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>101</b>
A. Kesimpulan.....	101
B. Saran.....	103
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>104</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pneumonia merupakan penyakit karena adanya inflamasi maupun pembengkakan disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, dan jamur yang mengakibatkan infeksi pada saluran pernapasan dan jaringan paru (alveoli) (Agustyana, 2019). Pneumonia merupakan radang paru yang disebabkan oleh bakteri dengan gejala panas tinggi disertai batuk berdahak, napas cepat, sesak napas, dan gejala lainnya seperti sakit kepala, dan nafsu makan berkurang (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2019, pneumonia menyebabkan 14% dari seluruh kematian dengan total kematian 740.180 jiwa. Dari data WHO juga melaporkan 15 negara berkembang dengan jumlah kematian terbanyak akibat pneumonia berasal dari Negara India sebanyak 158.176, diikuti Nigeria di urutan kedua sebanyak 140.520 dan Pakistan di urutan ketiga sebanyak 62.782 kematian. Angka kejadian pneumonia di Indonesia berada di urutan ketujuh dengan total 20.084 kematian.

Menurut Riskesdas (2018), prevalensi pengidap pneumonia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) di Indonesia tahun 2013 mencapai 1,6 %, sedangkan pada tahun 2018 meningkat menjadi 2.0 %. Sejak tahun 2013 sampai 2018 penyakit pneumonia mengalami peningkatan sebanyak 0,4 %. Pneumonia merupakan salah satu dari 10

besar penyakit rawat inap di rumah sakit, dengan proporsi kasus 53,95% laki-laki dan 46,05% perempuan. Pneumonia merupakan penyakit yang memiliki tingkat crude fatality rate (CFR) yang tinggi, yaitu sekitar 7,6% (Kemenkes RI, 2018).

Menurut Riskesdas (2018), prevalensi pneumonia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) di provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) mencapai 1,14% atau 44.782 kasus. Kabupaten Timur Tengah Selatan terkonfirmasi kasus pneumonia terbanyak yaitu 0,49% atau 3.896 kasus. Kasus pneumonia juga ditemukan di Kabupaten Ende yang dimana mengalami peningkatan pada tahun 2020 yaitu terdapat 207 kasus atau 0,91%, tahun 2021 terdapat 435 kasus atau 2,23%, tahun 2022 terdapat 848 kasus atau 3,57%, dan tahun 2023 mengalami penurunan yaitu terdapat 220 kasus atau 0,30%. (Dinkes Kab.Ende, 2023). Data penderita pneumonia di RSUD Ende pada tahun 2021 terdapat 31 kasus atau 4,58%, dengan jumlah laki-laki 19 orang atau 61,29% dan perempuan 12 orang atau 38,71%, pada tahun 2022 kasus pneumonia mengalami peningkatan yaitu 54 kasus atau 8,12%, dengan jumlah laki-laki 32 orang atau 59,26% dan perempuan 22 orang atau 40,74%, dan terakhir pada tahun 2023 terdapat 86 kasus atau 12,44%, dengan jumlah laki-laki 50 orang atau 58,14% dan perempuan 36 orang atau 41,86%.

Pneumonia sangat rentan terjadi ketika daya tahan tubuh menurun, sehingga tubuh mudah terinfeksi virus tersebut, tiga komponen seperti penjamu (host), penyebab (agent), dan lingkungan (environment)

merupakan faktor resiko terjadi pneumonia, pada sisi penjamu tersebut, kerentanan terhadap infeksi virus, mikroorganisme pneumonia tersebut sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pada seseorang, selain itu ada juga penyebab pneumonia yaitu kuman masuk ke saluran pernapasan melalui proses inhalasi (udara yang dihirup), atau dengan cara penularan langsung, yaitu percikan droplet yang dikeluarkan oleh penderita saat batuk, bersin, dan berbicara langsung terhirup oleh orang di sekitar penderita, atau memegang dan menggunakan benda yang telah terkena sekresi saluran pernapasan penderita. Penderita pneumonia secara fisik memiliki tanda dan gejala seperti sering batuk, kesulitan bernapas, kehilangan nafsu makan serta mengalami demam atau berkeringat, apabila tidak ditangani dengan baik maka pasien tersebut akan mengalami komplikasi yang berat sehingga menimbulkan kematian (Anwar & Dharmayanti, 2022).

Pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang sering terjadi dan bersifat serius dan berhubungan dengan angka kesakitan dan angka kematian. Beberapa faktor risiko yang meningkatkan risiko infeksi pneumonia antara lain kebiasaan merokok, pajanan lingkungan seperti rumah yang padat penghuni, pencemaran udara dalam ruangan akibat penggunaan bahan bakar padat (kayu bakar/arang), malnutrisi, riwayat pneumonia sebelumnya, bronkitis kronik, asma, gangguan fungsional, kebersihan mulut yang buruk, penggunaan terapi immunosupresif,

penggunaan steroid oral, dan penggunaan obat penghambat sekresi asam lambung (Khasanah, 2019).

Peran perawat dibutuhkan sebagai pemberi asuhan keperawatan khususnya pada pasien pneumonia. Perawat mempunyai wewenang dalam memberikan tindakan atau intervensi baik mandiri maupun kolaboratif. Tindakan-tindakan keperawatan yang dilakukan mulai dari tindakan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Penanganan yang telah dilakukan perawat dalam mengatasi kasus pneumonia ini diantaranya melalui pemberian pelayanan dan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada klien, memberikan pendidikan kesehatan dan informasi kepada pasien, keluarga dan masyarakat mengenai penyakit pneumonia dan bagaimana cara penanganannya. Perawat juga berperan dalam berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya tentang penanganan kasus pneumonia dengan harapan penyakit pneumonia yang diderita dapat teratasi dengan baik sehingga klien dapat segera disembuhkan.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas dan sehubungan dengan prevalensi kejadian pneumonia masih tinggi serta kurangnya tingkat pengetahuan pasien terhadap penyakit pneumonia, maka dari itu penulis tertarik untuk mengambil judul tentang : **“Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. A. R dengan Pneumonia di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”**.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah adalah Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien Tn. A. R dengan pneumonia di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.

## **C. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum

Mahasiswa dapat menggambarkan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. A. R dengan Pneumonia di Ruangan Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.

### 2. Tujuan Khusus

Tujuan penelitian merupakan jawaban sementara dari rumusan masalah yang akan diteliti. Adapun tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Menggambarkan pengkajian keperawatan pada pasien Tn. A R dengan Pneumonia di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- b. Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. A. R dengan Pneumonia di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- c. Penyusun perencanaan keperawatan pada pasien Tn. A. R dengan Pneumonia di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- d. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien Tn. A. R dengan Pneumonia di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.

- e. Menggambarkan pelaksanaan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. A. R dengan Pneumonia di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- f. Hasil analisis kesenjangan antara teori dan praktek dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn. A. R dengan Pneumonia di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

Berdasarkan tujuan diatas maka manfaat studi kasus ini adalah sebagai berikut :

##### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai salah satu bentuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Pneumonia. Serta dapat dimanfaatkan sebagai data untuk penelitian selanjutnya.

##### **2. Manfaat praktis**

Manfaat praktis yang peneliti harapkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

###### **a. Bagi Peneliti**

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat memberikan informasi, menambah pengetahuan dan pengalaman, memperdalam keterampilan dan memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Pneumonia.

b. Bagi Institusi Rumah Sakit dan Pelayanan Kesehatan

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Pneumonia.

c. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Pneumonia.

d. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit pneumonia.

**E. Metode Studi Kasus**

1. Kepustakaan

Penulis menggunakan berbagai buku sumber untuk mendapat informasi yang berhubungan dengan pneumonia.

2. Konsultasi

Penulis melakukan konsultasi dengan Dosen Pembimbing tentang berbagai hal yang berhubungan dengan pneumonia.

3. Layanan Internet

Penulis menggunakan layanan internet untuk mendapatkan beberapa informasi yang terkait dengan pneumonia.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Penyakit Pneumonia

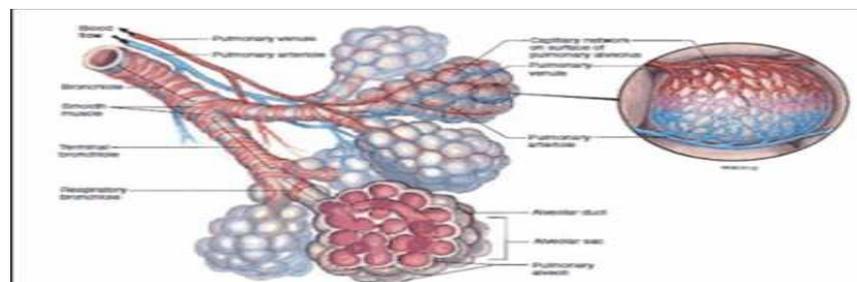
##### 1. Definisi

Pneumonia merupakan penyakit karena adanya inflamasi maupun pembengkakan disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, dan jamur yang mengakibatkan infeksi pada saluran pernapasan dan jaringan paru (alveoli) (Agustyana, 2019).

Pneumonia adalah suatu proses peradangan dimana terdapat konsolidasi yang disebabkan pengisian rongga alveoli oleh eksudat. Pertukaran gas tidak dapat berlangsung pada daerah yang mengalami konsolidasi, begitupun dengan aliran darah disekitar alveoli, menjadi terhambat dan tidak berfungsi maksimal. Hipoksemia dapat terjadi, bergantung pada banyaknya jaringan paru-paru yang sakit (Somantri, 2018).

##### 2. Anatomi Fisiologi

###### a. Anatomi



Gambar 2.1 : *Anatomi Alveolus* (Saktya, 2019).

b. Fisiologi

Kantong-kantong kecil alveolus merupakan pusat pertukaran udara di dalam sistem pernapasan manusia. Jadi, fungsi alveolus adalah sebagai tempat bertukarnya oksigen dan karbon dioksida di dalam paru-paru. (Saktya, 2019).

**3. Klasifikasi Pneumonia**

Klasifikasi pneumonia menurut (Wahid & Imam, 2018) adalah sebagai berikut:

a. Berdasarkan agen penyebab :

1) Pneumonia komunitas (*community – acquired*)

Community acquired pneumonia disebabkan oleh :

- a) Streptococcus pneumonia
- b) Hemofilus influenza dan staphylococcus aureus

2) Pneumonia atipikal nosokomial, disebabkan oleh :

- a) Micoplasma pneumonia
- b) Legionella pneumonia dan pneumocytis carinii

3) Pneumonia aspirasi, disebabkan oleh :

- a) Flora campuran anaerob dan aerob dari saluran nafas atas
- b) Kuman enteric gram negative aerob

b. Berdasarkan area paru yang terkena :

1) Pneumonia Lobaris

Pneumonia yang terjadi pada satu lobus baik kanan maupun kiri.

2) Bronkopneumonia

Pneumonia yang ditandai bercak-bercak infeksi pada berbagai tempat di paru. Bisa kanan maupun kiri yang disebabkan oleh virus atau bakteri dan sering terjadi pada orang tua dan bayi.

#### 4. Etiologi

Menurut Amin dan Hardhi (2019), penyebaran infeksi terjadi melalui droplet dan sering disebabkan oleh *streptococcus pneumoniae*, melalui selang infus oleh *staphylococcus aureus* sedangkan pada pemakaian ventilator oleh *aeruginosa* dan *enterobacter*, dan masa kini terjadi karena perubahan keadaan pasien seperti kekebalan tubuh dan penyakit kronis, polusi lingkungan dan penggunaan antibiotik yang tidak tepat. Setelah masuk ke paru-paru organisme bermultiplikasi dan jika telah berhasil mengalahkan mekanisme pertahanan paru, terjadi pneumonia.

Menurut Ridha (2017), penyebab terjadinya pneumonia sesuai penggolongannya yaitu:

a. Bakteri

*Diplococcus Pneumoniae*, *Pneumococcus*, *Streptococcus Saureus*,  
*Hemaphilus Influenza*, *Mycobacterium Tuberkolosis*, *Bacillus Fre.*

b. Virus

*Respiratory Syncytial virus, Adeno virus, Sitomegalitik virus, Influenza virus.*

c. Jamur

*Aspergillus Sp, Candida Albicans, Blastomyces Dermatitides, Coccidosdies Immitis, Cryptococcus Neuroformans, Histoplasma Capsulatum.*

d. Aspirasi

Makanan, *Kerosene* (bensin, minyak tanah), benda asing.

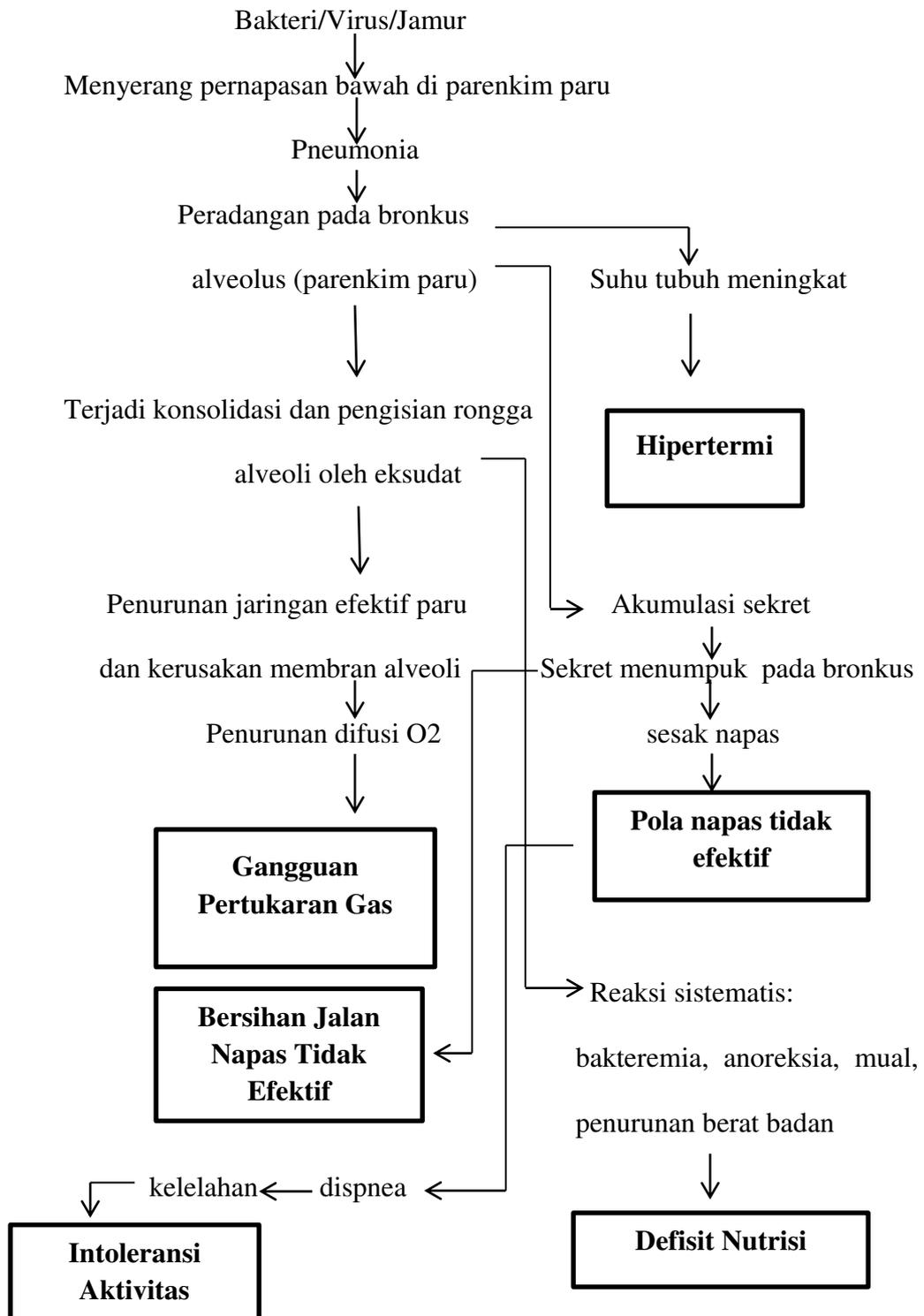
## 5. Patofisiologi

Mikroorganisme mencapai paru melalui beberapa jalur, yaitu:

- a. Ketika individu yang terinfeksi batuk, bersin, atau berbicara, mikroorganisme dilepaskan ke dalam udara dan terhirup oleh orang lain.
- b. Mikroorganisme dapat juga terinspirasi dengan aerosol dari peralatan terapi pernapasan yang terkontaminasi.
- c. Pada individu yang sakit atau hygiene giginya buruk, flora normal orofaring dapat menjadi patogenik.
- d. *Staphilococcus* dan bakteri gram negatif dapat menyebar melalui sirkulasi dari infeksi sistemik, sepsis, atau jarum obat IV yang terkontaminasi.

Infeksi pulmonal bisa terjadi karena terganggunya salah satu mekanisme pertahanan dan organisme dapat mencapai traktus respiratorius terbawah melalui aspirasi maupun rute hematologi. Ketika patogen mencapai akhir bronkiolus maka terjadi penumpahan dari cairan edema ke alveoli, diikuti leukosit dalam jumlah besar. Kemudian makrofag bergerak mematikan sel dan bakterial debris. Sisten limpatik mampu mencapai bakteri sampai darah atau pleura viseral. Jaringan paru menjadi terkonsolidasi. Kapasitas vital dan pemenuhan paru menurun dan aliran darah menjadi terkonsolidasi, area yang tidak terventilasi menjadi fisiologis right-to-left shunt dengan ventilasi perfusi yang tidak pas dan menghasilkan hipoksia. Kerja jantung menjadi meningkat karena penurunan saturasi oksigen dan hiperkapnia. (Somantri, 2018).

## 6. Pathway



Gambar 2.2 : *Pathway Pneumonia* (Khasanah, 2019).

## 7. Manifestasi Klinis

Menurut Brunner dan Suddarth (2011), tanda dan gejala pneumonia adalah sebagai berikut:

- a. Menggigil mendadak dan dengan cepat berlanjut menjadi demam ( $38,5^{\circ}\text{C}$ - $40,5^{\circ}\text{C}$ ).
- b. Pasien yang sakit parah mengalami takipnea berat (25-45 kali pernapasan/menit) dan dispnea.
- c. Nadi cepat, dapat meningkat 10 kali/menit per satu derajat peningkatan suhu tubuh.
- d. Bradikardi relatif untuk tingginya demam menunjukkan infeksi virus, infeksi mikoplasma.
- e. Pneumonia berat: bibir dan bantalan kuku menunjukkan sianosis.
- f. Sputum purulen (nanah), berwarna seperti karat, bercampur darah, kental dan hijau, bergantung pada agen penyebab.
- g. Nafsu makan menurun, pasien mengalami diaforesis dan mudah lelah.
- h. Sumbatan nasal, lubang hidung mudah tersumbat oleh pembengkakan mukosa dan eksudasi yang dapat mempengaruhi pernafasan.
- i. Batuk, merupakan gambaran umum dari penyakit pernafasan. Dapat menjadi bukti hanya selama fase akut.
- j. Bunyi pernafasan, seperti mengi/wheezing (siulan), dan ronkhi (mendengkur).

## 8. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Marilyn et al. (1999) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan adalah:

- a. Sinar X: Mengidentifikasi distribusi struktural (misal: lobar, bronchial), luas abses atau infiltrate, empyema (stapilococcus), infiltrasi menyebar atau terlokalisasi (bacterial) atau penyebaran/perluasan infiltrate nodul (lebih sering virus). Pada pneumonia mikoplasma sinar X dada mungkin lebih bersih.
- b. GDA/Nadi Oksimetri: Tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlibat dan penyakit paru yang ada.
- c. JDL: Leukositosis biasanya ada, meskipun sel darah putih rendah terjadi pada infeksi virus, dan kondisi tekanan imun seperti AIDS, memungkinkan berkembangnya pneumonia bakterial.
- d. LED meningkat: Terjadi karena hipoksia, volume menurun, tekanan jalan napas meningkat.
- e. Elektrolit natrium dan klorida mungkin rendah.
- f. Bilirubin meningkat.
- g. Aspirasi perkutan/biopsi jaringan paru terbuka: Dapat menyatakan intranuklear tipikal dan keterlibatan sitoplasmik, karakteristik sel raksasa (Rubeolla).
- h. Pemeriksaan gram/kultur sputum dan darah: Dapat diambil dengan biopsi jarum, aspirasi transtrakeal, bronkoskopi fiberoptik, atau biopsi pembukaan paru untuk mengatasi organisme penyebab.

Lebih dari 1 tipe organisme, ada bakteri yang umum meliputi *Diplococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *A-hemolitik streptococcus*, *Haemophilus influenzae*. Kultur sputum tidak dapat mengidentifikasi semua organisme yang ada. Kultur darah dapat menunjukkan bakteremia sementara.

- i. Pemeriksaan Serologi: Misal, titer virus atau *Legionella*, aglutinin dingin: Membantu dalam membedakan diagnosis organisme khusus.
- j. Pemeriksaan fungsi paru: Volume mungkin menurun (kongesti dan kolaps alveolar), tekanan jalan napas mungkin meningkat dan komplain menurun, menetapkan luas berat penyakit dan membantu diagnosis keadaan.
- k. Spiometrik Static: Untuk mengkaji jumlah udara yang aspirasi.
- l. Bronkoskop: Untuk menetapkan diagnosis dan mengangkat benda asing.

## **9. Penatalaksanaan**

- a. Penatalaksanaan Medis
  - 1) Ampicilin 100 mg/kg BB/hari dalam 4 kali pemberian
  - 2) Chloramphenicol 75 mg/kg BB/hari dalam 4 kali pemberian
  - 3) Cefatoxim 100 mg/kg BB/hari dalam 2 kali pemberian
  - 4) Amikacin 10-15 mg/kg BB/hari dalam 2 kali pemberian.
  - 5) Ceftriaxone 75 mg/kg BB/hari dalam 2 kali pemberian.
  - 6) Amoxicillin 100 mg/kg BB/hari dalam 4 kali pemberian.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Mengatur posisi pasien fowler atau semi fowler
- 2) Mengajarkan teknik batuk efektif dan menarik napas dalam
- 3) Menganjurkan pasien minum air 7-8 gelas atau  $\pm$  2 liter
- 4) Menganjurkan pasien makan makanan yang tinggi kalori dan protein
- 5) Menganjurkan pasien banyak istirahat

**10. Komplikasi**

Menurut Amin dan Hardhi (2019), komplikasi pneumonia menyebabkan hipotensi dan syok, gagal pernapasan, emfisema, perikarditis, meningitis, atelektasis hipotensi, efusi pleura, delirium, asidosis metabolik, dan dehidrasi.

Sejumlah komplikasi pneumonia yang dapat terjadi adalah:

1. Infeksi aliran darah.

Infeksi aliran darah atau bakterimia terjadi akibat adanya bakteri yang masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ-organ lain.

2. Abses paru atau paru bernanah.

Abses paru dapat ditangani dengan antibiotik, namun terkadang juga membutuhkan tindakan medis untuk membuang nanahnya.

3. Efusi Pleura.

Kondisi di mana cairan memenuhi ruang yang menyelimuti paru-paru.

## **B. Konsep Masalah Keperawatan**

### **1. Definisi**

Masalah Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **2. Kriteria Masalah**

Dalam kriteria masalah terdapat tanda/gejala yaitu : kriteria mayor dan minor.

- a. Kriteria Mayor : tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa.
- b. Kriteria Minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **3. Faktor Yang Berhubungan**

Kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

#### **4. Masalah Keperawatan Pada Pneumonia**

Adapun masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan pneumonia antara lain:

##### **a. Gangguan Pertukaran Gas**

###### **1) Definisi**

Menurut PPNI (2016) gangguan pertukaran gas merupakan kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.

###### **2) Penyebab**

- a) Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- b) Perubahan membran alveolus-kapiler

###### **3) Gejala dan Tanda Mayor**

###### **a) Subjektif**

Dispnea

###### **b) Objektif**

- (1) PCO<sub>2</sub> meningkat atau menurun
- (2) PO<sub>2</sub> menurun
- (3) Takikardia
- (4) pH arteri meningkat/menurun
- (5) Bunyi napas tambahan

###### **4) Gejala dan Tanda Minor**

###### **a) Subjektif**

- (1) Pusing

(2) Penglihatan kabur

b) Objektif

(1) Sianosis

(2) Diaforesis

(3) Gelisah

(4) Napas cuping hidung

(5) Pola napas abnormal (cepat/lambat, reguler/ireguler, dalam/dangkal)

(6) Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan)

(7) Kesadaran menurun

b. Pola Napas Tidak Efektif

1) Definisi

Menurut PPNI (2016) pola napas tidak efektif merupakan kondisi di mana inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

2) Penyebab

a) Depresi pusat pernapasan

b) Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)

c) Deformitas dinding dada

d) Deformitas tulang dada

e) Gangguan neuromuscular

- f) Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang)
  - g) Imaturitas neurologis
  - h) Penurunan energi
  - i) Obesitas
  - j) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
  - k) Sindrom hipoventilasi
  - l) Kerusakan inervasi diafragma
  - m) Cedera pada medula spinalis
  - n) Efek agen farmakologis
  - o) Kecemasan
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- a) Subjektif
    - Dispnea
  - b) Objektif
    - (1) Penggunaan otot bantu pernapasan
    - (2) Fase ekspirasi memanjang
    - (3) Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea)
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif
    - Ortopnea
  - b) Objektif
    - (1) Pernapasan pursed-lip

- (2) Pernapasan cuping hidung
- (3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
- (4) Ventilasi semenit menurun
- (5) Kapasitas vital menurun
- (6) Tekanan ekspirasi menurun
- (7) Tekanan inspirasi menurun
- (8) Ekskursi dada berubah

c. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

1) Definisi

Menurut PPNI (2016) bersihan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

2) Penyebab

- a) Spasme jalan napas
- b) Hipersekresi jalan napas
- c) Disfungsi neuromuskular
- d) Benda asing dalam jalan napas
- e) Adanya jalan napas buatan
- f) Sekresi yang tertahan
- g) Hiperplasia dinding jalan napas
- h) Proses infeksi
- i) Respon alergi

- j) Efek agen farmakologis (mis. anastesi)
  - k) Merokok aktif dan pasif
  - l) Terpajan polutan
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- a) Subjektif  
(Tidak tersedia)
  - b) Objektif
    - (1) Batuk tidak efektif
    - (2) Tidak mampu batuk
    - (3) Sputum berlebih
    - (4) Mengi, wheezing atau ronkhi kering
    - (5) Mekonium di jalan napas (pada neonatus)
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif
    - (1) Dispnea
    - (2) Sulit bicara
    - (3) Ortopnea
  - b) Objektif
    - (1) Gelisah
    - (2) Sianosis
    - (3) Bunyi napas menurun
    - (4) Frekuensi napas berubah
    - (5) Pola napas berubah

d. Hipertermi

1) Definisi

Menurut PPNI (2016) termogulasi tidak efektif merupakan kondisi di mana terjadi kegagalan mempertahankan suhu tubuh dalam rentang normal.

2) Penyebab

- a) Stimulasi pusat termogulasi hipotalamus
- b) Fluktuasi suhu lingkungan
- c) Proses penyakit (mis. infeksi)
- d) Proses penuaan
- e) Dehidrasi
- f) Ketidakesesuaian pakaian untuk suhu lingkungan
- g) Peningkatan kebutuhan oksigen
- h) Perubahan laju metabolisme
- i) Suhu lingkungan ekstrem
- j) Ketidakadekuatan suplai lemak subkutan
- k) Berat badan ekstrem
- l) Efek agen farmakologis (mis. sedasi)

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif
  - (Tidak tersedia)
- b) Objektif
  - (1) Kulit terasa hangat

(2) Menggigil

(3) Suhu tubuh diatas nilai normal

4) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif

(Tidak tersedia)

b) Objektif

(1) Pengisian kapiler > 3 detik

(2) Tekanan darah meningkat

(3) Pucat

(4) Frekuensi napas meningkat

(5) Takikardia

(6) Kejang

(7) Kulit kemerahan

(8) Dasar kuku sianosis

e. Defisit Nutrisi

1) Definisi

Menurut PPNI (2016) defisit nutrisi merupakan kondisi di mana asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Penyebab

Menurut PPNI (2016) defisit nutrisi disebabkan oleh:

a) Ketidakmampuan menelan makanan

b) Ketidakmampuan mencerna makanan

- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
  - d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
  - e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
  - f) Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan)
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- a) Subjektif
    - (Tidak tersedia)
  - b) Objektif
    - Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif
    - (1) Cepat kenyang setelah makan
    - (2) Kram/nyeri abdomen
    - (3) Nafsu makan menurun
  - b) Objektif
    - (1) Bising usus hiperaktif
    - (2) Otot pengunyah lemah
    - (3) Otot menelan lemah
    - (4) Membran mukosa pucat
    - (5) Sariawan
    - (6) Serum albumin turun
    - (7) Rambut rontok berlebihan
    - (8) Diare

f. Intoleransi Aktivitas

1) Definisi

Menurut PPNI (2016) intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

2) Penyebab

- a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b) Tirah baring
- c) Kelemahan
- d) Imobilitas
- e) Gaya hidup monoton

3) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif

Mengeluh lelah

b) Objektif

Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

4) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif

(1) Dispnea saat/setelah aktivitas

(2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

(3) Merasa lemah

b) Objektif

(1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat

- (2) Gambaran Elektrokardiografi (EKG) menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- (3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- (4) Sianosis.

## **C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pneumonia**

### **1. Pengkajian**

Menurut Marilyn et al. (1999) pengkajian pada pasien dengan pneumonia terdiri atas:

#### **a. Pengumpulan Data**

##### **1) Pengkajian Perpola**

###### **a) Pola Aktivitas/Istirahat**

Gejala : kelemahan, kelelahan

Tanda : penurunan toleransi terhadap aktivitas

###### **b) Pola Sirkulasi**

Gejala : Riwayat adanya gagal jantung kiri kronis

Tanda : Takikardia, penampilan kemerahan atau pucat

###### **c) Pola Neurosensori**

Gejala : Sakit kepala daerah frontal

###### **d) Pola Nyeri/Ketidaknyamanan**

Gejala : Sakit kepala, nyeri dada (pleuritik), nyeri meningkat oleh batuk.

e) Pola Pernapasan

Gejala : Takipnea, dispnea, pernapasan dangkal, penggunaan otot aksesori, pelebaran nasal.

Tanda : Sputum (merah muda, berkarat atau purulen), Perkusi (pekak diatas area yang konsolidasi), Fremitus (taktil dan vokal bertahap meningkat dengan konsolidasi), gesekan friksi pleural, bunyi napas (menurun atau tidak ada diatas area yang terlibat, atau napas bronchial), warna (pucat atau sianosis bibir dan kuku).

f) Pola Keamanan

Gejala : Demam (misal, 38,5°C-40°C).

Tanda : Berkeringat, menggigil berulang.

g) Pola Nutrisi/Cairan

Gejala : Kehilangan nafsu makan, mual/muntah.

Tanda : Distensi abdomen, hiperaktif bunyi usus, kulit kering dengan turgor buruk.

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi). Urutan pemeriksaan berjalan secara logis dari kepala ke kaki.

a) Keadaan Umum

Observasi tingkat distress pasien. Tingkat kesadaran harus dicatat dan dijelaskan. Evaluasi terhadap kemampuan pasien untuk berpikir secara logis sangat penting dilakukan karena merupakan cara untuk menentukan apakah oksigen mampu mencapai otak (perfusi otak). Kesadaran klien perlu dinilai secara umum yaitu composmentis, apatis, somnolen, sopor, soporokomatous, atau koma.

b) Pemeriksaan Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri. Tekanan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti curah jantung, ketegangan arteri, dan volume, laju serta kekentalan (viskositas) darah. Tekanan darah biasanya digambarkan sebagai rasio tekanan sistolik terhadap tekanan diastolik, dengan nilai dewasa normalnya berkisar dari 100/60 sampai 140/90.

c) Pemeriksaan Nadi

Pada pemeriksaan nadi dilakukan penilaian palpasi meliputi frekuensi, dan irama. Pada penderita pneumonia menunjukkan frekuensi nadi meningkat, serta irama nadi tidak teratur.

#### d) Pemeriksaan Vena Jugularis

Perkiraan fungsi jantung kanan dapat dibuat dengan mengamati denyutan vena jugularis di leher. Ini merupakan cara memperkirakan tekanan vena sentral, yang mencerminkan tekanan akhir diastolik atrium kanan atau ventrikel kanan (tekanan sesaat sebelum kontraksi ventrikel kanan). Vena jugularis diinspeksi untuk mengukur tekanan vena yang dipengaruhi oleh volume darah, kapasitas atrium kanan untuk menerima darah dan mengirimkannya ke ventrikel kanan, dan kemampuan ventrikel kanan untuk berkontraksi dan mendorong darah ke arteri pulmoner.

#### e) Pemeriksaan Jantung

##### (1) Inspeksi

Pada bentuk dada “Veussure Cardiac” terdapat penonjolan setempat yang lebar di daerah precordium, di antara sternum dan apeks cordis. Kadang-kadang memperlihatkan pulsasi jantung.

##### (2) Palpasi

Impuls apical terkadang dapat pula di palpasi. Normalnya terasa sebagai denyutan ringan, dengan diameter 1 sampai 2 cm. Telapak tangan mula-mula digunakan untuk mengetahui ukuran dan kualitasnya.

Bila impuls apical lebar dan kuat, dinamakan sembulan (heave) atau daya angkat ventrikel kiri.

(3) Perkusi

Kegunaan perkusi adalah menentukan batas-batas jantung.

(4) Auskultasi

Pemeriksaan auskultasi jantung meliputi pemeriksaan bunyi jantung, bising jantung.

f) Pemeriksaan Paru-paru

Pada semua kelompok umur, akan dijumpai adanya napas cuping hidung. Pada auskultasi, dapat terdengar pernapasan menurun. Gejala lain adalah dull (redup) pada perkusi, vokal fremitus menurun, suara napas menurun. Iritasi pleura akan mengakibatkan nyeri dada, bila berat dada menurun waktu inspirasi. Pemeriksaan berfokus pada bagian thorak yang mana dilakukan dengan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi dan di dapatkan hasil sebagai berikut :

(1) Inspeksi

Perlu diperhatikan adanya takipnea, dispnea, sianosis, pernapasan cuping hidung, distensi abdomen, batuk semula non-produktif menjadi produktif serta nyeri dada saat menarik napas.

(2) Palpasi

Suara redup pada sisi yang sakit, fremitus teraba meningkat pada sisi yang sakit, nadi mungkin mengalami peningkatan (takikardia).

(3) Perkusi

Suara redup pada sisi yang sakit.

(4) Auskultasi

Dengan stetoskop akan terdengar bunyi napas tambahan seperti mengi/wheezing, dan ronchi, suara napas berkurang, ronchi halus pada sisi yang sakit, dan ronchi basah pada masa resolusi. Pernapasan bronkial, bronkofoni, kadang-kadang terdengar bising gesek pleura.

3) Tabulasi Data

Kelemahan, kelelahan, penurunan toleransi terhadap aktivitas, riwayat adanya gagal jantung kiri kronis, takikardia, penampilan kemerahan atau pucat, sakit kepala daerah frontal, nyeri dada (pleuritik), nyeri meningkat oleh batuk, takipnea, dispnea, pernapasan dangkal, penggunaan otot aksesori, pelebaran nasal, sputum (merah muda, berkarat atau purulen), perkusi (pekak diatas area yang konsolidasi), fremitus (taktil dan vokal bertahap meningkat dengan konsolidasi), gesekan friksi pleural, bunyi napas (menurun atau tidak ada diatas area

yang terlibat, atau napas bronchial), bunyi napas tambahan seperti mengi/wheezing, dan ronkhi, suara napas berkurang, warna (pucat atau sianosis bibir dan kuku), demam (misal, 38,5°C-40°C), berkeringat, menggigil berulang, kehilangan nafsu makan, mual/muntah, distensi abdomen, hiperaktif bunyi usus, kulit kering dengan turgor buruk.

#### 4) Klasifikasi Data

Data Subjektif : Dispnea, ortopnea, nafsu makan menurun, kelelahan, kelemahan

Data Objektif : Pernapasan cuping hidung, takipnea, bradipnea, penggunaan otot aksesori, PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun, PO<sub>2</sub> menurun, takikardia, bunyi napas tambahan, sianosis, gelisah, pola napas abnormal (cepat/lambat, reguler/ireguler, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (pucat, kebiruan/sianosis), batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, wheezing/ronkhi, sianosis, nyeri dada substernal (influenza), suhu tubuh meningkat, kulit kering dengan turgor kulit menurun, Kulit terasa hangat, berkeringat, menggigil, suhu tubuh diatas nilai normal (misal, 38,5-40°C), berat badan menurun, mual/muntah,

distensi abdomen, hiperaktif bunyi usus, membran mukosa pucat, penurunan toleransi terhadap aktivitas.

### 5) Analisa Data

Tabel 2.1. Tabel Analisa Data

Sign/Symptom	Etiologi	Problem
DS : Dispnea, ortopnea DO: Takipnea, bradipnea, penggunaan otot aksesori.	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
DS : Dispnea DO: PCO2 meningkat / menurun, PO2 menurun, takikardia, bunyi napas tambahan, sianosis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat / lambat, reguler / ireguler, dalam / dangkal), warna kulit abnormal (pucat, kebiruan / sianosis).	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran gas
DS : Dispnea, ortopnea DO : Batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, wheezing/ronkhi, sianosis.	Peningkatan produksi sputum	Bersihan jalan napas tidak efektif
DS : - DO : Kulit terasa hangat, berkeringat, menggigil, suhu tubuh diatas nilai normal (misal, 38,5-40°C)	Stimulasi pusat termoregulasi hipotalamus	Hipertermi
DS : Nafsu makan menurun DO : Berat badan menurun, mual/muntah, distensi abdomen, hiperaktif bunyi usus, membran mukosa pucat.	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit nutrisi
DS : Kelelahan, kelemahan, dispnea saat/setelah beraktivitas DO : Penurunan toleransi terhadap aktivitas, takikardia, sianosis.	Kelelahan	Intoleransi aktivitas

- 6) Prioritas Masalah
- a) Gangguan pertukaran gas
  - b) Pola napas tidak efektif
  - c) Bersihan jalan napas tidak efektif
  - d) Hipertermi
  - e) Defisit nutrisi
  - f) Intoleransi aktivitas

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler ditandai dengan :

DS : Dispnea

DO : PCO<sub>2</sub> meningkat / menurun, PO<sub>2</sub> menurun, takikardia, bunyi napas tambahan, sianosis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat / lambat, reguler / ireguler, dalam / dangkal), warna kulit abnormal (pucat, kebiruan / sianosis).

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan :

DS : Dispnea, ortopnea

DO : Pernapasan cuping hidung, takipnea, bradipnea, penggunaan otot aksesori.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan :

DS : Dispnea, ortopnea

DO :Batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, wheezing/ronkhi,  
sianosis, nyeri dada substernal (influenza)

d. Hipertermi berhubungan dengan stimulasi pusat termoregulasi hipotalamus ditandai dengan :

DS : -

DO : Kulit terasa hangat, berkeringat, menggigil, suhu tubuh diatas nilai normal (misal, 38,5-40°C)

e. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan :

DS : Nafsu makan menurun

DO: Berat badan menurun, mual/muntah, distensi abdomen, hiperaktif bunyi usus, membran mukosa pucat, malnutrisi.

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan ditandai dengan :

DS : Kelelahan, kelemahan, dispnea saat/setelah beraktivitas

DO : Penurunan toleransi terhadap aktivitas, takikardia, sianosis.

### **3. Intervensi Keperawatan**

a. Diagnosa 1 : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pertukaran gas dapat diatasi dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, pusing menurun,

napas cuping hidung menurun, dan pola napas membaik.

Intervensi : Pemantauan Respirasi

Mandiri :

1) Auskultasi bunyi napas

Rasional : menyatakan adanya kongesti paru atau pengumpulan sekresi menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjut

2) Ajarkan pasien batuk efektif dan napas dalam

Rasional : membersihkan jalan napas dan memudahkan aliran oksigen

3) Observasi warna kulit, membran mukosa dan kuku, catat adanya sianosis perifer (kuku).

Rasional : Sianosis kuku menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam/menggigil. Namun sianosis daun telinga, membran mukosa dan kulit sekitar mulut (membran hangat) menunjukkan hipoksemia sistemik.

4) Kaji status mental.

Rasional : gelisah, mudah terangsang, bingung dan somnolen dapat menunjukkan hipoksemia/penurunan oksigenasi serebral.

5) Awasi frekuensi jantung/irama.

Rasional : takikardia biasanya ada sebagai akibat demam/dehidrasi tetapi dapat sebagai respon terhadap hipoksemia.

6) Awasi suhu tubuh sesuai indikasi. Bantu tindakan kenyamanan untuk menurunkan demam dan menggigil, misalnya selimut tambahan/menghilangkannya, suhu ruangan nyaman, kompres hangat atau dingin.

Rasional : demam tinggi (umum pada pneumonia bakterial dan influenza) sangat meningkatkan kebutuhan metabolik dan kebutuhan oksigen dan mengganggu oksigenasi seluler.

7) Pertahankan istirahat tidur. Dorong menggunakan teknik relaksasi dan aktivitas senggang.

Rasional : Mencegah terlalu lelah dan menurunkan kebutuhan/konsumsi oksigen untuk memudahkan perbaikan infeksi.

8) Tinggikan kepala dan dorong sering mengubah posisi, napas dalam dan batuk efektif.

Rasional : tindakan ini meningkatkan inspirasi maksimal, meningkatkan pengeluaran sekret, untuk memperbaiki ventilasi.

Kolaborasi :

1) Berikan terapi oksigen dengan benar, misalnya dengan nasal prong, masker, masker venturi.

Rasional : tujuan terapi oksigen adalah mempertahankan PaO<sub>2</sub> diatas 60 mmHg. Oksigen diberikan dengan metode yang memberikan pengiriman tepat dalam toleransi pasien.

2) Berikan obat sesuai indikasi

Bronkodilator, contoh Aminofilin

Rasional : meningkatkan aliran oksigen dengan mendilatasi jalan napas dan mengeluarkan efek diuretik ringan untuk menurunkan kongesti paru.

b. Diagnosa 2 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat diatasi dengan kriteria hasil dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, ortopnea menurun, pernapasan cuping hidung menurun, kedalaman napas membaik.

Intervensi : Manajemen jalan napas

Observasi :

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

Rasional : Terlihat penggunaan otot bantu untuk bernapas. Pola napas yang tidak teratur mungkin patologis (mis. Dispnea, ekspirasi yang lama)

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing/ronkhi)

Rasional : mengungkapkan adanya kongesti paru atau kumpulan sekret, menunjukkan perlunya intervensi lebih lanjut.

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional : produksi sputum berlebih dapat menyebabkan obstruksi jalan napas

Terapeutik :

1) Berikan oksigen

Rasional : meningkatkan oksigen yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia dan iskemia

2) Posisikan semi fowler atau fowler

Rasional : mengurangi konsumsi oksigen dan memaksimalkan ekspansi paru

3) Berikan minum hangat

Rasional : pemasukan tinggi cairan membantu untuk mengencerkan secret sehingga mudah dikeluarkan.

Edukasi :

1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontra indikasi

Rasional : untuk memenuhi asupan cairan dalam tubuh

2) Ajarkan batuk efektif

Rasional : membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektorat, mukolitik jika perlu

Rasional : meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkhial sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara dan menurunkan kekentalan secret.

- c. Diagnosa 3 : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil menunjukkan jalan napas paten dengan bunyi napas bersih, tak ada dispnea, dan sianosis.

Intervensi : Manajemen jalan napas

Mandiri :

- 1) Kaji frekuensi/kedalaman pernapasan dan gerak dada.

Rasional : Takipnea, pernapasan dangkal, dan gerak dada tak simetris sering terjadi karena ketidaknyamanan gerakan dinding dada dan/atau cairan paru.

- 2) Auskultasi area paru, catat arena penurunan/tak ada aliran udara dan bunyi napas adventisius, misal : krekels, mengi.

Rasional : Penurunan aliran udara terjadi pada area konsolidasi dengan cairan. Bunyi napas bronchial (normal pada bronkus) dapat terjadi juga pada area konsolidasi. Krekels, ronki dan mengi terdengar pada inspirasi dan/atau ekspirasi pada respons terhadap pengumpulan cairan, sekret kental dan spasme jalan napas/obstruksi.

- 3) Bantu pasien latihan napas sering. Tunjukkan/bantu pasien mempelajari melakukan batuk, misal : menekan dada dan batuk efektif sementara posisi batuk tinggi.

Rasional : Napas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru/jalan napas lebih kecil. Batuk adalah mekanisme pembersihan jalan napas alami, membantu silia untuk mempertahankan jalan napas paten. Penekanan menurunkan ketidaknyamanan dada dan posisi duduk memungkinkan upaya napas lebih dalam dan lebih kuat.

- 4) Penghisapan sesuai indikasi

Rasional : Merangsang batuk atau pembersihan jalan napas secara mekanik pada pasien yang tidak mampu melakukan karena batuk tak efektif atau penurunan tingkat kesadaran.

- 5) Berikan cairan sedikitnya 2.500 ml/hari (kecuali kontraindikasi). Tawarkan air hangat, dari pada dingin.

Rasional : Cairan (khususnya air hangat) memobilisasi dan mengeluarkan secret.

Kolaborasi :

- 1) Bantu mengawasi efek pengobatan nebuliser dan fisioterapi. Lakukan tindakan diantara waktu makan dan batasi cairan bila mungkin.

Rasional : Memudahkan pengenceran dan pembuangan sekret.  
Koordinasi pengobatan/jadwal dan masukan oral menurunkan muntah karena batuk, pengeluaran sputum.

- 2) Berikan obat sesuai indikasi: mukolitik, ekspektoran, bronkodilator, analgesik.

Rasional : Alat untuk menurunkan spasme bronkus dengan mobilisasi sekret. Analgesik diberikan untuk memperbaiki batuk dengan menurunkan ketidaknyamanan tetapi harus digunakan secara hati-hati, karena dapat menurunkan upaya batuk/menekan pernapasan.

- 3) Berikan cairan tambahan, misal : IV, oksigen humidifikasi, dan ruangan humidifikasi.

Rasional : Cairan diperlukan untuk menggantikan kehilangan dan memobilisasi sekret.

- 4) Awasi seri sinar X dada, nadi oksimetri.

Rasional : Mengevaluasi kemajuan dan efek proses penyakit dan memudahkan pilihan terapi yang diperlukan.

- 5) Bantu bronkoskopi/torasentesis bila diindikasikan

Rasional : Kadang-kadang diperlukan untuk membuang perlengketan mukosa, mengeluarkan sekresi purulen, dan/atau mencegah atelektasis.

d. Diagnosa 4 : Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil menunjukkan suhu tubuh membaik, menggigil menurun, suhu kulit membaik, tekanan darah membaik.

Intervensi : Manajemen hipertermi

1) Berikan cairan oral

Rasional : mengganti cairan yang hilang

2) Lakukan pendinginan eksternal (misalnya kompres dingin pada dahi, aksila dan lipatan paha).

Rasional : vasodilatasi sehingga terjadi penguapan lebih cepat.

3) Sediakan lingkungan yang dingin

Rasional : memudahkan dalam poses penguapan

4) Monitor suhu tubuh

Rasional : mengetahui keadaan umum klien dan peningkatan suhu tubuh.

5) Monitor kadar elektrolit

Rasional : mendeteksi secara dini kekurangan cairan serta mengetahui keseimbangan cairan elektrolit dalam tubuh.

6) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

Rasional : pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu yang tinggi sehingga bisa mengganti cairan yang hilang.

e. Diagnosa 5 : Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil menunjukkan peningkatan nafsu makan, mempertahankan / meningkatkan berat badan.

Intervensi : Manajemen nutrisi

1) Berikan wadah tertutup untuk sputum dan buang sesering mungkin. Bantu kebersihan mulut setelah muntah, setelah tindakan aerosol, drainase postural dan sebelum makan.

Rasional : Menghilangkan tanda bahaya, rasa, bau dari lingkungan pasien dan dapat menurunkan mual.

2) Berikan perawatan oral sering, buang sekret, berikan wadah khusus untuk sekali pakai dan tisu.

Rasional : Rasa tak enak, bau dan penampilan adalah pencegah utama terhadap nafsu makan dan dapat membuat mual dan muntah dengan peningkatan kesulitan napas.

3) Hindari makanan yang sangat panas atau sangat dingin.

Rasional : Suhu ekstrim dan mencetuskan/dan meningkatkan spasme batuk.

4) Berikan makan porsi kecil dan sering termasuk makanan kering (roti panggang) atau makanan yang menarik untuk pasien.

Rasional : tindakan ini dapat meningkatkan masukan meskipun nafsu makan mungkin lambat untuk kembali.

5) Auskultasi bunyi usus, observasi/palpasi distensi abdomen.

Rasional : bunyi usus mungkin menurun/tak ada bila proses infeksi berat/memanjang. Distensi abdomen terjadi sebagai akibat menelan udara atau menunjukkan pengaruh toksin bakteri.

6) Evaluasi status nutrisi umum, ukur berat badan dasar.

Rasional : adanya kondisi kronis atau keterbatasan keuangan dapat menimbulkan malnutrisi, rendahnya tahanan terhadap infeksi, atau lambatnya respon terhadap terapi.

f. Diagnosa 6 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas yang dapat diukur dengan tak adanya dispnea, kelemahan menurun, dan tanda vital dalam rentang normal.

Intervensi : Manajemen energi

1) Evaluasi respons pasien terhadap aktivitas, catat laporan dispnea, peningkatan kelemahan/kelelahan dan perubahan tanda vital selama dan setelah aktivitas.

Rasional : Menetapkan kemampuan/kebutuhan pasien dan memudahkan pilihan intervensi.

2) Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut sesuai indikasi. Dorong penggunaan manajemen stres dan pengalih yang tepat.

Rasional : menurunkan stres dan rangsangan berlebih, meningkatkan istirahat.

3) Jelaskan pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istirahat.

Rasional : tirah baring dipertahankan selama fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolik, menghemat energi untuk penyembuhan.

4) Bantu pasien memilih posisi nyaman untuk istirahat dan tidur.

Rasional : pasien mungkin nyaman dengan kepala tinggi, tidur di kursi, atau menunduk ke depan meja atau bantal.

5) Berikan bantuan dalam aktivitas perawatan diri sesuai indikasi.

Rasional : pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien tanpa mempengaruhi stres atau kebutuhan oksigen berlebih.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada

kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan.

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Desain Studi Kasus**

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya pasien, keluarga, kelompok, dan komunitas. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien Pneumonia.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subjek studi kasus yang digunakan pada asuhan keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang telah diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komperhensif dan holistic Tn. A. R dengan Pneumonia di RSUD Ende.

### C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3.1. Definisi operasional

No.	Istilah	Definisi
1	Pneumonia	Pneumonia merupakan radang paru yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, dan jamur yang mengakibatkan infeksi pada saluran pernapasan dan jaringan paru (alveoli).
2	Asuhan Keperawatan	Asuhan keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

### D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus telah dilaksanakan pada Tn. A. R di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada tanggal 16-18 Agustus 2024.

### E. Prosedur Studi Kasus

Adapun tahapan proses studi kasus yaitu :

1. Mengajukan surat permohonan izin kepada Direktur rumah sakit umum daerah Ende
2. Setelah disetujui oleh Direktur rumah sakit Ende, kemudian mengajukan izin kepada kepala ruangan penyakit dalam untuk melakukan studi kasus
3. Memilih pasien untuk dijadikan subjek penilaian sesuai dengan judul yang akan diteliti, setelah itu dilanjutkan dengan membuat inform consent.
4. Melakukan studi kasus mulai dari pengkajian sampai evaluasi yang meliputi pengumpulan data dengan dilakukan pemeriksaan fisik pada

pasien dengan metode head to toe melalui pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA)

## **F. Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Wawancara**

Wawancara dipergunakan untuk pengumpulan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai identitas pasien, keluhan utama, riwayat keluhan utama, status kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, diagnosa medis dan terapi yang didapatkan sebelumnya, pola persepsi dan manajemen kesehatan, pola nutrisi metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola kognitif dan persepsi, pola persepsi dan konsep diri, pola tidur dan istirahat, pola hubungan dan peran, pola toleransi stress- koping, pola nilai-kepercayaan.

### **2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik**

Observasi pada Tn. A. R bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, thermometer dan tensi meter.

### 3. Studi Dokumentasi

Studi kasus dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan pasien.

## **G. Instrument Pengumpulan Data**

Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

## **H. Keabsahan Data**

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan actual. Pada studi kasus ini data diperoleh :

### 1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

### 2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien yang mengerti dan dekat dengan klien yang meliputi riwayat penyakit keluarga dan perawatan klien di rumah dan dilaporkan ke petugas kesehatan dan rekam medis.

## **I. Analisa Data**

Analisa data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif, kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien pneumonia.

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit tipe C milik pemerintah yang berada di jalan Prof Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende memiliki berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti : instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat, unit penunjang medis, unit penunjang non medis. Instalasi rawat jalan terdiri dari : poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli gigi dan poli fisioterapi. Instalasi rawat inap terdiri dari ruangan perawatan penyakit dalam I & II, ruangan perawatan penyakit dalam III dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien yang memiliki penyakit dalam dengan jumlah ruangan ada 3 dan kapasitas untuk penampungan 6-7 orang dalam satu ruangan, ruangan perawatan kandungan dan kebidanan, ruangan perawatan anak, ruangan perawatan perinatal, ruang rawat intensif (ICU), ruangan paviliun dan ruangan perawatan khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, ruangan bedah sentral, ruangan bersalin/VK, elektromedis, dan fisioterapi. Sedangkan unit penunjang medis terdiri dari : bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian pelayanan keperawatan/kebidanan. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

(IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oksigen, dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

## **2. Pengkajian**

Pada tanggal 16 Agustus 2024

### **a. Pengumpulan Data**

#### 1) Identitas Klien

Nama Tn. A. R usia 61 tahun, klien beragama Islam, status klien sudah menikah, Pendidikan terakhir SD, Pekerjaan Petani. Klien tinggal di Pu'ukungu-Nangapanda, masuk rumah sakit pada tanggal 15 Agustus 2024 dengan Diagnosa Medis Pneumonia. Penanggung Jawab klien Tn. A. R usia 24 tahun, hubungan dengan klien anak kandung, alamat di Pu'ukungu-Nangapanda.

#### 2) Status Kesehatan

##### a) Status Kesehatan Saat Ini

##### (1) Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak napas dan batuk.

##### (2) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak napas dan batuk sejak 2 hari yang lalu, badan terasa lemah, kaki kiri dan kanan terasa sakit dan lemah.

### (3) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit

#### Saat Ini

Klien mengatakan pada tanggal 14 Agustus 2024 dari jam 15:00-17:00 klien duduk di teras seperti biasa dan memandangi anak-anak main bola di halaman rumah, saat menjelang maghrib, klien masuk ke dalam rumah untuk mandi dan siap-siap melaksanakan sholat Maghrib. Setelah sholat, klien duduk baca Al-qur'an di ruang tamu, tanpa di sadari anak tertuanya ikut duduk sambil menghisap rokok, hal itulah yang membuat klien merasa sesak dan batuk. Pukul 21:40 kondisi klien semakin sesak napas dan keluarga memutuskan langsung membawa klien ke Puskesmas Nangapanda pada pukul 22:00 dan klien langsung dirujuk ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah Ende pada tanggal 15 Agustus 2024 pukul 02:00 WITA. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter, klien di diagnosa Pneumonia. Setelah mendapatkan perawatan di IGD, klien langsung dipindahkan ke Ruangan Penyakit Dalam III pada pukul 15:40 untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

b) Status Kesehatan Masa Lalu

(1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit asma dan stroke. Untuk penyakit stroke pernah diperiksa 2 tahun lalu yaitu pada tahun 2022, dan penyakit asma pernah diperiksa pada bulan Februari tahun 2024.

(2) Pernah Dirawat

Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat baik di Rumah Sakit maupun Puskesmas.

(3) Alergi

Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi baik makanan maupun obat-obatan.

(4) Kebiasaan (Merokok/Kopi/Alkohol)

Klien mengatakan sebelum sakit sering merokok dan suka minum kopi, dan mulai berhenti merokok saat dirinya sakit.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan di keluarganya ada yang mengalami penyakit asma yaitu saudari dan anak perempuannya.

3) Pola Kebutuhan Dasar (Data bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui bahwa klien memiliki riwayat penyakit asma, dan selalu melakukan pemeriksaan difasilitas kesehatan.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum Sakit : klien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dan porsi yang dihabiskan 1-2 piring penuh. Jenis makanan klien yaitu nasi, ubi, sayur (suka makan sayur yang berkuah), pisang, lauk (ikan, daging). Klien biasa minum air putih 7-8 gelas sehari  $\pm$  1.500-1.750 CC, minum kopi pagi dan sore 2 gelas/hari  $\pm$  500 CC.

Saat Sakit : klien mengatakan saat sakit makan 2 kali sehari, dan menghabiskan 3-5 sendok porsi makan yang disediakan, jenis makanannya : nasi, sayur, lauk dan juga buah pisang. Klien minum air putih 7-8 gelas/hari  $\pm$  1.500-1.750 CC. Klien mengatakan merasa mual dan tidak ada selera untuk makan.

c) Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : klien mengatakan BAB 1-2 kali dalam sehari dengan warna BAB kuning, konsistensi lunak dan tidak ada keluhan saat BAB. Klien mengatakan BAK 6-7 kali dalam sehari, warna kuning dan tidak ada keluhan.

Saat Sakit : klien mengatakan selama sakit BAB 1 kali dengan warna BAB kuning, konsistensi lunak dan tidak ada keluhan saat BAB dan BAK 5-6 kali dalam sehari, warna kuning dan tidak ada keluhan saat BAK.

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Sakit : klien mengatakan pekerjaannya adalah petani dan setiap hari klien kerja kebun. Semua aktivitasnya bisa dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan lemah, pusing dan sesak napas.

Saat Sakit : klien mengatakan badannya lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.

e) Pola Kognitif dan Persepsi

Klien mengatakan tidak ada gangguan baik penglihatan, pendengaran maupun daya ingat.

f) Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum Sakit : klien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur  $\pm$  6-8 jam, malam tidurnya dari jam 22:00-06:00, klien tidur dengan nyenyak, kebiasaan klien sebelum tidur yaitu

menonton TV dan saat siang hari klien jarang untuk tidur karena harus kerja kebun.

Saat Sakit : klien mengatakan lebih sering tidur. Malam tidurnya dari jam 20:00-06:00, sesekali terbangun karena ingin BAK dan klien mengatakan tidur siang  $\pm$  2-3 jam.

g) Pola Peran Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan keluarga dan orang-orang disekitar sangat baik. Klien mengatakan selalu berperan aktif dilingkungan masyarakat baik dalam kegiatan rohani maupun jasmani.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : Composmentis

GCS : 15  $\rightarrow$  Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6

b) Tanda-tanda vital

TD : 128/62 mmHg

N : 85  $\times$ /menit

RR : 24  $\times$ /menit

S : 36,7  $^{\circ}$ C

SPO<sup>2</sup> : 95 %

c) BB → sebelum sakit : 65 kg, saat sakit : 50 kg

TB : 168 cm

$$(1) \text{ IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB (m}^2\text{)}}$$

$$= \frac{50}{2,82}$$

$$= 17,73$$

(2) BB Ideal

$$= (\text{TB}-100) - (\text{TB}-100) \times 10\%$$

$$= (168-100) - (168-100) \times 10\%$$

$$= 68 - 6,8$$

$$= 61,2 \text{ kg}$$

d) Head To Toe

(1) Kepala dan Leher :

(a) Rambut.

Inspeksi : tampak bersih, berwarna hitam dan sedikit uban

Palpasi : tidak ada benjolan ataupun luka.

(b) Wajah

Inspeksi : bentuk wajah simetris

(c) Mata

Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik.

(d) Telinga

Inspeksi : tidak ada cairan, tidak ada gangguan pendengaran.

(e) Hidung

Inspeksi : berbentuk simetris, tidak ada sekret, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm.

(f) Mulut

Inspeksi : mukosa bibir kering, tidak ada gigi berlubang.

(g) Leher

Inspeksi : tampak bersih

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

(2) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris, ada retraksi dinding dada, frekuensi napas 24 x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Auskultasi : bunyi napas wheezing

(3) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Perkusi : terdapat bunyi tympani

Auskultasi : bising usus 35 x/menit.

(4) Integumen

Inspeksi : kulit tampak pucat

(5) Ekstremitas

(a) Ekstremitas Atas

Inspeksi : CRT  $\geq$  2 detik, tangan kanan dan kiri bisa digerakkan dan tidak ada kelainan, terpasang infus Dextrose 0,5% 10 tpm pada tangan kanan, kekuatan otot tangan kanan dan kiri 5 (mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh).

(b) Ekstremitas Bawah

Inspeksi : tidak terdapat edema, kaki kanan dan kiri tampak lemah, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah Lengkap (15 Agustus 2024)

**Tabel 4.1. Pemeriksaan Darah Lengkap**

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	4.5	$10^3/uL$	4.0 - 10.0
LYM	1.1	$10^3/uL$	0.8 - 4.0
MID	0.2	$10^3/uL$	0.1 - 1.5
GRA	3.2	$10^3/uL$	2.0 - 7.0
LYM %	23.6	%	20.0 - 40.0
MID %	5.1	%	3.0 - 15.0
GRA %	71.3 <sup>+</sup>	%	50.0 - 70.0
RBC	4.42	$10^6/uL$	4.00 - 5.00
HGB	12.9 <sup>-</sup>	g/dL	14.0 - 16.0
HCT	39.1 <sup>-</sup>	%	40.0 - 54.0
MCV	88.4	fL	80.0 - 100.0
MCH	29.2	pg	27.0 - 34.0
MCHC	33.0	g/dL	32.0 - 36.0
RDW	12.9	%	11.0 - 16.0
PLT	78 <sup>-</sup>	$10^3/uL$	150 - 400
MPV	9.9	fL	6.5 - 12.0

b) Pemeriksaan Faal Hati

**Tabel 4.2. Pemeriksaan Faal Hati.**

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Nilai Rujukan
SGOT/AST	15 Agustus 2024	29.8	0 - 35 u/L
SGPT/ALT	15 Agustus 2024	16.2	4 - 36 u/L

c) Pemeriksaan Faal Ginjal

**Tabel 4.3. Pemeriksaan Faal Ginjal.**

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Nilai Rujukan
UREUM	15 Agustus 2024	36.5	10 - 50 mg/dL
CREATININ	15 Agustus 2024	1.2	0.6 - 1.2 mg/dL

6) Penatalaksanaan/pengobatan

**Tabel 4.4. Penatalaksanaan/pengobatan.**

<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Cara Pemberian</b>	<b>Indikasi</b>	<b>Kontra Indikasi</b>
Ambroxol	3 × 1 mg	Oral	Agen mukolitik atau pengencer dahak.	Tidak memiliki kontra indikasi, namun hindari penggunaan pada penderita tukak lambung dan hipersensitivitas atau alergi terhadap ambroxol.
Ceftriaxone	2 × 1 gr	IV	Untuk mengatasi infeksi bakteri.	Pasien yang hipersensitivitas dan bayi prematur atau di bawah usia empat minggu juga tidak dianjurkan untuk menggunakan injeksi antibiotik ini.
Ondansetron	3 × 4 mg	IV	Untuk mencegah mual dan muntah.	Pasien yang hipersensitivitas terhadap ondansetron .
Ranitidin	2 × 50 mg	IV	Untuk mengobati gejala akibat produksi asam lambung berlebih.	Pasien yang hipersensitivitas terhadap obat ranitidin.
Nebulizer ventolin	3 × 1 ml	Inhalasi	Untuk mengobati penyakit pada saluran pernapasan.	Pasien yang hipersensitivitas terhadap ventolin.

## **b. Tabulasi Data**

Klien mengatakan sesak napas, batuk, badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri terasa lemah, memiliki riwayat penyakit asma dan stroke, lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kanan dan kiri saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan tidak ada selera untuk makan, merasa mual, dan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. Keadaan umum : klien tampak lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6). Tanda-tanda Vital : TD : 128/62 mmHg, Nadi : 85 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu : 36,7 °C, SPO<sub>2</sub> : 95 %, konjungtiva pucat, porsi makan yang dihabiskan 3-5 sendok, BB menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, BB : 50 kg, mukosa bibir kering, kulit tampak pucat, CRT  $\geq$  2 detik, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, bising usus 35 x/menit, terpasang infus Dextrose 0,5 % 10 tpm pada tangan kanan, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

### c. **Klasifikasi Data**

Berdasarkan hasil tabulasi, maka data kemudian diklasifikasikan kedalam 2 bagian yaitu :

**Data Subjektif** : Klien mengatakan sesak napas, batuk, badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri terasa lemah, memiliki riwayat penyakit asma dan stroke, lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kanan dan kiri saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan tidak ada selera untuk makan, merasa mual, dan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.

**Data Objektif** : Keadaan umum : klien tampak lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6). Tanda-tanda Vital : TD : 128/62 mmHg, Nadi : 85 ×/menit, RR : 24 ×/menit, Suhu : 36,7 °C, SPO<sup>2</sup> : 95 %, konjungtiva pucat, porsi makan yang dihabiskan 3-5 senduk, BB menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, BB : 50 kg, mukosa bibir kering, kulit tampak pucat, CRT  $\geq$  2 detik, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, bising usus 35 ×/menit, terpasang infus Dextrose 0,5 % 10 tpm pada tangan kanan, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

#### d. Analisa Data

**Tabel 4.5. Analisa Data**

<b>Sign/Symptom</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Problem</b>
<p><b>DS</b> : Klien mengatakan sesak napas  <b>DO</b> : Kulit tampak pucat, CRT <math>\geq</math> 2 detik, bunyi napas wheezing, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm, HGB : 12,9 g/dL, HCT : 39,1 %, TD: 128/62 mmHg, N : 85×/menit, RR : 24×/menit, S : 36,7 °C, SPO<sub>2</sub> : 95 %</p>	Perubahan membran alveolus-kapiler	Gangguan pertukaran gas
<p><b>DS</b> : Klien mengatakan sesak napas  <b>DO</b> : Ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm, TD: 128/62 mmHg, N : 85×/menit, RR : 24×/menit, S : 36,7 °C, SPO<sub>2</sub> : 95 %</p>	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
<p><b>DS</b> : Klien mengatakan batuk  <b>DO</b> : TD : 128/62 mmHg, N : 85×/menit, RR : 24×/menit, S : 36,7 °C, SPO<sub>2</sub> : 95 %</p>	Sekresi yang tertahan	Bersihan jalan napas tidak efektif
<p><b>DS</b> : Klien mengatakan merasa mual, tidak ada selera untuk makan  <b>DO</b> : Porsi makan yang dihabiskan 3-5 senduk, mukosa bibir kering, bising usus 35×/menit, terpasang infus, Dextrose 0,5% 10 tpm, BB menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, BB : 50 kg, TD : 128/62 mmHg, N : 85×/menit, RR : 24×/menit, S : 36,7 °C, SPO<sub>2</sub> : 95 %</p>	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit nutrisi
<p><b>DS</b> : Klien mengatakan badan terasa lemah, cepat lelah ketika melakukan aktivitas, kaki kanan dan kiri terasa lemah dan saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet, semua aktivitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, toileting, berpakaian dan berpindah.  <b>DO</b> : Klien tampak lemah dan lelah saat melakukan aktivitas, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).</p>	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

**e. Prioritas Masalah**

- 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.
- 2) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
- 3) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.
- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

**3. Diagnosa Keperawatan**

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler ditandai dengan :

**DS** : Klien mengatakan sesak napas

**DO** : Kulit tampak pucat, CRT  $\geq$  2 detik, bunyi napas wheezing, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm, HGB : 12,9 g/dL, PLT : 78 g/uL, TD: 128/62 mmHg, N : 85×/menit, RR : 24×/menit, S : 36,7 °C, SPO<sub>2</sub> : 95 %.

- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan :

**DS** : Klien mengatakan sesak napas

**DO** : Ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul, TD : 128/62 mmHg, N : 85×/menit, RR : 24×/menit, S : 36,7 °C, SPO<sub>2</sub> : 95 %.

- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan :

**DS** : Klien mengatakan batuk

**DO** : TD : 128/62 mmHg, N : 85×/menit, RR : 24×/menit, S : 36,7°C, SPO<sub>2</sub> : 95 %.

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan :

**DS** : Klien mengatakan merasa mual, tidak ada selera untuk makan

**DO** : Porsi makan yang dihabiskan 3-5 senduk, mukosa bibir kering, bising usus 35×/menit, terpasang infus Dextrose 0,5% 10 tpm, TD : 128/62 mmHg, N : 85×/menit, RR : 24×/menit, S : 36,7 °C, SPO<sub>2</sub> : 95 %.

- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

**DS** : Klien mengatakan badan terasa lemah, cepat lelah ketika melakukan aktivitas, kaki kanan dan kiri terasa lemah dan saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet, semua aktivitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, toileting, berpakaian dan berpindah.

**DO** : Klien tampak lemah dan lelah saat melakukan aktivitas, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

#### **4. Intervensi Keperawatan**

- a. Diagnosa 1 : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Dispneu menurun (5)
- 2) Frekuensi napas membaik (5)
- 3) Bunyi napas wheezing/mengi menurun (5)
- 4) Warna kulit membaik (5)

Intervensi : Pemantauan Respirasi

- 1) Monitor pola napas (Frekuensi, kedalaman)  
R / Seberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan napas.
- 2) Monitor saturasi oksigen  
R / Untuk mengetahui kadar oksigen dalam darah normal/tidak.
- 3) Berikan posisi semi fowler  
R / Dengan posisi semi fowler dapat mengurangi sesak napas.
- 4) Anjurkan teknik napas dalam  
R / Memudahkan saat bernapas

5) Kolaborasi pemberian oksigen.

R / Membantu pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien.

b. Diagnosa 2 : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Dispneu menurun (5)
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun (5)
- 3) Frekuensi napas membaik (5)
- 4) Bunyi napas wheezing/mengi menurun (5)

Intervensi : Manajemen Jalan Napas

1) Monitor pola napas (Frekuensi, kedalaman)

R / Seberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan napas.

2) Monitor bunyi napas tambahan (wheezing/mengi, ronchi)

R / Bunyi napas wheezing/mengi terdengar nyaring selama fase inspirasi dan ekspirasi yang berhubungan dengan aliran udara melalui jalan napas yang menyempit.

3) Berikan posisi semi fowler

R / Dengan posisi semi fowler dapat mengurangi sesak napas.

4) Anjurkan teknik napas dalam

R / Memudahkan saat bernapas

5) Penatalaksanaan terapi pemberian obat ceftriaxone 2 x 1 gr/Iv

R / Pemberian terapi obat ceftriaxone sudah sesuai dengan dosis dan dapat digunakan untuk mengobati pneumonia karena obat ini dapat mencegah pertumbuhan bakteri dalam tubuh.

6) Kolaborasi pemberian oksigen.

R / Membantu pemenuhan kebutuhan oksigen pada pasien.

c. Diagnosa 3 : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

diharapkan masalah bersihan jalan napas tidak efektif

dapat teratasi dengan kriteria hasil :

1) Produksi sputum menurun (5)

2) Dispnea menurun (5)

Intervensi : Manajemen Jalan Napas

1) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

R / Terjadi infeksi apabila sputum dengan warna kuning, hijau, putih atau kelabu dan terjadi edema paru apabila sputum berwarna merah mengandung darah dengan jumlah yang banyak.

2) Berikan posisi semi fowler

R / Memaksimalkan ekspansi paru dan pemasukan oksigen dalam tubuh.

3) Berikan air hangat

R / Air hangat dapat membantu mengencerkan dahak.

4) Anjurkan batuk efektif

R / Membantu mengeluarkan dahak.

5) Penatalaksanaan terapi pemberian obat ambroxol 3 x 1 mg/oral

R / Membantu pengeluaran dahak dan meredakan batuk.

d. Diagnosa 4 : Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

diharapkan masalah defisit nutrisi dapat teratasi dengan

kriteria hasil :

1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5)

2) Berat badan membaik (5)

3) Nafsu makan membaik (5)

4) Bising usus membaik (5)

5) Membran mukosa membaik (5)

Intervensi : Manajemen Nutrisi

1) Identifikasi status nutrisi

R / Menentukan derajat masalah dan membuat intervensi yang tepat.

2) Monitor asupan makanan

R / Mengetahui dan mempertahankan keseimbangan nutrisi tubuh.

3) Monitor berat badan

R / Mengetahui kecukupan dan nutrisi pasien.

4) Lakukan oral hygiene sebelum makan

R / Dapat meningkatkan nafsu makan.

5) Anjurkan diet yang di programkan

R / Dengan mematuhi diet yang di programkan agar mempercepat proses pemulihan.

e. Diagnosa 5 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

diharapkan masalah intoleransi aktifitas dapat teratasi

dengan kriteria hasil :

1) Mudah dalam melakukan aktivitas meningkat (5).

2) Keluhan lelah menurun (5).

Intervensi : Manajemen Energi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

R / Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan.

2) Anjurkan tirah baring.

R / Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi kembali.

3) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

R / Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi.

## **5. Implementasi Keperawatan**

**Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari pertama Jumat, 16 Agustus 2024 adalah sebagai berikut :**

### **Diagnosa Keperawatan 1**

Jam 07:30 mengukur tanda-tanda vital dan memonitor pola napas (Hasil : TD : 128/62 mmHg, N : 85×/menit, RR : 24×/menit, S : 36,7 °C, SPO<sup>2</sup> : 95 %, kesadaran composmentis, klien mengatakan sesak napas). Jam 08:20 memonitor saturasi oksigen dan CRT (Hasil : SPO<sup>2</sup> : 95% dan CRT ≥ 2 detik). Jam 10:00 memberikan posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 11:30 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (Hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang di ajarkan).

## **Diagnosa Keperawatan 2**

Jam 07:30 mengukur tanda-tanda vital dan memonitor pola napas (Hasil : TD : 128/62 mmHg, N : 85×/menit, RR : 24×/menit, S : 36,7 °C, SPO<sup>2</sup> : 95 %, kesadaran composmentis, klien mengatakan sesak napas dan merasa lemah). Jam 08:20 memonitor bunyi napas (Hasil : suara napas wheezing). Jam 09:00 melayani pemberian terapi obat injeksi ceftriaxone 2 x 1 gr/Iv. Jam 10:00 memberikan posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 11:30 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (Hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang di ajarkan).

## **Diagnosa Keperawatan 3**

Jam 08:50 mengajarkan batuk efektif pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut sebanyak 2-3 kali, pada tarikan napas yang terakhir ditahan selama 1-2 detik, angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan lalu keluarkan dahak (Hasil : klien tampak mengikuti arahan yang diberikan). Jam 09:30 memberikan air minum hangat untuk mengencerkan dahak. Jam 10:00 melayani pemberian terapi nebulizer ventolin 3x1 ml/inhalasi. Jam 11:15 memosisikan pasien semi fowler (Hasil : klien mengatakan merasa

nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:05 memonitor sputum (Hasil : klien tampak batuk untuk mengeluarkan sputum tetapi sputum belum bisa dikeluarkan). Jam 13:00 melayani pemberian terapi obat ambroxol 3x1 mg/oral.

#### **Diagnosa Keperawatan 4**

Jam 08:55 mengidentifikasi status nutrisi (Hasil : klien mengatakan tidak ada selera untuk makan, makanan yang dimakan 3-5 sendok). Jam 09:25 memonitor asupan makanan (Hasil : klien mengatakan di rumah sakit klien mengkonsumsi makanan seperti nasi, sayur, ikan, dan buah pisang). Jam 09:45 memonitor berat badan (Hasil : belum ada peningkatan berat badan, BB : 50 kg). Jam 10:35 melakukan oral hygiene sebelum makan (Hasil : klien mengatakan mau dilakukan tindakan oral hygiene). Jam 11:00 melayani pemberian terapi injeksi obat ranitidin 2 x 50 mg/Iv. Jam 11:45 menganjurkan diet yang di programkan (Hasil : klien diet tinggi kalori dan tinggi protein).

#### **Diagnosa Keperawatan 5**

Jam 10:50 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : klien mengatakan badan masih lemah dan terasa cepat lelah setelah beraktifitas). Jam 11:35 menganjurkan kepada klien untuk tirah baring. Jam 12:35 menganjurkan klien untuk melakukan aktifitas secara bertahap yaitu dengan miring kiri dan miring kanan.

**Tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada hari kedua Sabtu, 17 Agustus 2024 adalah sebagai berikut :**

**Diagnosa Keperawatan 1**

Jam 07:10 mengukur tanda-tanda vital (Hasil : TD : 119/85 mmHg, N : 87x/menit, RR : 24x/menit, S : 36,9 °C, SPO<sup>2</sup> : 95 %). Jam 08:00 memonitor pola napas (Hasil : klien mengatakan masih sesak napas). Jam 09:20 memonitor saturasi oksigen dan CRT (Hasil : SPO<sup>2</sup> : 96% dan CRT ≥ 2 detik). Jam 11:00 memberikan posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:15 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (Hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang di ajarkan).

**Diagnosa Keperawatan 2**

Jam 07:10 mengukur tanda-tanda vital (Hasil : TD : 119/85 mmHg, N : 87x/menit, RR : 24x/menit, S : 36,9 °C, SPO<sup>2</sup> : 95 %). Jam 08:00 memonitor pola napas (Hasil : klien mengatakan masih sesak napas dan merasa lemah). Jam 08:20 memonitor bunyi napas (Hasil : suara napas wheezing). Jam 09:00 melayani pemberian terapi obat injeksi ceftriaxone 2 x 1 gr/Iv. Jam 11:00 memberikan posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:15 mengajarkan teknik napas dalam pada klien

untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (Hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang di ajarkan).

### **Diagnosa Keperawatan 3**

Jam 07:40 mengajarkan batuk efektif pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut sebanyak 2-3 kali, pada tarikan napas yang terakhir ditahan selama 1-2 detik, angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan lalu keluarkan dahak (Hasil : klien tampak mengikuti arahan yang diberikan). Jam 10:00 melayani pemberian terapi nebulizer ventolin 3x1 ml/inhalasi. Jam 10:30 memberikan air minum hangat untuk mengencerkan dahak. Jam 11:15 memposisikan pasien semi fowler (Hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:00 memonitor sputum (Hasil : klien tampak batuk untuk mengeluarkan sputum tetapi sputum belum bisa dikeluarkan). Jam 13:00 melayani pemberian terapi obat ambroxol 3x1 mg/oral.

### **Diagnosa Keperawatan 4**

Jam 08:35 mengidentifikasi status nutrisi (Hasil : klien mengatakan tidak ada selera untuk makan, makanan yang dimakan 3-5 senduk). Jam 09:10 memonitor asupan makanan (Hasil : klien mengatakan di rumah sakit klien mengkonsumsi makanan seperti nasi, sayur, ikan,

dan buah pisang). Jam 09:50 memonitor berat badan (Hasil : belum ada peningkatan berat badan, BB : 50 kg). Jam 10:20 melakukan oral hygiene sebelum makan (Hasil : klien mengatakan mau dilakukan tindakan oral hygiene). Jam 11:00 melayani pemberian terapi injeksi obat ranitidin 2 x 50 mg/iv. Jam 12:05 menganjurkan diet yang di programkan (Hasil : klien diet tinggi kalori dan tinggi protein).

### **Diagnosa Keperawatan 5**

Jam 10:00 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : klien mengatakan badannya masih merasa lemah dan cepat lelah setelah beraktifitas). Jam 11:30 menganjurkan klien tirah baring. Jam 12:20 menganjurkan klien untuk melakukan aktifitas secara bertahap yaitu miring kiri dan kanan. Jam 12:45 menganjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

**Tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada hari ketiga Minggu 18 Agustus 2024 adalah sebagai berikut :**

### **Diagnosa Keperawatan 1**

Jam 07:30 mengukur tanda-tanda vital (Hasil : TD : 125/73 mmHg, N : 82x/menit, RR : 23x/menit, S : 37 °C, SPO<sup>2</sup> : 96 %). Jam 08:00 memonitor pola napas (Hasil : klien mengatakan sesak berkurang). Jam 08:30 memonitor saturasi oksigen dan CRT (Hasil : SPO<sup>2</sup> : 97% dan CRT ≤ 2 detik). Jam 10:00 memberikan posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam

12:15 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (Hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang di ajarkan).

Jam 07:30 mengukur tanda-tanda vital (Hasil : TD : 125/73 mmHg, N : 82x/menit, RR : 23x/menit, S : 37 °C, SPO<sup>2</sup> : 96 %). Jam 08:00 memonitor pola napas (Hasil : klien mengatakan sesak berkurang). Jam 08:30 memonitor bunyi napas (Hasil : suara napas wheezing). Jam 09:00 melayani pemberian terapi obat injeksi ceftriaxone 2 x 1 gr/Iv.

### **Diagnosa Keperawatan 2**

Jam 10:00 memberikan posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:15 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (Hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang di ajarkan).

### **Diagnosa Keperawatan 3**

Jam 07:40 mengajarkan batuk efektif pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut sebanyak 2-3 kali, pada tarikan napas yang terakhir ditahan selama 1-2 detik, angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan lalu keluarkan dahak (Hasil : klien

tampak mengikuti arahan yang diberikan). Jam 10:00 melayani pemberian terapi nebulizer ventolin 3x1 ml/inhalasi. Jam 10:40 memberikan air minum hangat untuk mengencerkan dahak. Jam 11:25 memosisikan pasien semi fowler (Hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:05 memonitor sputum (Hasil : klien mengatakan batuk berkurang tetapi sputum belum bisa dikeluarkan). Jam 13:00 melayani pemberian terapi obat ambroxol 3x1 mg/oral.

#### **Diagnosa Keperawatan 4**

Jam 08:30 mengidentifikasi status nutrisi (Hasil : klien mengatakan ada selera untuk makan, nafsu makan bertambah dengan seporisi makanan dapat dihabiskan setengah porsi.). Jam 09:20 memonitor asupan makanan (Hasil : klien mengatakan di rumah sakit klien mengkonsumsi makanan seperti nasi, sayur, ikan, dan buah pisang). Jam 09:30 memonitor berat badan (Hasil : ada peningkatan berat badan yaitu naik 2 kg). Jam 10:25 melakukan oral hygiene sebelum makan (Hasil : klien mengatakan mau dilakukan tindakan oral hygiene). Jam 11:00 melayani pemberian terapi injeksi obat ranitidin 2 x 50 mg/Iv. Jam 12:20 menganjurkan diet yang di programkan (Hasil : klien diet tinggi kalori dan tinggi protein).

#### **Diagnosa Keperawatan 5**

Jam 08:40 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak

merasa lelah setelah beraktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan sakitnya sudah berkurang, klien tampak membaik dan sudah bisa duduk bercerita dengan keluarganya). Jam 12:25 menganjurkan klien tirah baring. Jam 13:00 menganjurkan kepada keluarga untuk tetap membantu klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

## **6. Evaluasi Keperawatan**

**Evaluasi keperawatan hari pertama Jumat, 16 Agustus 2024 dengan ditentukan hasil sebagai berikut :**

### **a) Diagnosa Keperawatan 1**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : klien mengatakan sesak napas

O : klien tampak lemah, kulit pucat, kesadaran composmentis, TD :

126/69 mmHg, Nadi : 88 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu : 36,5

°C, SPO<sup>2</sup> : 95 %, CRT  $\geq$  2 detik.

A : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi

P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4 dan 5.

### **b) Diagnosa Keperawatan 2**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : klien mengatakan sesak napas dan merasa lemah

O : klien tampak lemah, tampak sesak napas, bunyi napas

wheezing. TD : 126/69 mmHg, Nadi : 88 x/menit, RR : 24

x/menit, Suhu : 36,5 °C, SPO<sup>2</sup> : 95 %.

A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dan 6.

**c) Diagnosa Keperawatan 3**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Klien mengatakan batuk

O : klien tampak lemah, tampak batuk untuk mengeluarkan sputum tetapi sputum belum bisa dikeluarkan, TD : 126/69 mmHg, Nadi : 88 x/menit, RR: 24 x/menit, Suhu: 36,5 °C, SPO<sup>2</sup>: 95 %.

A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4 dan 5.

**d) Diagnosa Keperawatan 4**

Evaluasi dilakukan pada jam 14 :00

S : klien mengatakan tidak ada selera untuk makan, makanan yang dimakan 3-5 senduk.

O : belum ada peningkatan berat badan BB : 50 kg, TD : 126/69 mmHg, Nadi : 88 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu: 36,5 °C, SPO<sup>2</sup> : 95 %.

A : masalah defisit nutrisi belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4 dan 5.

**e) Diagnosa Keperawatan 5**

Evaluasi dilakukan pada jam 14 :00

S : klien mengatakan badannya masih terasa lemah, cepat lelah setelah beraktifitas.

O : klien tampak lemah, semua aktifitas klien tampak dibantu oleh keluarga, TD : 126/69 mmHg, Nadi : 88 x/menit, RR : 24x/menit, SPO<sup>2</sup> : 95 %, Suhu : 36,5°C.

A : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 1, 2, dan 3.

**Evaluasi hari kedua Sabtu, 17 Agustus 2024 ditentukan hasil sebagai berikut :**

**a) Diagnosa Keperawatan 1**

Evaluasi dilakukan pada jam 14 : 00

S : klien mengatakan sesak napas

O : klien tampak lemah, kulit pucat, kesadaran composmentis, TD: 120/78 mmHg, Nadi : 90 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu : 37,1°C, SPO<sup>2</sup> : 96 %, CRT  $\geq$  2 detik.

A : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi

P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

**b) Diagnosa Keperawatan 2**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : klien mengatakan sesak napas dan merasa lemah

O : klien tampak lemah, tampak sesak napas, bunyi napas wheezing. TD : 120/69 mmHg, Nadi : 90 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu : 37,1 °C, SPO<sup>2</sup> : 96 %.

A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5.

**c) Diagnosa Keperawatan 3**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Klien mengatakan batuk

O : klien tampak lemah, tampak batuk untuk mengeluarkan sputum tetapi sputum belum bisa dikeluarkan, TD : 120/78 mmHg, Nadi : 90 x/menit, RR: 24 x/menit, Suhu: 37,1 °C, SPO<sup>2</sup>: 96 %.

A : masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 2, 3, 4 dan 5.

**d) Diagnosa Keperawatan 4**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : klien mengatakan tidak ada selera untuk makan, makanan yang dimakan 3-5 senduk.

O : belum ada peningkatan berat badan BB : 50 kg, TD : 120/78 mmHg, Nadi : 90 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu: 37,1 °C, SPO<sup>2</sup> : 96 %.

A : masalah defisit nutrisi belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 1, 3, 4 dan 5.

**e) Diagnosa Keperawatan 5**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : klien mengatakan badannya masih lemah, cepat lelah saat melakukan aktifitas.

O : klien tampak lemah, semua aktifitas tampak dibantu oleh keluarga, TD : 120/78 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Suhu : 37,1°C, RR : 24 x/menit, SPO<sup>2</sup> : 96 %.

A : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi 1, 2, dan 3.

**Evaluasi keperawatan hari ketiga Minggu, 18 Agustus 2024 ditentukan dengan hasil (SOAPIE) sebagai berikut :**

**a) Diagnosa Keperawatan 1**

Evaluasi dilakukan pada jam 07:00

S : klien mengatakan sesak napas berkurang

O : klien tampak membaik, tampak tidak pucat, kesadaran composmentis, TD : 125/73 mmHg, Nadi : 82 x/menit, RR : 23 x/menit, Suhu: 37 °C, SPO<sup>2</sup> : 96%, CRT ≤ 2 detik.

A : masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi.

P : intervensi dilanjutkan (1, 2, 3 dan 4)

I : Jam 07:30 mengukur tanda-tanda vital (Hasil : TD : 125/73 mmHg, N : 82x/menit, RR : 23x/menit, S : 37 °C, SPO<sup>2</sup> : 96 %). Jam 08:00 memonitor pola napas (Hasil : klien mengatakan sesak berkurang). Jam 08:30 memonitor saturasi oksigen dan CRT (Hasil : SPO<sup>2</sup> : 96% dan CRT ≤ 2 detik). Jam 10:00 memberikan posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:15 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk

tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (Hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang di ajarkan).

E : evaluasi jam 14:00 klien mengatakan sesak berkurang.

Keadaan umum baik, klien tampak membaik, tampak tidak pucat, kesadaran composmentis. TD : 123/90 mmHg, Nadi : 86 x/menit, Suhu : 36,6°C, SpO<sup>2</sup> : 97 %, RR : 23x/menit.

#### **b) Diagnosa Keperawatan 2**

Evaluasi dilakukan jam 07:03

S : Klien mengatakan sesak napas berkurang

O : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, bunyi napas wheezing, TD : 125/73 mmHg, Nadi : 82 x/menit, RR : 23 x/menit, Suhu : 37 °C, SPO<sup>2</sup> : 96%.

A : masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi

P : intervensi dilanjutkan (1, 2, 3, 4 dan 5).

I : Jam 07:30 mengukur tanda-tanda vital (Hasil : TD : 125/73 mmHg, N : 82x/menit, RR: 23x/menit, S: 37 °C, SPO<sup>2</sup>: 96 %).

Jam 08:00 memonitor pola napas (Hasil : klien mengatakan sesak berkurang). Jam 08:30 memonitor bunyi napas (Hasil : suara napas wheezing). Jam 09:00 melayani pemberian terapi obat injeksi ceftriaxone 2 x 1 gr/Iv. Jam 10:00 memberikan posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan sangat nyaman

dengan posisi yang diberikan). Jam 12:15 mengajarkan teknik napas dalam pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut dan lakukan teknik ini berulang kali (Hasil : klien tampak mengikuti dan mengatakan merasa nyaman dengan teknik yang di ajarkan).

E : evaluasi dilakukan pada jam 14:00 klien mengatakan sesak napas berkurang, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, bunyi napas wheezing, TD : 123/90 mmHg, Nadi :86 x/menit, Suhu : 36,6°C, SPO<sup>2</sup> : 97 %, RR : 23x/menit.

### c) **Diagnosa Keperawatan 3**

Evaluasi dilakukan pada jam 07:05

S : klien mengatakan batuk berkurang

O : klien tampak membaik, kesadaran composmentis, tampak sputum belum bisa dikeluarkan, TD : 125/73 mmHg, Nadi : 82 x/menit, RR : 23 x/menit, Suhu : 37 °C, SPO<sup>2</sup> : 96%.

A : masalah bersihan jalan napas sebagian teratasi

P : intervensi dilanjutkan (2, 3, 4,dan 5).

I : Jam 07:40 mengajarkan batuk efektif pada klien untuk tarik napas melalui hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut sebanyak 2-3 kali, pada tarikan napas yang terakhir ditahan selama 1-2 detik, angkat bahu

dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan lalu keluarkan dahak (Hasil : klien tampak mengikuti arahan yang diberikan). Jam 10:00 melayani pemberian terapi nebulizer ventolin 3x1 ml/inhalasi. Jam 10:40 memberikan air minum hangat untuk mengencerkan dahak. Jam 11:25 memposisikan pasien semi fowler (Hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:05 memonitor sputum (Hasil : klien mengatakan batuk berkurang tetapi sputum belum bisa dikeluarkan). Jam 13:00 melayani pemberian terapi obat ambroxol 3x1 mg/oral.

E : evaluasi pada jam 14:00 klien mengatakan batuk berkurang, klien tampak membaik, kesadaran composmentis, tampak sputum belum bisa dikeluarkan, TD : 123/90 mmHg, Nadi : 86 x/menit, Suhu : 36,6°C, SPO<sup>2</sup> : 97 %, RR : 23x/menit.

#### **d) Diagnosa Keperawatan 4**

Evaluasi dilakukan pada jam 07:15

S : klien mengatakan ada selera untuk makan, nafsu makan bertambah dengan seporsi makanan dapat dihabiskan setengah porsi

O : klien tampak membaik, mukosa bibir lembab, ada peningkatan berat badan yaitu naik 2 kg, TD : 125/73 mmHg, Nadi : 82 x/menit, RR : 23 x/menit, Suhu : 37 °C, SPO<sup>2</sup> : 96%.

A : masalah defisit nutrisi sebagian teratasi.

P : lanjutkan intervensi (1, 3, 4 dan 5)

I : Jam 08:30 mengidentifikasi status nutrisi (Hasil : klien mengatakan ada selera untuk makan, nafsu makan bertambah dengan sepori makanan dapat dihabiskan setengah porsi).  
Jam 09:20 memonitor asupan makanan (Hasil : klien mengatakan di rumah sakit klien mengkonsumsi makanan seperti nasi, sayur, ikan, dan buah pisang). Jam 09:30 memonitor berat badan (Hasil : ada peningkatan berat badan yaitu naik 2 kg). Jam 10:25 melakukan oral hygiene sebelum makan (Hasil : klien mengatakan mau dilakukan tindakan oral hygiene). Jam 11:00 melayani pemberian terapi injeksi obat ranitidin 2 x 50 mg/Iv. Jam 12:20 menganjurkan diet yang di programkan (Hasil : klien diet tinggi kalori dan tinggi protein).

E : Jam 14:00 klien mengatakan ada selera untuk makan, nafsu makan bertambah dengan sepori makanan dapat dihabiskan setengah porsi, klien tampak membaik, mukosa bibir lembab, ada peningkatan berat badan yaitu naik 2 kg, TD : 123/90 mmHg, Nadi :86 x/menit, Suhu : 36,6°C, SPO<sup>2</sup> : 97 %, RR : 23x/menit.

**e) Diagnosa Keperawatan 5**

Evaluasi dilakukan pada jam 07:15

S : klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat beraktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan sakitnya sudah berkurang, dan sebagian aktifitasnya masih dibantu oleh keluarga.

O : klien tampak membaik, kesadaran composmentis, klien tampak duduk dan bercerita dengan keluarganya, TD : 125/73 mmHg, Nadi : 82 x/menit, RR : 23 x/menit, Suhu : 37 °C, SPO<sup>2</sup> : 96%.

A : masalah intoleransi aktifitas sebagian teratasi.

P : lanjutkan intervensi (1, 2, dan 3).

I : Jam 08:40 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah setelah beraktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan sakitnya sudah berkurang, klien tampak membaik dan sudah bisa duduk bercerita dengan keluarganya). Jam 12:25 menganjurkan klien tirah baring. Jam 13:00 menganjurkan kepada keluarga untuk tetap membantu klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

E : jam 14:00 klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat beraktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan sakitnya sudah berkurang, dan sebagian aktifitasnya

masih dibantu oleh keluarga, klien tampak membaik, kesadaran composmentis, klien tampak duduk dan bercerita dengan keluarganya, sudah TD : 123/90 mmHg, Nadi :86 x/menit, Suhu: 36,6°c, SPO<sup>2</sup> : 97 %, RR : 23x/menit.

## **B. Pembahasan**

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pasien penderita pneumonia adalah bagaimana cara melakukan latihan batuk efektif, latihan teknik napas dalam, dan latihan untuk keluarga bagaimana perawatan pasien saat dirumah dengan cara pemberian terapi uap dengan menggunakan air panas dicampurkan dengan minyak kayu putih.

### **1. Pengkajian**

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Tn. A. R didapatkan klien mengatakan sesak napas, batuk, badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri terasa lemah, memiliki riwayat penyakit asma dan stroke, lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kanan dan kiri saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan tidak ada selera untuk makan, merasa mual, dan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. Keadaan umum : klien tampak lemah, tingkat kesadaran

composmentis, GCS = 15 (Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6). Tanda-tanda Vital : TD : 128/62 mmHg, Nadi : 85 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu : 36,7 °C, SPO<sup>2</sup> : 95 %, konjungtiva pucat, porsi makan yang dihabiskan 3-5 senduk, mukosa bibir kering, kulit tampak pucat, CRT  $\geq$  2 detik, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, bising usus 35 x/menit, terpasang infus Dextrose 0,5 % 10 tpm pada tangan kanan, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

Menurut Brunner dan Suddarth (2011), beberapa tanda dan gejala yang muncul pada pasien yang menderita pneumonia antara lain : menggigil mendadak dan dengan cepat berlanjut menjadi demam (38,5°C-40,5°C), pasien yang sakit parah mengalami takipnea berat (25-45 kali pernapasan/menit) dan dispnea, nadi cepat, dapat meningkat 10 kali/menit per satu derajat peningkatan suhu tubuh, pneumonia berat: bibir dan bantalan kuku menunjukkan sianosis, nafsu makan menurun, pasien mengalami diaforesis dan mudah lelah, diare, biasanya ringan, diare sementara tetapi dapat menjadi berat, sering menyertai infeksi pernafasan khususnya karena virus, batuk, merupakan gambaran umum dari penyakit pernafasan, bunyi pernafasan, seperti mengi/wheezing (siulan), dan ronkhi (mendengkur).

Dari data diatas menunjukkan adanya kesenjangan yaitu data yang ada pada teori sebagian tidak ada pada kasus nyata Tn. A. R seperti menggigil mendadak dan dengan cepat berlanjut menjadi demam ( $38,5^{\circ}\text{C}$ - $40,5^{\circ}\text{C}$ ).

Gejala menggigil mendadak dan dengan cepat berlanjut menjadi demam ( $38,5^{\circ}\text{C}$ - $40,5^{\circ}\text{C}$ ) merupakan sebuah tanda adanya peradangan atau inflamasi yang terjadi didalam tubuh sehingga hipotalamus bekerja dengan memberi respon dengan menaikkan suhu tubuh pernyataan ini didukung sesuai teori dari Ali Rahman (2022) yang menyatakan bahwa penyebab dari menggigil mendadak dan dengan cepat berlanjut menjadi demam sebagai akibat dari proses penyakit sedangkan pada kasus nyata Tn. A. R tidak ditemukan keluhan maupun tanda-tanda menggigil mendadak dan dengan cepat berlanjut demam karena sudah mendapatkan pengobatan antibiotik.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Khasanah (2019) masalah keperawatan yang muncul pada pneumonia antara lain : Gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif, hipertermi, defisit nutrisi dan intoleransi aktifitas. Pada kasus Tn. A. R diagnosa keperawatan yang muncul adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit nutrisi

berhubungan dengan peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana diagnosa keperawatan pada teori terdapat 6 diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus hanya mengangkat 5 diagnosa keperawatan. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Farida (2017). Diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus pasien Tn. A. R adalah diagnosa keperawatan hipertermi. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Ali Rahman (2022). Perbedaan dalam teori dan kasus ini dikarenakan setiap penderita akan menunjukkan gejala yang berbeda sesuai dengan lamanya menderita sakit, dan bagaimana penanganan dan pengobatannya sehingga masing-masing orang menunjukkan gejala yang berbeda.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada Tn. A. R diantaranya pemantauan respirasi, manajemen jalan napas, manajemen nutrisi dan manajemen energi.

Intervensi keperawatan ini sesuai dengan teori yang disusun oleh SIKI, PPNI (2017) yaitu pemantauan respirasi, manajemen jalan napas, manajemen nutrisi dan manajemen energi, sedangkan intervensi keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak dilakukan pada kasus yaitu manajemen hipertermi. Maka direkomendasikan kepada pasien

dan keluarga untuk tetap mempertahankan beberapa intervensi yang belum tercapai untuk mencapai kesembuhan pasien yang optimal.

#### **4. Implementasi/Pelaksanaan Keperawatan**

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada ditunjukkan untuk menurunkan atau mengatasi masalah gangguan pertukaran gas, pola napas tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif, defisit nutrisi, dan intoleransi aktivitas, maka tindakan yang dilakukan yaitu :

- a. Gangguan pertukaran gas : mengukur tanda-tanda vital dan monitor pola napas, monitor saturasi oksigen, berikan posisi semi fowler, ajarkan teknik napas dalam.
- b. Pola napas tidak efektif : mengukur tanda-tanda vital, monitor pola napas, monitor bunyi napas, layani pemberian terapi obat injeksi ceftriaxone 2 x 1 gr/Iv., berikan posisi semi fowler, ajarkan teknik napas dalam.
- c. Bersihan jalan napas tidak efektif : ajarkan batuk efektif, layani pemberian terapi nebulizer ventolin 3x1 ml/inhalasi, berikan air minum hangat untuk mengencerkan dahak, posisikan pasien semi fowler, monitor sputum, layani pemberian terapi obat ambroxol 3x1 mg/oral.
- d. Defisit nutrisi : identifikasi status nutrisi, monitor asupan makanan, monitor berat, lakukan oral hygiene sebelum makan, layani

pemberian terapi injeksi obat ranitidin 2 x 50 mg/Iv, anjurkan diet yang di programkan.

- e. Intoleransi aktifitas : identifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan, anjurkan klien tirah baring, anjurkan klien untuk melakukan aktifitas secara bertahap, anjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan sebagian dapat teratasi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Pneumonia pada Tn. A. R di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada tanggal 16-18 Agustus 2024, kemudian membandingkan antara teori dan tinjauan kasus dapat disimpulkan. Berdasarkan pengkajian pada tanggal 16 Agustus 2024 didapatkan hasil Klien mengatakan sesak napas, batuk, badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri terasa lemah, memiliki riwayat penyakit asma dan stroke, lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kanan dan kiri saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan tidak ada selera untuk makan, merasa mual, dan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. Keadaan umum : klien tampak lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6). Tanda-tanda Vital : TD : 128/62 mmHg, Nadi : 85 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu : 36,7 °C, SPO<sup>2</sup> : 95 %, konjungtiva pucat, porsi makan yang dihabiskan 3-5 sendok, mukosa bibir kering, kulit tampak pucat, CRT  $\geq$  2 detik, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm, ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, bising usus 35 x/menit, terpasang infus Dextrose 0,5 % 10 tpm pada tangan kanan, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn. B. W ada enam yaitu : gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi pasien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga bekerja sama dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan.

Evaluasi yang didapat setelah penulis melakukan implementasi dari tanggal 16-18 Agustus 2024 yaitu : gangguan pertukaran gas masalah sebagian teratasi, pola nafas tidak efektif masalah sebagian teratasi, bersihan jalan napas tidak efektif masalah sebagian teratasi, defisit nutrisi masalah sebagian teratasi, intoleransi aktivitas masalah sebagian teratasi.

## **B. Saran**

Dengan dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia yang telah penulis lakukan. Saran yang dapat diberikan yaitu :

### **1. Bagi Peneliti**

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia.

### **2. Bagi Profesi Keperawatan**

Sebaiknya diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang pneumonia dan prosedur penanganan yang efektif dengan melalui pelatihan dan seminar keperawatan pada pasien dengan pneumonia dan juga diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya institusi pendidikan pada pasien pneumonia untuk lebih mengedepankan asuhan keperawatan dengan pemantauan lebih intensif.

### **3. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktik dan pembuatan asuhan keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustyana. (2019). *Hubungan Kondisi Fisik Rumah dengan Kejadian Pneumonia di Daerah Perkotaan. Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol.7, No.1, Januari 2019. (Diakses pada tgl : 20/11/2023)
- Ali Rahman (2022). *Penatalaksanaan Batuk Efektif Pneumonia. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*. (Diakses pada tgl : 22/08/2024)
- Amin dan Hardi (2019). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*, (Jilid I). Yogyakarta : Mediacion. (Diakses pada tgl : 20/11/2023)
- Anwar, A. & Dharmayanti, I. (2022). *Pneumonia di Indonesia. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. Vol.8, hal.359-360. (Diakses pada tgl : 20/11/2023)
- Brunner & Suddarth. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* . Jakarta: EGC. (Diakses pada tgl : 20/11/2023)
- Dinkes Kab.Ende (2023). *Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur*. (Diakses pada tgl : 20/11/2023)
- Elvina, Ridha. (2017). *Jurnal Evaluasi Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Community-Acquired Pneumonia (Cap)*. Jakarta: Universitas Muhammadiyah. (Diakses pada tgl : 09/04/2024)
- Farida. (2017). Study of Antibiotic Use on Pneumonia Patient in Surakarta Referral Hospital. *JPSCR : Journal of Pharmaceutical Science and Clinical Research*, 2(01), 44. (Diakses pada tgl : 22/08/2024)
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI. (Diakses pada tgl : 20/11/2023)
- Marilynn, E. D., Mary, F. M., & Alice, C. G. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC. (Diakses pada tgl : 03/05/2024)
- Saktya Y.A. Utama. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Sistem Respirasi*. Yogyakarta: CV. Budi Utama. (Diakses pada tgl : 20/11/2023)
- SDKI, PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI. (Diakses pada tgl : 03/05/2024)

- SIKI, PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI. (Diakses pada tgl : 03/05/2024)
- SLKI, PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI. (Diakses pada tgl : 03/05/2024)
- Somantri, I. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika. (Diakses pada tgl : 20/11/2023)
- Uswatun, Khasanah. 2019. *Laporan Pendahuluan Pneumonia*. Jakarta: Salemba Medika (Diakses pada tgl : 20/11/2023)
- Wahid, A. & Imam, S. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: CV Trans Info Media. (Diakses pada tgl : 20/11/2023)
- WHO. (2019). *Global Health Estimates 2016 : Deats by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*. Geneva: World Health Organization. (Diakses pada tgl : 20/11/2023)

**LAMPIRAN 1**

**JADWAL STUDI KASUS**

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024												
	BULAN												
	September	Oktober	November	Desember	Januari	Pebruari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September
Penyajian Judul Studi Kasus													
Penyusunan Bab I, II, III													
Ujian Proposal													
Revisi Proposal													
Studi Kasus													
Penyusunan Bab IV dan V													
Ujian Studi Kasus													
Revisi Studi Kasus													
Penyerahan Studi Kasus													

**LAMPIRAN 2**

**PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Tn. A. R Dengan Pneumonia di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari Studi Kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn. A. R Dengan Pneumonia di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi Kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana/intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam Studi Kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan Asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor Hp: 085299731498.

Peneliti



Nurhidayanti Harun  
NIM : PO.5303202210064

LAMPIRAN 3

**INFORMED CONSENT**  
**(Persetujuan Menjadi Partisipan)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh : Nurhidayanti Harun, NIM : PO.5303202210064 dengan judul : "Asuhan Keperawatan Pada Tn. A. R Dengan Pneumonia di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende".

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu, tanpa sanksi apapun.

Ende, 16 Agustus 2024

Saksi

Yang memberi persetujuan



(Abdul Rejab Rasyid)



(Abdu Rasyid)

Peneliti



Nurhidayanti Harun  
NIM : PO.5303202210064

LAMPIRAN 4



**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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A. R DENGAN  
PNEUMONIA DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III  
RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Agustus 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. A. R  
Umur : 61 Tahun  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Status : Menikah  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Petani  
Suku Bangsa : Ende  
Alamat : Pu'ukungu, Nangapanda  
Tanggal Masuk : 15 Agustus 2024  
Tanggal Pengkajian : 16 Agustus 2024  
No. Register : 147844  
Diagnosa Medis : Pneumonia

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A. R  
Umur : 24 Tahun  
Hub. Dengan Pasien : Anak Kandung  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Alamat : Pu'ukungu, Nangapanda.

## 2. Status Kesehatan

### a. Status Kesehatan Saat Ini

#### 1) Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak napas dan batuk.

#### 2) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak napas dan batuk sejak 2 hari yang lalu, badan terasa lemah, kaki kiri dan kanan terasa sakit dan lemah.

#### 3) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit Saat Ini

Klien mengatakan pada tanggal 14 Agustus 2024 dari jam 15:00-17:00 klien duduk di teras seperti biasa dan memandangi anak-anak main bola di halaman rumah, saat menjelang maghrib, klien masuk ke dalam rumah untuk mandi dan siap-siap melaksanakan sholat Maghrib. Setelah sholat, klien duduk baca Al-qur'an di ruang tamu, tanpa di sadari anak tertuanya ikut duduk sambil menghisap rokok, hal itulah yang membuat klien merasa sesak dan batuk. Pukul 21:40 kondisi klien semakin sesak napas dan keluarga memutuskan langsung membawa klien ke Puskesmas Nangapanda pada pukul 22:00 dan klien langsung dirujuk ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah Ende pada tanggal 15 Agustus 2024 pukul 02:00 WITA. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter, klien di diagnosa Pneumonia. Setelah mendapatkan perawatan di IGD, klien langsung dipindahkan ke Ruangan Penyakit Dalam III pada pukul 15:40 untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

### b. Status Kesehatan Masa Lalu

#### 1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit asma dan stroke. Untuk penyakit stroke pernah diperiksa 2 tahun lalu yaitu pada tahun 2022, dan penyakit asma pernah periksa pada bulan Februari tahun 2024.

2) Pernah Dirawat

Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat baik di Rumah Sakit maupun Puskesmas.

3) Alergi

Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi baik makanan maupun obat-obatan.

4) Kebiasaan (Merokok/Kopi/Alkohol)

Klien mengatakan sebelum sakit sering merokok dan suka minum kopi, dan mulai berhenti merokok saat dirinya sakit.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan di keluarganya ada yang mengalami penyakit asma yaitu saudari dan anak perempuannya.

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui bahwa klien memiliki riwayat penyakit asma, dan selalu melakukan pemeriksaan difasilitas kesehatan.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum Sakit : klien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dan porsi yang dihabiskan 1-2 piring penuh. Jenis makanan klien yaitu nasi, ubi, sayur (suka makan sayur yang berkuah), pisang, lauk (ikan, daging). Klien biasa minum air putih 7-8 gelas sehari  $\pm$  1.500-1.750 CC, minum kopi pagi dan sore 2 gelas/hari  $\pm$  500 CC.

Saat Sakit : klien mengatakan saat sakit makan 2 kali sehari, dan menghabiskan 3-5 senduk porsi makan yang disediakan, jenis makanannya : nasi, sayur, lauk dan juga buah pisang. Klien minum air putih 7-8 gelas/hari  $\pm$  1.500-1.750 CC. Klien mengatakan merasa mual dan tidak ada selera untuk makan.

c. Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : klien mengatakan BAB 1-2 kali dalam sehari dengan warna BAB kuning, konsistensi lunak dan tidak ada keluhan saat BAB. Klien mengatakan BAK 6-7 kali dalam sehari, warna kuning dan tidak ada keluhan.

Saat Sakit : klien mengatakan selama sakit BAB 1 kali dengan warna BAB kuning, konsistensi lunak dan tidak ada keluhan saat BAB dan BAK 5-6 kali dalam sehari, warna kuning dan tidak ada keluhan saat BAK.

d. Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Sakit : klien mengatakan pekerjaannya adalah petani dan setiap hari klien kerja kebun. Semua aktivitasnya bisa dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan lemah, pusing dan sesak napas.

Saat Sakit : klien mengatakan badannya lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.

e. Pola Kognitif dan Persepsi

Klien mengatakan tidak ada gangguan baik penglihatan, pendengaran maupun daya ingat.

f. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum Sakit : klien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur  $\pm$  6-8 jam, malam tidurnya dari jam 22:00-06:00, klien tidur dengan nyenyak, kebiasaan klien sebelum tidur yaitu menonton TV dan saat siang hari klien jarang untuk tidur karena harus kerja kebun.

Saat Sakit : klien mengatakan lebih sering tidur. Malam tidurnya dari jam 20:00-06:00, sesekali terbangun karena ingin BAK dan klien mengatakan tidur siang  $\pm$  2-3 jam.

g. Pola Peran Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan keluarga dan orang-orang disekitar sangat baik. Klien mengatakan selalu berperan aktif dilingkungan masyarakat baik dalam kegiatan rohani maupun jasmani.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : Composmentis

GCS : 15 Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6

b. Tanda-tanda vital

TD : 128/62 mmHg

N : 85 x/menit

RR : 24 x/menit

S : 36,7 °C

SPO<sup>2</sup> : 95 %

c. BB → sebelum sakit : 65 kg, saat sakit : 50 kg

TB : 168 cm

$$1) \text{ IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB (m}^2\text{)}}$$

$$= \frac{50}{2,82}$$

$$= 17,73$$

2) BB Ideal

$$= (\text{TB}-100) - (\text{TB}-100) \times 10\%$$

$$= (168-100) - (168-100) \times 10\%$$

$$= 68 - 6,8$$

$$= 61,2 \text{ kg}$$

d. Head To Toe

1) Kepala dan Leher :

(a) Rambut.

Inspeksi : tampak bersih, berwarna hitam dan sedikit uban

Palpasi : tidak ada benjolan ataupun luka.

(b) Wajah

Inspeksi : bentuk wajah simetris

(c) Mata

Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik.

(d) Telinga

Inspeksi : tidak ada cairan, tidak ada gangguan pendengaran.

(e) Hidung

Inspeksi : berbentuk simetris, tidak ada sekret, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm.

(f) Mulut

Inspeksi : mukosa bibir kering, tidak ada gigi berlubang.

(g) Leher

Inspeksi : tampak bersih

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

2) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris, ada retraksi dinding dada, frekuensi napas 24 x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Auskultasi : bunyi napas wheezing

3) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Perkusi : terdapat bunyi tympani

Auskultasi : bising usus 35 x/menit.

4) Integumen

Inspeksi : kulit tampak pucat

5) Ekstremitas

(a) Ekstremitas Atas

Inspeksi : CRT  $\geq$  2 detik, tangan kanan dan kiri bisa digerakkan dan tidak ada kelainan, terpasang infus Dextrose 0,5% 10 tpm pada tangan kanan, kekuatan otot tangan kanan dan kiri 5 (mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh).

(b) Ekstremitas Bawah

Inspeksi : tidak terdapat edema, kaki kanan dan kiri tampak lemah, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).



**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama : Nurhidayanti Harun  
NIM : PO.5303202210064  
Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc  
Nama Penguji : Martina Bedho, S.ST., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Kamis, 7 September 2023	Konsul judul proposal	1. Cari data-data dan masalah dari berbagai sumber mulai dari global sampai dengan kabupaten.	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc
2.	Rabu, 08 November 2023	Konsul BAB I	1. Lengkapi latar belakang : definisi, data, dan dampak hipertensi. 2. Lengkapi data tempat/lokasi yang akan diteliti. 3. Perbaiki cara pengetikan. 4. Lanjutkan BAB II dan BAB III sertakan daftar pustaka.	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc

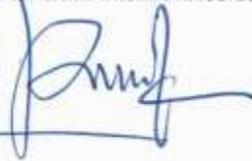
3.	Selasa, 28 November 2023	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki cara penulisan judul.</li> <li>2. Perbaiki latar belakang, tujuan dan metode studi kasus.</li> <li>3. Perbaiki penulisan sesuai panduan (1 alinea terdiri dari 3 kalimat, singkatan dan kata "Jadi" tidak boleh di awal kalimat, hilangkan kata "Selain" dalam penulisan, tambahkan kata-kata baku dalam penulisan)</li> <li>4. Tambahkan data kasus di NTT dan referensi terbaru</li> <li>5. Perbaiki BAB II pada bagian gambar sertakan sumbernya.</li> <li>6. Perbaiki penulisan tabel (spasi 1)</li> <li>7. Tambahkan penatalaksanaan keperawatan</li> <li>8. Perbaiki cara penulisan daftar pustaka.</li> </ol>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc
4.	Rabu, 08 Mei 2024	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki penulisan tujuan proposal (untuk melanjutkan penelitian)</li> <li>2. Perbaiki pathway</li> <li>3. Perbaiki penulisan pada bagian pengkajian</li> <li>4. Perbaiki tabel (hilangkan garis vertikal/gunakan tabel terbuka)</li> <li>5. Perbaiki daftar pustaka (spasi 1)</li> </ol>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc

5.	Rabu, 29 Mei 2024	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki kata pengantar</li> <li>2. Tambahkan konsep masalah keperawatan.</li> <li>3. Tambahkan diagnosa ambil dibuku doengoes.</li> <li>4. Perbaiki intervensi dan rasional ambil dibuku doengoes.</li> <li>5. Pada bagian daftar pustaka tambahkan tanggal yang diakses.</li> <li>6. Perbaiki pada pengkajian perpola ambil dibuku doengoes.</li> <li>7. Tambahkan data penunjang (lampirkan obat-obatan serta indikasinya)</li> <li>8. Buatlah power point</li> </ol>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc
6.	Kamis, 27 Juni 2024	Konsul Proposal	ACC proposal, kontrak waktu dengan penguji untuk ujian proposal	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc
7.	Jumat, 16 Agustus 2024	Konsul KTI BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lengkapi data pengkajian.</li> <li>2. Lanjutkan sampai implementasi hari ketiga.</li> <li>3. Diketik sampai pembahasan.</li> <li>4. Bagian pembahasan minimal 3 referensi.</li> </ol>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc

8.	Senin, 02 September 2024	Konsul KTI BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki cara penulisan</li> <li>2. Ganti gambaran umum lokasi studi kasus (mis. RSUD Ende tipe apa, terdiri dari apa saja dan selanjutnya)</li> <li>3. Tambahkan data laboratorium</li> <li>4. Perbaiki bagian pembahasan (lengkapi dengan referensi yang sesuai antara teori dan studi kasus)</li> <li>5. Rapiakan pengetikan</li> <li>6. Buat power point</li> </ol>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc
9.	Selasa, 03 September 2024	Konsul KTI BAB I, II, III, IV dan V	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACC</li> <li>2. Kuasai laporan KTI</li> <li>3. Kontrak waktu dengan penguji untuk ujian KTI</li> </ol>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom

NIP. 196601141991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI DIHJ KEPERAWATAN ENDE



**LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL DAN KTI**

Nama : Nurhidayanti Harun  
NIM : PO.5303202210064  
Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc  
Nama Penguji : Martina Bedho, S.ST., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	Selasa, 02 Juli 2024	Konsul Proposal BAB I, II, III dan Daftar Pustaka	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Lengkapi prevalensi pneumonia untuk Kabupaten Ende di buat dalam bentuk persen (%)</li><li>2. Tambahkan penatalaksanaan keperawatan</li><li>3. Perbaiki etiologi dalam diagnosa keperawatan harus sesuai dengan pathway</li><li>4. Jelaskan apa itu difusi</li><li>5. Jelaskan hubungan antara pneumonia dan gagal jantung kronis</li><li>6. Tambahkan data di tabulasi sesuai di pengkajian data perpola</li><li>7. Definisi operasional dibuat sesuai bahasa mahasiswa</li><li>8. Lengkapi daftar pustaka</li></ol>	 Martina Bedho, S.ST., M.Kes

2.	Senin, 29 Juli 2024	Konsul Proposal BAB II	1. Jelaskan mekanisme pemaparan	 Martina Bedho, S.ST., M.Kes
3.	Selasa, 06 Agustus 2024	Konsul Proposal BAB II	ACC turun studi kasus	 Martina Bedho, S.ST., M.Kes
4.	Jumat, 06 September 2024	Konsul isi KTI BAB IV	1. Lengkapi dan tambahkan hasil laboratorium atau pemeriksaan penunjang yang bermasalah dibagian diagnosa keperawatan. 2. Jelaskan mengapa tidak terjadi hipertermi 3. Perbaiki cara pengetikan/penulisan	 Martina Bedho, S.ST., M.Kes
5.	Rabu, 11 September 2024	Konsul isi KTI BAB IV	1. Tambahkan data laboratorium ( HGB dan HCT di masalah keperawatan gangguan pertukaran gas) 2. Lengkapi masalah hipertermi di bagian pembahasan (kesenjangan antara teori dan kasus)	 Martina Bedho, S.ST., M.Kes

6.	Kamis, 12 September 2024	Konsul isi KTI BAB 1V	ACC	 Martina Bedho, S.ST., M.Kes
----	--------------------------------	-----------------------------	-----	---

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom  
NIP. 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



**A. DATA DIRI**

Nama : Nurhidayanti Harun  
Tempat/Tanggal Lahir : Barai, 09 Januari 1998  
Alamat : Barai  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Nama Ayah : Harun Ismail  
Nama Ibu : Sarifah

**B. RIWAYAT PENDIDIKAN**

SD Inpres Barai 2 : 2004-2010  
SMP Negeri 1 Ende Selatan : 2010-2013  
Madrasah Aliyah Negeri Ende : 2013-2016  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, : 2021-2024  
Program Studi DIII Keperawatan Ende

“ALLAH tidak menjanjikan hidup itu mudah,  
Tapi ALLAH berjanji di setiap kesulitan  
pasti ada kemudahan”

**Q.S. Al-Insyirah (94) : 5**