

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. B DENGAN
PNEUMONIA DI RUANG RAWAT INAP PARU RSUD
Dr. ACHMADMOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2018**



OLEH :

PUSPA RHAMADHANI

NIM : 1514401013

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. B DENGAN
PNEUMONIA DI RUANG RAWAT INAP PARU RSUD
Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program D III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH :

PUSPA RHAMADHANI

NIM : 1514401013

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

High School of Health Sciences Perintis padang

D III Program of Nursing

Scientific Writing, July 2018

PUSPA RHAMADHANI

1514401013

***Nursing Care At Clients Mr. B With Pneumonia In Inpatient Room
of Lung Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Year 2018***

V CHAPTER + 121 Pages + 2 Images + 9 Tables + 1 Scheme + 5 Attachments

ABSTRACT

Pneumonia is an acute lower respiratory tract infection that affects the pulmonary parenchyma caused by infectious agents such as viruses, bacteria, fungi or foreign matter. In Indonesia, pneumonia is the cause of death No 3 after cardiovascular and Tuberculosis. According to the Ministry of Health of 2010 Pneumonia is the top 10 inpatient throughout Indonesia 2010. With the incidence of 17,311 people 53.95% male, 46.05% female and there are 7.6% of patients died. Based on medical record at Ruagan inpatient of Lung Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi incidence rate of pneumonia disease during January until June 2018 shows the incidence of as many as 4 people. The goal is to understand the concept of pneumonia so that it can apply and document nursing care with Pneumonia as well as gain real experience of surgical medical nursing care with Pneumonia Disease. The nursing process is done for 3 days by interview, observation, physical examination, and documentation study. After the nursing care done 3 days found the diagnosis Ineffectiveness of the pattern of the client's breath has not been resolved, Nutrition balance less than the needs of the body has been partially resolved, activity intolerance has not been resolved, and the deficit of self care has not been resolved. The conclusion that writers can take from nursing care on Mr. B is the author has been able to perform nursing care in accordance with NANDA, NIC-NOC so that the author can perform nursing care in an optimal and directed. Suggestion from writer is expected hospital installation can do nursing care refers to NANDA, NIC-NOC, so that nursing care done to patient targeted and executed optimally.

Keywords : NANDA, NIC, NOC, Nursing Care, Pneumonia.

Reading List : 26 (1986-2016).

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang

**Program Studi D III Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2018**

**PUSPA RHAMADHANI
1514401013**

**Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.B Dengan Pneumonia Di Ruang
Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2018**

V BAB + 121 Halaman + 2 Gambar + 9 Tabel + 1 Skema + 5 Lampiran

ABSTRAK

Pneumonia adalah Suatu infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah yang mengenai parenkim paru yang di sebabkan oleh agen infeksius seperti virus, bakteri, jamur maupun benda asing. Di Indonesia, pneumonia merupakan penyebab kematian No 3 setelah kardiovaskuler dan Tuberkolosis. Menurut Depkes RI 2010 pneumonia merupakan peringkat ke sepuluh besar rawat inap di seluruh Indonesia 2010. Dengan angka kejadian 17.311 jiwa 53,95% laki-laki, 46,05% perempuan dan terdapat 7,6% pasien meninggal. Berdasarkan rekam medik di Ruangan Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi angka kejadian dari penyakit pneumonia selama bulan januari sampai Juni 2018 menunjukkan angka kejadian sebanyak 4 orang. Tujuan untuk memahami konsep tentang pneumonia sehingga dapat menerapkan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan pneumonia serta mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan medikal bedah dengan penyakit pneumonia. Proses keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 hari didapatkan diagnosa Ketidak efektifan pola nafas klien belum teratasi, Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sudah teratasi sebagian, Intoleransi aktivitas belum teratasi, Defisit perawatan diri belum teratasi, kekurangan volume cairan belum teratasi, dan resiko jatuh telah teratasi sebagian. Kesimpulan yang dapat penulis ambil dari asuhan keperawatan pada Tn.B adalah penulis telah dapat melakukan asuhan keperawatan yang sesuai dengan *NANDA*, *NIC-NOC* Sehingga penulis dapat melakukan asuhan keperawatan secara optimal dan terarah. Saran dari penulis diharapkan instalasi rumah sakit dapat melakukan asuhan keperawatan mengacu kepada *NANDA*, *NIC-NOC*, agar asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien terarah dan terlaksana secara optimal.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, *NANDA*, *NIC*, *NOC*, Pneumonia.

Daftar Bacaan : 26 (1986-2016)

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Puspa Rhamadhani
NIM : 1514401013
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. B Dengan
Pneumonia Di Ruang Rawat Inap Paru Dr. Achmad
Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 18 Juli 2018

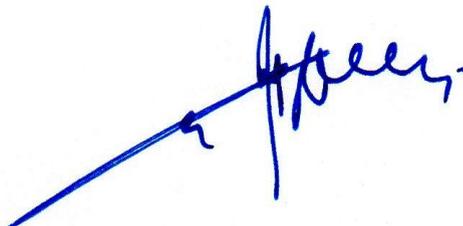
Dewan Penguji

Penguji I,



Ns. Dia Resti DND, M.Kep
Nik : 1420108028611071

Penguji II,



Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep
Nik : 1440125028004033

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Puspa Rhamadhani
NIM : 1514401013
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. B Dengan
Pneumonia Di Ruang Rawat Inap Paru Dr. Achmad
Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di
hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes
Perintis Padang.

Bukittinggi, 18 Juli 2018

Pembimbing,



Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep
Nik : 1440125028004033

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, S. Kep, M. Kep
NIK. 1420123106993012

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmad dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. B Dengan Pneumonia Di Ruang Rawat Inap Paru Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”** tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad. Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulisan Laporan Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Laporan Studi Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada, bapak Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep selaku pembimbing dan Ibu Ns. Andriani, S.Kep pembimbing klinik Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat yang telah banyak meluangkan waktunya dengan penuh perhatian. Petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan.

Seterusnya ucapan terima kasih saya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Bapak Ns. Muhammad Arif, M. Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
5. Bapak Ns. Falerisiska Yunere, M. Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
6. Ibu Ns. Andriani, S. Kep selaku pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
7. Ibu Ns. Dia Resti DND, M. Kep selaku penguji yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini.
8. Khususnya kepada kedua orang tua ku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta doa yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
9. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua.

Amin.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
DAFTAR SKEMA	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	
1.2.1 Tujuan Umum	3
1.2.2 Tujuan Khusus	3
1.3 Manfaat	
1.3.1 Bagi Institusi	4
1.3.2 Bagi Pelayanan Kesehatan	4
1.3.3 Bagi Klien	5
1.3.4 Bagi Penulis	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Konsep Dasar	
2.1 Pengertian	6
2.2 Anatomi dan fisiologi	7
2.2.1 Anatomi Sistem Pernapasan	7
2.2.1 Fisiologi Pernapasan	12
2.3 Etiologi	15
2.4 Klasifikasi	16
2.5 Manifestasi Klinis	22
2.6 Patofisiologi/Woc	24
2.7 Pemeriksaan Penunjang	27
2.8 Penatalaksanaan	28
2.8.1 Keperawatan	28
2.8.2 Medis	29
2.9 Komplikasi	30

B. Asuhan Keperawatan Teoritis	
1. Pengkajian.....	32
2. Diagnosa Keperawatan.....	40
3. Intervensi.....	40
4. Implementasi.....	50
5. Evaluasi.....	50

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian.....	52
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	82
3.3 Intervensi.....	83
3.4 Catatan Perkembangan.....	88

BAB IV PEMBAHASAN	103
--------------------------------	------------

BAB V PENUTUP

5.1 kesimpulan.....	118
5.2 Saran.....	120

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.2.1. (a). Anatomi Sistem Pernapasan	8
Gambar 2.2.1. (b). Anatomi Paru-paru.....	9

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Umum Penyebab Pneumonia	16
Tabel 2.2 Pneumonia Umum Ditemukan	20
Tabel 2.3 Intervensi Secara Teoritis.....	43
Tabel 3.1 Data Biologis.....	65
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Labor Hematologi	68
Tabel 3.3 Data Pengobatan	70
Tabel 3.4 Analisa Data	79
Tabel 3.5 Intervensi.....	83
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan.....	88

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Pernyataan Persetujuan.

Lampiran II Lembaran Konsultasi Bimbingan.

Lampiran III Data Pengobatan Pasien.

Lampiran IV SOP Tindakan Gosok Gigi.

Lampiran V Daftar Hadir Pengamatan Kasus.

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema <i>WOC</i> Pneumonia	26

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.

Saat ini terdapat lima penyakit paru (*Big Five*) dengan insiden terbesar yaitu Karsinoma Paru, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), Tuberkulosis, Pneumonia dan Asma. Pneumonia merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada orang-orang dewasa. Pneumonia disebabkan oleh satu atau lebih agens yaitu : virus, bakteri (mikoplasma), fungi, parasit atau aspirasi zat asing (Betz & Sowden, 2009). Pneumonia adalah proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (*alveoli*). Terjadinya pneumonia pada anak sering kali bersamaan dengan proses infeksi akut pada bronkus (biasa disebut *broncho Pneumonia*) (Dinkes RI, 2009).

Pneumonia adalah radang paru yang disebabkan oleh bakteri dengan gejala panas tinggi disertai batuk berdahak, napas cepat (frekuensi nafas >50 kali/menit), sesak, dan gejala lainnya (sakit kepala, gelisah dan nafsu makan berkurang) (Riskesdas, 2013). Pneumonia atau *pneumonitis* merupakan peradangan akut parenkim paru yang biasanya berasal dari suatu infeksi. Sehingga ditemukannya infeksi *nosokomial* (didapat dari rumah sakit) yang resisten terhadap *antibiotic*, ditemukannya organisme-organisme yang baru (seperti *legionella*). Terlebih jika penderita yang lemah daya tahan tubuhnya kemungkinan dapat terjadi pneumonia. Sehingga fenomena yang terjadi pada pneumonia masih sering di dapatkan di rumah sakit, hal ini menjadi penyebab mengapa pneumonia masih merupakan masalah kesehatan yang mencolok.

Hingga saat ini masih tercatat sebagai masalah kesehatan utama pada orang-orang dewasa di negara berkembang.

Di Amerika Serikat Pneumonia yang sering menyebabkan kematian. Dengan pria menduduki peringkat ke-empat dan wanita peringkat ke-lima sebagai akibat hospitalisasi. (Brunner & Suddarth, 2002). Di Indonesia, pneumonia merupakan penyebab kematian No. 3 setelah kardiovaskuler dan Tuberkolosis (TBC). Faktor sosial ekonomi yang rendah mempertinggi angka kematian (Misnadiarly, 2008).

Menurut Depkes RI 2010 pneumonia merupakan peringkat ke sepuluh besar rawat inap di seluruh Indonesia 2010. Dengan angka kejadian 17.311 jiwa 53,95% laki-laki, 46,05% perempuan dan terdapat 7,6% pasien meninggal. Berdasarkan rekam medik di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi angka kejadian dari penyakit pneumonia selama bulan Januari sampai Juni 2018 menunjukkan angka kejadian sebanyak 4 orang. Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan mampu ikut serta dalam upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Berdasarkan pemaparan diatas, penulis tertarik membahas **Asuhan Keperawatan pada Tn.B dengan Pneumonia Di Ruang Inap Paru RSUD Dr.Ahmad Mochtar Bukittinggi.**

1.2 Tujuan.

1.2.1 Tujuan Umum.

Mampu memahami, konsep tentang pneumonia sehingga dapat menerapkan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Tn.B dengan pneumonia serta mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan medikal bedah dengan penyakit pneumonia di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

1.2.2 Tujuan Khusus.

1.2.2.1 Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam menunjang asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit pneumonia di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

1.2.2.2 Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan klien dengan penyakit pneumonia di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

1.2.2.3 Mampu membuat perencanaan (intervensi) keperawatan pada asuhan keperawatan klien dengan penyakit pneumonia di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

1.2.2.4 Mampu melakukan implementasi atau tindakan keperawatan berdasarkan pada asuhan keperawatan klien dengan penyakit

pneumonia di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

1.2.2.5 Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada asuhan keperawatan klien dengan penyakit pneumonia di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

1.2.2.6 Mampu melakukan pendokumentasian keperawatan pada asuhan keperawatan klien dengan penyakit pneumonia di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

1.3 Manfaat.

1.3.1 Bagi Institusi.

Digunakan Sebagai bahan informasi dan referensi bagi institusi pendidikan dalam memahami asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit pneumonia, sehingga dapat menambah pengetahuan dan sebagai acuan dalam memahami asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit pneumonia.

1.3.2 Bagi Pelayanan Kesehatan.

Dapat menjadi masukan bagi tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit khususnya perawat di ruangan paru untuk mengambil langkah-langkah dan kebijakan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan khususnya pada penderita pneumonia.

1.3.3 Bagi Klien.

Dapat menambah pengetahuan klien tentang penyakit pneumonia dan sebagai bukti tertulis yang menunjukkan bahwa klien telah menerima asuhan keperawatan yang merupakan bantuan dalam pemecahan masalah kesehatan yang dialami.

1.3.4 Bagi Penulis.

- 1) Merupakan bahan evaluasi tentang kemampuan penerapan konsep keperawatan yang didapatkan selama pendidikan dalam praktik keperawatan secara nyata.
- 2) Sebagai bahan untuk memperoleh tambahan pengetahuan dan keterampilan tentang asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem pernapasan (pneumonia).
- 3) Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit pneumonia dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

2.1 Pengertian.

Pneumonia adalah salah satu penyakit infeksi saluran pernafasan bawah akut (ISNBA) dengan batuk dan disertai dengan sesak nafas disebabkan agens infeksius seperti : virus bakteri, *mycoplasma* (fungi), dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru-paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi. (Nurarif & Kusuma, 2015). Pneumonia adalah peradangan yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratori, dan alveoli, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat. (Zul Dahlan, 2014).

Pneumonia adalah inflamasi atau infeksi pada parenkim paru. Pneumonia disebabkan oleh satu atau lebih agens yaitu : virus, bakteri (*mikoplasma*), fungi, parasit atau aspirasi zat asing (Betz & Sowden, 2009). Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang terdapat konsolidasi dan terjadi pengikisan rongga alveoli oleh eksudat yang dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing. (Muttaqin Arif, 2008).

Pneumonia adalah proses inflamatori parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh agens infeksius. Pneumonia merupakan infeksi akut parenkim paru yang biasanya menyebabkan gangguan pertukaran udara.

Prognosis biasanya baik untuk pasien yang memiliki paru-paru normal dan pertahanan tubuh yang mencakup sebelum mulai terjadinya pneumonia, meskipun demikian pneumonia merupakan peringkat ke-6 penyebab kematian tersering di Amerika Serikat. (Robinson & Saputra, 2014).

Sedangkan menurut (Brunner & Suddarth, 2002). Pneumonia adalah penyakit infeksius yang sering menyebabkan kematian di Amerika Serikat. Dengan pria menduduki peringkat ke-empat dan wanita peringkat ke-lima sebagai akibat hospitalisasi.

Jadi dari beberapa pengertian diatas dapat di simpulkan bahwa pneumonia adalah Suatu infeksi saluran pernafasan akut bagian bawah yang mengenai parenkim paru yang di sebabkan oleh agen infeksius seperti virus, bakteri, *mycoplasma* (fungi) maupun benda asing.

2.2 Anatomi dan Fisiologi

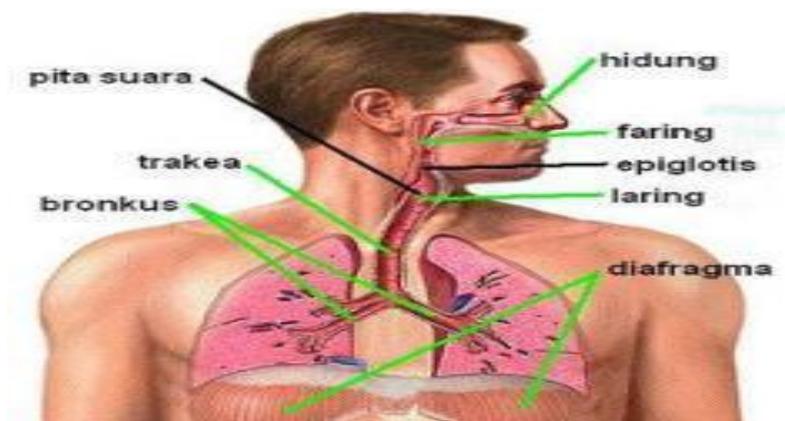
2.2.1 Anatomi Sistem Pernapasan

Paru-paru merupakan alat pernapasan utama. Paru-paru mengisi rongga dada. Terletak disebelah kanan dan kiri dan tengah dipisahkan oleh jantung beserta pembuluh darah besarnya dan struktur lainnya yang terletak didalam mediastinum. Paru-paru adalah organ yang berbentuk kerucut dengan apeks (puncak) diatas dan muncul sedikit lebih tinggi daripada klavikula di dalam dasar leher. Pangkal paru-paru duduk di atas landai rongga toraks, diatas diafragma. Paru-paru mempunyai permukaan luar yang menyentuh iga-iga, permukaan dalam yang memuat tampak paru-paru, sisi

belakang yang menyentuh tulang belakang, dan sisi depan yang menutupi sebagian sisi depan jantung.

Saluran nafas yang dilalui udara adalah hidung, faring, laring, trakea, bronkus, bronkiolus dan alveoli. Di dalamnya terdapat suatu sistem yang sedemikian rupa dapat menghangatkan udara sebelum sampai ke alveoli. Terdapat juga suatu sistem pertahanan yang memungkinkan kotoran atau benda asing yang masuk dapat dikeluarkan baik melalui batuk ataupun bersin.

Anatomi sistem pernafasan antara Lain :



Gambar 2.2.1.(a) Anatomi System Pernafasan

1) Saluran pernafasan bagian atas:

a. Rongga hidung

Rongga hidung dilapisi dengan membran mukosa yang sangat banyak mengandung vaskular yang disebut mukosa hidung. Lendir disekresi secara terus menerus oleh sel-sel goblet yang melapisi permukaan mukosa hidung dan bergerak ke belakang ke *nasofaring* oleh gerakan silia.

Hidung berfungsi sebagai penyaring kotoran, melembabkan serta menghangatkan udara yang dihirup ke dalam paru-paru.

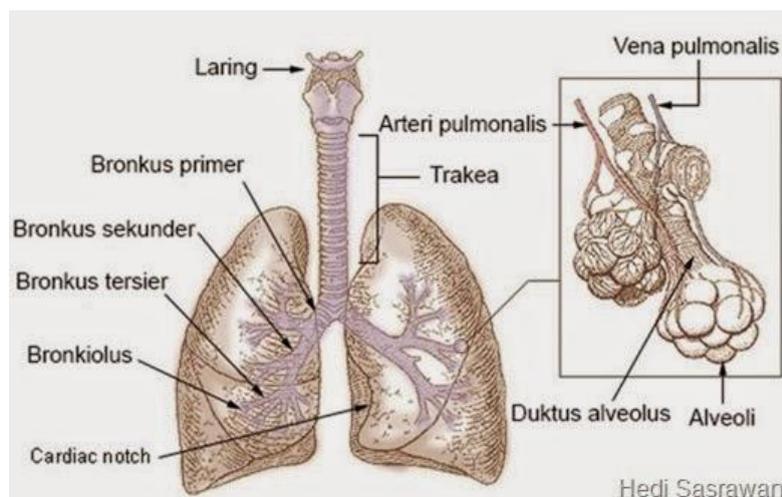
b. Faring

Faring adalah struktur yang menghubungkan hidung dengan rongga mulut ke laring. Faring dibagi menjadi tiga region ; *nasofaring, orofaring, dan laringofaring*. Fungsi utamanya adalah untuk menyediakan saluran pada *traktus respiratoriun dan digestif*.

c. Laring

laring adalah struktur *epitel kartilago* yang menghubungkan *faring* dengan *trachea*. Fungsi utamanya adalah untuk memungkinkan terjadinya lokalisasi. Laring juga melindungi jalan nafas bawah dari obstruksi benda asing dan memudahkan batuk.

2) Saluran pernafasan bagian bawah:



Gambar 2.2.1.(b). Gambar anatomi paru-paru.

a. Trakhea

Disokong oleh cincin tulang rawan yang berbentuk seperti sepatu kuda yang panjangnya kurang lebih 5 inci, tempat dimana trakea bercabang menjadi bronkus utama kiri dan kanan dikenal sebagai karina. Karina memiliki banyak saraf dan dapat menyebabkan bronkospasme dan batuk yang kuat jika dirangsang.

b. Bronkus

Terdiri atas 2 bagian yaitu *broncus* kanan dan kiri. *Broncus* kanan lebih pendek dan lebar, merupakan kelanjutan dari trakhea yang arahnya hampir vertikal. *Bronchus* kiri lebih panjang dan lebih sempit, merupakan kelanjutan dari trakhea dengan sudut yang lebih tajam. Cabang utama *bronchus* kanan dan kiri bercabang menjadi *bronchus lobaris* kemudian *bronchus segmentaliis*. Bronkus dan bronkiolus dilapisi oleh sel-sel yang permukaannya dilapisi oleh rambut pendek yang disebut silia, yang berfungsi untuk mengeluarkan lendir dan benda asing menjauhi paru menuju laring.

c. Bronkiolus.

Membentuk percabangan menjadi bronkiolus terminalis yang tidak mempunyai kelenjar lendir dan silia. Bronkiolus terminalis kemudian menjadi bronkiolus respiratori yang

menjadi saluran transisional antara jalan udara konduksi dan jalan udara pertukaran gas.

d. Alveoli.

Paru terbentuk oleh sekitar 300 juta alveoli. Terdapat tiga jenis sel alveolar, sel alveolar tipe I adalah sel epitel yang membentuk dinding alveolar. Sel alveolar tipe II sel-sel yang aktif secara metabolik, mensekresi surfactan, suatu fosfolipid yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveolar agar tidak kolaps. Sel alveolar tipe III adalah makrofag yang merupakan sel-sel fagositosis yang besar yang memakan benda asing dan bekerja sebagai mekanisme pertahanan penting.

e. Alveolus.

Struktur anatomi yang memiliki bentuk yang berongga. Terdapat pada parenkim paru-paru, yang merupakan ujung dari pernapasan, dimana kedua sisi merupakan tempat pertukaran darah.

f. Paru-paru.

Merupakan alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung (gelombang hawa, alveoli).

2.2.2 Fisiologi Pernapasan.

Fungsi paru-paru ialah pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida. Pada pernafasan melalui paru-paru atau pernafasan eksterna, oksigen dipungut melalui hidung dan mulut pada waktu bernafas; oksigen masuk melalui *trakea* dan pipa *bronchial* ke *alveoli*, dan dapat berhubungan erat dengan darah di dalam kapiler pulmonaris (Pearce. C. E, 2009).

Proses fisiologi pernapasan dimana oksigen dipindahkan dari udara ke dalam jaringan, dan karbondioksida dikeluarkan ke udara *ekspirasi* dapat dibagi menjadi 3 stadium. Stadium pertama adalah ventilasi, yaitu masuknya campuran gas-gas ke dalam dan keluar paru-paru. stadium kedua adalah transportasi, yang terdiri dari beberapa aspek :

- 1) Difusi gas-gas antara *alveolus* dan kapiler paru-paru (respirasi eksterna) dan antara darah sistemik dan sel-sel jaringan.
- 2) Distribusi darah dalam sirkulasi pulmonar.
- 3) Reaksi kimia dan fisik dari O_2 dan CO_2 dengan darah.

Stadium terakhir adalah respirasi sel atau respirasi interna, yaitu pada saat metabolik dioksidasi untuk mendapatkan energi, dan CO_2 terbentuk sebagai sampah proses metabolisme sel dan dikeluarkan oleh paru-paru. Jumlah udara yang diinspirasi atau diekspirasi pada setiap kali bernapas disebut volume tidal yaitu sekitar 500 ml. Kapasitas vital paru-paru, yaitu jumlah udara maksimal yang dapat

diekspirasi sesudah inspirasi maksimal sekitar 4500 ml. Volume residu, yaitu jumlah udara yang tertinggal dalam paru-paru sesudah ekspirasi maksimal sekitar 1500 ml (Price & Wilson, 2005).

Di dalam paru-paru, karbon dioksida, salah satu hasil buangan metabolisme, menembus membran alveoler-kapiler dari kapiler darah ke alveoli dan setelah melalui pipa bronkial dan trakea, dinapaskan keluar melalui hidung dan mulut.

Empat proses yang berhubungan dengan pernapasan pulmoner atau pernapasan *eksterna* :

- 1) Ventilasi pulmoner, atau gerak pernapasan yang menukar udara dalam alveoli dengan udara luar.
- 2) Arus darah melalui paru – paru.
- 3) Distribusi arus udara dan arus darah sedemikian sehingga dalam jumlah tepat dapat mencapai semua bagian tubuh.
- 4) Difusi gas yang menembusi membran pemisah alveoli dan kapiler. CO₂ lebih mudah berdifusi dari pada oksigen.

Semua proses ini diatur sedemikian sehingga darah yang meninggalkan paru-paru menerima jumlah tepat CO₂ dan O₂. Pada waktu gerak badan, lebih banyak darah datang di paru-paru membawa terlalu banyak CO₂ dan terlampau sedikit O₂. Jumlah CO₂ itu tidak dapat dikeluarkan, maka konsentrasinya dalam darah arteri bertambah. Hal ini merangsang pusat pernapasan dalam otak untuk memperbesar kecepatan dan dalamnya pernapasan.

Penambahan ventilasi ini mengeluarkan CO₂ dan memungut lebih banyak O₂.

Pernapasan jaringan atau pernapasan interna. Darah yang telah menjenuhkan hemoglobinnya dengan oksigen (*oksihemoglobin*) mengitari seluruh tubuh dan akhirnya mencapai kapiler, di mana darah bergerak sangat lambat. Sel jaringan memungut oksigen dari hemoglobin untuk memungkinkan oksigen berlangsung, dan darah menerima, sebagai gantinya, yaitu karbon dioksida.

Perubahan-perubahan berikut terjadi pada komposisi udara dalam alveoli, yang disebabkan pernapasan eksterna dan pernapasan interna atau pernapasan jaringan. Udara (atmosfer) yang di hirup:

Nitrogen	79 %
Oksigen	20 %
Karbon dioksida	0-0,4 %

Udara yang masuk alveoli mempunyai suhu dan kelembaban atmosfer

Udara yang diembuskan:

Nitrogen.....	79 %
Oksigen.....	16 %
Karbon dioksida	4-0,4 %

Daya muat udara oleh paru-paru. Besar daya muat udara oleh paru-paru ialah 4.500 ml sampai 5000 ml atau $4\frac{1}{2}$ sampai 5 liter udara. Hanya sebagian kecil dari udara ini, kira-kira $\frac{1}{10}$ nya atau 500 ml adalah udara pasang surut (tidal air), yaitu yang di hirup masuk dan dihembuskan keluar pada pernapasan biasa dengan tenang.

Kapasitas vital, volume udara yang dapat di capai masuk dan keluar paru-paru pada penarikan napas paling kuat disebut kapasitas vital paru-paru. Diukurinya dengan alat *spirometer*. Pada seorang laki-laki, normal 4-5 liter dan pada seorang perempuan, 3-4 liter. Kapasitas itu berkurang pada penyakit paru-paru, penyakit jantung (yang menimbulkan kongesti paru-paru) dan kelemahan otot pernapasan (Pearce. C. E, 2009).

2.3 Etiologi.

Menurut (LeMone. Atai, 2016) pneumonia didapatkan oleh 2 penyebab antara lain : infeksius dan noninfeksius. Penyebab infeksius yaitu bakteri, virus, jamur, protozoa dan mikroba. Sedangkan penyebab noninfeksius antara lain adalah aspirasi isi lambung dan inhalasi gas beracun atau gas yang mengiritasi. Pneumonia infeksius sering kali diklasifikasikan sebagai infeksi yang didapat komunitas, infeksi nosokomial (didapat dirumah sakit), atau *oportunistik* (Imun menurun).

Berikut tabel umum penyebab pneumonia pada orang dewasa (LeMone. Atal, 2016).

Didapat Komunitas	Didapat Rumah Sakit	Oportunistiik.
- <i>Streptococcus pneumonia.</i>	- <i>Staphylococcus aureus.</i>	- <i>Pneumocystis carinii.</i>
- <i>Mycoplasma pneumonia.</i>	- <i>Pseudomonas aeruginosa.</i>	- <i>Mycobacterium tuberculosis.</i>
- <i>Haemophilus influenza.</i>	- <i>Klebsiella pneumonia.</i>	- <i>Cytomegalovirus (CMV).</i>
- <i>Influenza virus.</i>	- <i>Eschericia coli.</i>	- <i>Mikobakteria atipikal.</i>
- <i>Chlamydia pneumonia.</i>		- Jamur.
- <i>Legionella pneumophila</i>		

Table 2.1 Umum Penyebab Pneumonia

Penyebaran infeksi terjadi melalui droplet dan sering disebabkan oleh *streptococcus pneumonia*, melalui slang infuse oleh *staphylococcus aureus* sedangkan pada pemakaian ventilator oleh *p.aeruginosa* dan *enterobacter*. Dan masa kini terjadi karena perubahan keadaan pasien seperti kekebalan tubuh dan penyakit kronis, polusi lingkungan, penggunaan antibiotik yang tidak tepat (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.4 Klasifikasi.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan anatomi (pola keterlibatan paru) (LeMone. Atal, 2016) antara lain :

1. Pneumonia lobal, biasanya mengenai seluruh lobus paru. Proses awalnya, ketika respons imun minimal, bakteri menyebar sepanjang lobus yang terkena dengan akumulasi cepat. Cairan edema karena terjadi respons imun dan *inflamasi*, *RBC* dan *neutrofil*, merusak sel epitel, dan fibrin berakumulasi dalam alveoli. Eksudat purulen

mengandung neurofil dan makrofag terbentuk. Karena alveoli dan bronkiolus pernafasan terisi dengan eksudat, sel darah, fibrin, dan bacteria, konsolidasi (solidifikasi) jaringan paru terjadi. Akhirnya, proses sembuh karena enzim menghancurkan eksudat dan sisa debris direabsorpsi, di fagosit, atau dibatukan keluar.

2. Bronkopneumonia (pneumonia lobularis), Biasanya mengenai bagian jaringan paru terkait, ditandai dengan konsolidasi bercak. Eksudat cenderung tetap terutama di bronki dan bronkiolus, dengan sedikit edema dan kongesti alveoli daripada Pneumonia lobar.
3. Pneumonia interstisial (Bronkiolitis), proses inflamasi terutama melibatkan *interstisium* : dinding alveolar dan jaringan ikat yang menyokong pohon *bronchial*. Keterlibatan dapat berupa bercak atau difus karena limfosit, makrofag, dan sel plasma menginfiltrasi septa alveolar. Ketika alveoli biasanya tidak mengandung eksudat yang banyak, membrane hialin yang kaya protein dapat melapisi alveoli, mengandung pertukaran gas.
4. Pneumonia milier, pada pneumonia milier, sejumlah lesi inflamasi memiliki ciri tersendiri terjadi sebagai akibat penyebaran patogen ke paru melalui aliran darah. Pneumonia milier umumnya terlihat pada orang yang mengalami luluh imun berat. Sebagai akibatnya, respons imun buruk dan kerusakan jaringan pleura sangat signifikan.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan inang dan lingkungan (LeMone. Atal, 2016) :

1. Pneumonia Komunitas (*Community-Acquired Pneumonia*).

Pneumonia komunitas merupakan salah satu penyakit infeksius yang sering di sebabkan oleh bakteri yaitu *Streptococcus pneumoniae*.

Bakteri ini terletak di saluran napas atas pada hingga 70% orang dewasa. Bakteri ini dapat menyebar secara langsung dari kontak orang ke orang melalui droplet.

2. Penyakit *Legionnaire*.

Penyakit *Legionnaire* adalah bentuk bronkopneumonia yang disebabkan oleh *legionella pneumophila*, bakteri gram negative yang secara luas ditemukan dalam air, terutama air hangat. Perokok, lansia, dan orang yang menderita penyakit kronik atau gangguan pertukaran imun merupakan orang yang paling rentan terhadap penyakit *Legionnaire*.

3. *Pneumonia Atipikal Primer*

Pneumonia disebabkan oleh *Mycoplasma pneumoniae* umumnya diklasifikasikan sebagai *Pneumonia Atipikal Primer* karena manifestasi dan rangkaian penyakit sangat berbeda dengan Pneumonia bakteri lainnya. Dewasa muda khususnya mahasiswa dan calon anggota militer merupakan populasi yang umumnya terkena.

Pneumonia ini sangat menular.

4. Pneumonia Virus.

Pneumonia virus umumnya merupakan penyakit ringan yang sering

kali mengenai lansia dan orang yang mengalami kondisi kronik. Sekitar 10% pneumonia ini terjadi pada orang dewasa.

5. Pneumonia Pneumosis

Orang yang mengalami luh immun yang parah beresiko terjadinya pneumonia oportunistik yang disebabkan oleh *Pneumocystis jiroveci*, parasit yang lazim ditemukan di seluruh dunia. Infeksi oportunistik dapat terjadi pada orang yang ditangani dengan immunosupresif atau obat sitotoksik untuk kanker atau transplan organ.

6. Pneumonia Aspirasi.

Pneumonia aspirasi merupakan aspirasi isi lambung ke paru-paru yang menyebabkan pneumonia kimia dan bakteri.

Pneumonia yang umum ditemukan :

No.	Jenis Pneumonia	Etiologi	Tanda dan Gejala	Komplikasi
1	<i>Pneumonia Bakterialis</i> <i>Pneumonia streptokokus</i>	<i>Streptococcus pneumonia</i>	Lesi herpes simpleks sering timbul pada wajah. Biasanya mengenai satu lobus atau lebih. Bakteremia umum terjadi. Infiltrate lobus kanan bawah biasanya tampak pada rontgen dada, kadang dengan pola bronkopneumonia.	Syok, efusi plura, superinfeksi, perikarditis dan otitis media.
2.	<i>Pneumonia stafilokokus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	Hipoksemia berat, sianosis, infeksi nekrotik. Bakteremia umum terjadi.	Pneumotoraks atau efusi pleural, abses paru, empiema, meningitis, edokarditis.
3	<i>Pneumonia klebsiella</i>	<i>Klebsiella pneumonia</i> (<i>basilus aerobic gram negative basilus Friedlander berkapsul</i>)	Nekrosis jaringan terjadi dengan cepat dalam paru-paru (menyerupai TB) dengan pembentukan ruang pada beberapa pasien.	Abses paru multiple dengan pembentukan kista, empiema, perikarditis, efusi pleura. Mungkin parah, berkembang mengarah pada hasil yang fatal.
4	<i>Pneumonia pseudomonas</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Konsolidasi difus tampak pada gambaran rontgen dada.	Mencakup peronggaan paru. Mempunyai kapasitas untuk menyerang pembuluh darah, menyebabkan hemoragi dan infark paru. Biasanya menimbulkan perawatan di rumah sakit. Abses paru dan efusi pleura.
5.	<i>Haemophilus influenza</i>	<i>Haemophilus influenza</i>	Seringkali awitan tersembunyi yang berkaitan dengan infeksi system pernafasan atas 2 sampai 6 minggu sebelum awitan penyakit. Demam, menggigil, batuk produktif.	
6.	Pneumonia Atipikal Penyakit <i>legionnaires</i> .	<i>Legionella pneumophila</i>	Gejala-gejalanya seperti flu. Demam tinggi dengan deficit nadi-suhu (bradikardia relative), klem piker, sakit kepala, nyeri pleuritis, mialgia, dispnea, batuk	Hipotensi, syok dan gagal ginjal akut.

7.	Pneumonia (lanjutan). Pneumonia mikoplasma	Atipikal <i>Mycoplasma pneumonia</i>	produktif, hemoptisis. Sakit tenggorok, hidung tersumbat, nyeri telinga, sakit kepala, demam rendah, nyeri pleuritis, mialgia, diare, ruam eritema, faringitis.	Meningitis aseptic, meningoensefalitis, ataksia serebral, sindrom Guillain-Berre, mielitis transver-sal, perikarditis, miokarditis.
8.	Pneumonia virus	Virus influenza tipe A B C	Pada kebanyakan pasien, influenza mulai sebagai infeksi akut system pernafasan atas; yang lainnya mengalami bronchitis, pleurisi dan yang lainnya lagi mengalami gejala-gejala saluran cerna.	Infeksi <i>bacterial superimposed, bronkopneumonia.</i>
9.	<i>Pneumonia pneumocictis Carinil (PCP).</i>	<i>Penumocycctis carinil</i>	Infiltrate paru pada gambar rontgen dada.	Gagal napas.
10.	Pneumonia fungi	<i>Aspergillus fumigates.</i>	Batuk, hemoptisis, infiltrate.	Tidak ada komplikasi.
11.	Pneumonia klamidia (pneumonia TWAR)	<i>Cipittaci</i>	Suara serak, demam, faringitis, rhinitis, batuk nonproduktif, mialgias, artalgia.	Reinfeksi dan ARDS
12.	Tuberculosis	<i>Mycobacterium tuberculosis.</i>	Penurunan BB, demam, berkeringat malam, hemoptisis, pembentukan sputum, hemoptisis, infiltrat nonspesifik (lobus bawah), pembesaran nodus hilus, efusi pleura pada gambar rontgen dada.	Reinfeksi dan ARDS

Sumber : Brunner & Suddarth, 2002.

2.2 Pneumonia Umum Ditemukan.

2.5 Manifestasi Klinis.

Tanda dan gejala yang biasanya dijumpai pada pneumonia adalah demam atau panas tinggi disertai batuk berdahak yang produktif, napas cepat (frekuensi nafas >50 kali/menit), selain itu pasien akan merasa nyeri dada seperti ditusuk pisau atau sesak, sakit kepala, gelisah dan nafsu makan berkurang (Rikesdas, 2013). Pneumonia *bacterial (pneumokokus)* secara khas diawali dengan awitan menggil, demam yang timbul dengan cepat ($39,5^{\circ}$ sampai $40,5^{\circ}$), dan nyeri dada yang tersa ditusuk-tusuk yang dicetuskan oleh bernapas dan batuk. Pasien sangat sakit dengan *takipnea* sangat jelas disertai dengan pernapasan mendengkur, pernapasan cuping hidung, dan penggunaan otot-otot aksesori pernapasan. Pneumonia atipikal beragam dalam gejalanya, tergantung pada organism penyebab.

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

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

Tanda-tanda klinis utama pneumonia menurut (Betz & Sowden, 2009) meliputi hal-hal sebagai berikut :

- 1) Batuk.
- 2) Dispnea.
- 3) Takipea.
- 4) Pucat, tampilan kehitaman, atau sianosis (biasanya tanda lanjut).
- 5) Melemah atau kehilangan suara nafas.
- 6) Retaksi dinding thorak : interkostal, substernal, diafragma, atau Nafas cuping hidung.
- 7) Nyeri abdomen (disebabkan oleh iritasi diafragma oleh paru terinfeksi didekatnya).
- 8) Batuk paroksismal mirip pertusis (sering terjadi pada anak yang lebih kecil).
- 9) Anak-anak yang lebih besar tidak Nampak sakit.
- 10) Demam
- 11) Sakit kepala sesak nafas.
- 12) Menggigil.
- 13) Berkeringat.

Ada beberapa faktor resiko pneumonia (Depkes RI, 2005):

- 1) Usia tua atau anak-anak.
- 2) Merokok.
- 3) Adanya penyakit paru yang menyertai.
- 4) Infeksi Saluran Pernapasan yang disebabkan oleh virus.
- 5) Splenektomi (*Pneumococcal Pneumonia*).

- 6) Obstruksi bronkhial.
- 7) *Immunocompromise* atau mendapat obat *Immunosuppressive* seperti kortikosteroid.
- 8) Perubahan kesadaran (predisposisi untuk pneumonia aspirasi).

Tanda dan gejala menurut (Robinson & Saputra, 2014) antara lain :

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Batuk | 9. Sesak napas. |
| 2. Dispnea. | 10. Produksi sputum. |
| 3. Lemah. | 11. Berkeringat. |
| 4. Demam. | 12. Penurunan saturasi oksigen dengan alat oksimetri denyut (pulse oximetry reading). |
| 5. Pusing. | |
| 6. Nyeri dada pleuritik. | |
| 7. Napas cepat dan dangkal. | 13. Ronki dan melemahnya bunyi nafas. |
| 8. Menggigil. | |

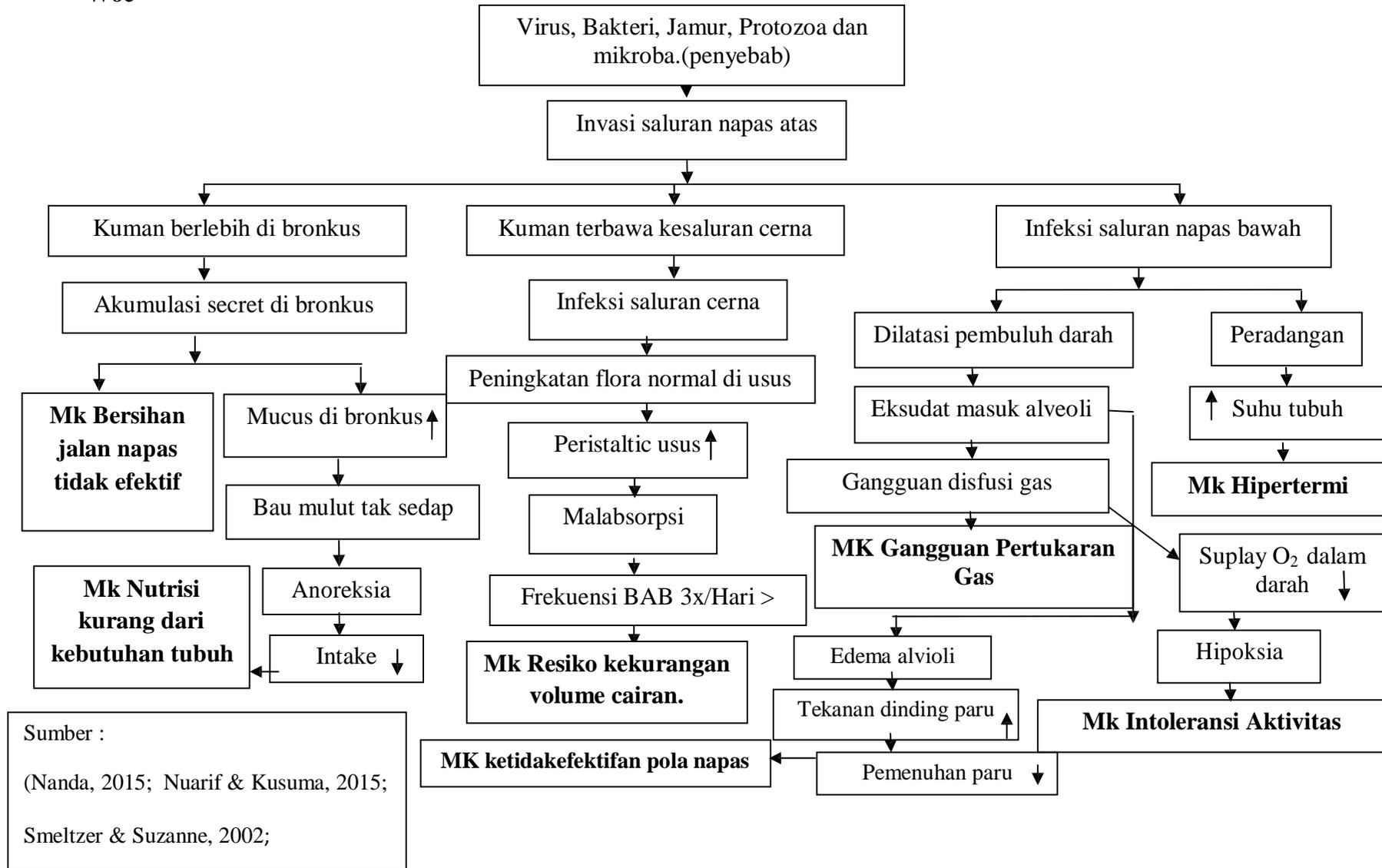
2.6 Patofisiologi/Woc.

Gambaran patologis tertentu dapat ditunjukkan oleh beberapa bakteri tertentu bila dibandingkan dengan bakteri lain. Infeksi *Streptococcus pneumonia* biasanya bermanifestasi sebagai bercak-bercak konsolidasi merata di seluruh lapangan paru (*bronkopneumonia*), dan pada remaja dapat berupa konsolidasi pada satu lobus (pneumonia lobaris). Pneumotokel atau abses-abses kecil sering disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* pada neonates, karena *Staphylococcus aureus*

menghasilkan berbagai toksin dan enzim seperti hemolisin, lekosidin, stafilokinase, dan koagulase. Toksin dan enzim ini menyebabkan nekrosis pendarahan, dan kavitasi. Koagulase berinteraksi dengan faktor plasma dan menghasilkan bahan aktif yang mengkonversi fibrinogen menjadi fibrin, sehingga terjadi eksudat fibrinopurulen. Terdapat korelasi antara produksi koagulase dan virulensi kuman. *Staphylococcus* yang tidak menghasilkan koagulase jarang menimbulkan penyakit yang serius. Pneumotokel dapat menetap hingga berbulan-bulan, tetapi biasanya tidak memerlukan terapi lebih lanjut (Rahajoe dkk, 2008).

Sedangkan Pneumonia bacterial menyerang baik ventilasi maupun difusi. Suatu reaksi-reaksi inflamasi yang dilakukan oleh pneumokokus terjadi pada alveoli dan menghasilkan eksudat, yang mengganggu gerakan dan difusi oksigen serta karbon dioksida. Sel-sel darah putih, kebanyakan neutrofil, juga bermigrasi ke dalam alveoli dan memenuhi ruang yang biasanya mengandung udara. Area paru tidak mendapat ventilasi yang cukup karena sekresi, edema mukosa, dan bronkospasme, menyebabkan oklusi parsial bronki atau alveoli dengan mengakibatkan penurunan tahanan oksigen alveolar. Darah vena yang memasuki paru-paru lewat melalui area yang kurang terventilasi dan keluar ke sisi kiri jantung tanpa mengalami oksigenasi. Pada pokoknya, darah terpirau dari sisi kanan ke sisi kiri jantung. Percampuran darah yang teroksigenasi dan tidak teroksigenasi ini akhirnya mengakibatkan hipoksemia arterial. (Brunner & Suddarth, 2002).

Woc



2.7 Pemeriksaan Penunjang.

1. Sinar x : Mengidentifikasi distribusi structural (misal: labor, bronchial), dapat juga menyatakan abses.
2. Biopsy paru : Untuk menetapkan diagnosis.
3. Pemeriksaan gram atau kultur, sputum dan darah : untuk dapat mengidentifikasi semua organisme yang ada.
4. Pemeriksaan serologi : Membantu dalam membedakan diagnosis organisme khusus.
5. Pemeriksaan fungsi paru : Untuk mengetahui paru-paru, menetapkan luas berat penyakit dan membantu diagnosis keadaan.
6. Spirometrik static : Untuk mengkaji jumlah udara yang diaspirasi.
7. Bronkostopi : Untuk menetapkan diagnosis dan mengangkat benda asing. (Nurarif & Kusuma, 2015).

Pneumonia didiagnosis berdasarkan tanda klinik dan gejala, hasil pemeriksaan laboratorium dan mikrobiologis, evaluasi foto x-ray dada (IDAI, 2009). Berikut untuk pemeriksaan penunjang pada pneumonia :

1. Pemeriksaan Radiologi.

Foto thoraks (*PA/lateral*) merupakan pemeriksaan penunjang utama untuk menegakkan diagnosis. Gambaran radiologis dapat berupa infiltrate sampai konsolidasi dengan *air broncogram*, penyebab bronkogenik dan interstisial serta gambar kaviti. Gambar adanya infiltrate dari foto x-ray merupakan standar yang memastikan diagnosis (IDAI, 2009). Foto thoraks saja tidak dapat secara khas menentukan penyebab pneumonia, hanya merupakan

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

2. Pemeriksaan Laboratorium.

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

2.8 Penatalaksanaan.

2.8.1 Keperawatan

Kepada penderita yang penyakitnya tidak berat, bisa diberikan antibiotic per-oral, dan tetap tinggal dirumah. Penderita yang lebih tua dan penderita dengan sesak nafas atau dengan penyakit jantung atau paru lainnya, harus dirawat dan antibiotic diberikan melalui infuse. Mungkin perlu diberikan oksigen tambahan, cairan intravena dan alat bantu nafas mekanik. Kebanyakan penderita akan memberikan respon terhadap pengobatan dan keadaannya

membaik dalam waktu 2 minggu. Penatalaksanaan umum yang dapat diberikan antara lain :

1. Oksigen 1-2 L/menit.
2. IVFD dekstrose 10 % , NaCl 0,9% = 3 : 1, + KCl 10 mEq/500 ml cairan.
3. Jumlah cairan sesuai berat badan, kenaikan suhu, dan status hidrasi.
4. Jika sesak tidak terlalu berat, dapat dimulai makanan enteral bertahap melalui selang nasogastrik dengan feeding drip.
5. Jika sekresi lender berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transport mukosilier.
6. Koreksi gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit

(Nurarif & Kusuma, 2015).

2.8.2 Medis

Konsolidasi atau area yang menebal dalam paru-paru yang akan tampak pada rontgen dada mencakup area berbercak atau keseluruhan lobus (pneumonia lobaris). Pada pemeriksaan fisik, temuan tersebut dapat mencakup bunyi napas *bronkovesikular* atau *bronchial*, *kreles*, peningkatan *fremitus*, *egofani*, dan pekak pada perkusi. Pengobatan pneumonia termasuk pemberian antibiotik yang sesuai seperti yang ditetapkan oleh hasil pewarnaan gram. Selain itu untuk pengobatan pneumonia yaitu eritromisin, derivat

tetrasiklin, amantadine, rimantadine, trimetoprim-sulfametoksazol, dapson, pentamidin, ketokonazol. (Brunner & Suddarth, 2002).

Untuk kasus pneumonia community base :

- 1) Ampisilin 100 mg/kg BB/hari dalam 4 kali pemberian.
- 2) Kloramfenikol 75 mg/kg BB/hari dalam 4 kali pemberian

Untuk kasus pneumonia hospital base :

- 1) Sefatoksim 100 mg/kg BB/hari dalam 2 kali pemberian.
- 2) Amikasin 10-15 mg/kg BB/hari dalam 2 kali pemberian.

(Nurarif & Kusuma, 2015,68).

2.9 Komplikasi.

1. Pneumonia ekstrapulmoner, pneumonia pneumokokus dengan bakteremi.
2. Pneumonia ekstrapulmoner non infeksius gagal ginjal, gagal jantung, emboli paru dan infark miokard akut.
3. ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrom*).

Komplikasi lanjut berupa :

1. pneumonia nosokomial.
2. Sepsis.
3. Gagal pernafasan, syok, gagal multiorgan.
4. Penjalaran infeksi (abses otak, endokarditis).
5. Abses paru.
6. Efusi pleura.

Komplikasi yang mungkin terjadi pada pneumonia (Brunner & Suddarth, 2002) antara lain :

1. Hipotensi dan syok.
2. Gagal pernafasan.
3. Atelektasis.
4. Efusi plural.
5. Delirium.
6. Superinfek.

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan ditunjukkan pada respon klien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia (Nursalam, 2001).

1) Identitas Klien.

Nama, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, golongan darah, pendidikan terakhir, agama, suku, status perkawinan, pekerjaan, TB/BB, alamat. Pada kasus pneumonia banyak terjadi pada :

- Jenis kelamin : Paling banyak menderita pneumonia yaitu laki-laki tapi tidak menutup kemungkinan perempuan.
- Umu : Usia yang paling rentang terkena pneumonia yaitu usia tua (lanjut usia) dan anak-anak.

2) Riwayat Kesehatan.

a. Riwayat Kesehatan Sekarang.

Gejala saat ini dan durasinya : adanya sesak nafas atau kesulitan bernafas, nyeri dada dan kaitan nyeri dengan pernapasan: batuk, produktif atau tidak produktif, warna, konsistensi sputum,; gejala lain: kesakitan pernapasan atas saat ini atau kesakitan akut lain; penyakit kronik seperti DM, PPOK, atau penyakit jantung; medikasi saat ini; alergi obat. (LeMone atal, 2016).

b. Riwayat kesehatan dahulu.

Dengan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau memengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini (Rohman & Walid, 2009).

c. Riwayat Kesehatan keluarga.

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit yang menular akibat kontak langsung antara anggota keluarga (Rohman & Walid, 2009).

3) Pemeriksaan fisik :

Tampilan, distress nyata, tingkat kesadaran : tanda-tanda vital, antara lain suhu; warna aksesorius, pernapasan; suara paru. (LeMone. atal, 2016). Pemeriksaan fisik dengan pendekatan persistem dimulai dari kepala Sampai ujung kaki dapat lebih mudah. Dalam melakukan pemeriksaan fisik perlu dibekali kemampuan dalam melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis dan rasional. Teknik pemeriksaan fisik perlu modalitas dasar yang digunakan meliputi: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. (Mutaqqin, 2010)

a. Penampilan umum

Yaitu penampilan klien dimulai pada saat mempersiapkan klien untuk pemeriksaan.

b. Kesadaran.

Status kesadaran dilakukan dengan dua penilaian yaitu kualitatif dan kuantitatif, secara kualitatif dapat dinilai antara lain yaitu *composmentis* mempunyai arti mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan, *apatis* yaitu mengalami acuh tak acuh terhadap lingkungan sekitarnya, *samnolen* yaitu mengalami kesadaran yang lebih rendah dengan ditandai tampak mengantuk bahwa untuk, *sopor* mempunyai arti bahwa klien memberikan respon dengan rangsangan yang kuat dan refleks pupil terhadap cahaya tidak ada. sedangkan penilaian kesadaran terhadap kuantitatif dapat diukur melalui penilaian (GCS) *Glasgow Coma Scale* dengan aspek membuka mata yaitu, 4 respon verbal yaitu 5 dan respons motorik yaitu nilai 6 (Aziz alimul, 2009).

c. Tanda-Tanda Vital

Tanda-tanda vital merupakan pemeriksaan fisik yang rutin dilakukan dalam berbagai kondisi klien. Pengukuran yang paling sering dilakukan adalah pengukuran suhu, dan frekuensi pernafasan (Mutaqqin, 2010). Pada pasien pneumonia biasanya mengalami demam suhu diatas 37°c , pernapasan cepat (*Tachypnea*).

1. Kepala.

1) Rambut

Kulit kepala tampak bersih, tidak ada luka, ketombe tidak ada, pertumbuhan rambut jarang, warna rambut hitam, kekuatan rambut: mudah dicabu atau tidak, dan tidak ada pembengkakan atau tidak ada nyeri tekan.

2) Mata

Kebersihan mata: mata tampak bersih, gangguan pada mata: mata berfungsi dengan baik, pemeriksaan konjungtiva: *anemis* atau *ananemis*, *sclera* biasanya putih, pupil: *isokor* atau *anisokor* dan kesimetrisan mata: mata simetris kiri dan kanan dan ada atau tidaknya massa atau nyeri tekan pada mata.

3) Telinga

Fungsi pendengaran: biasanya berfungsi dengan baik, bentuk telinga simetris kiri dan kanan, kebersihan telinga.

4) Hidung

Kesimetrisan hidung: biasanya simetris, kebersihan hidung, nyeri sinus, polip, fungsi pembauan dan apakah menggunakan otot bantu pernapasan.

5) Mulut dan Gigi

Kemampuan bicara, adanya batuk atau tidak, adanya sputum saat batuk atau tidak, keadaan bibir, keadaan platium, kelengkapan gigi, dan kebersihan gigi.

6) Leher.

Biasanya simetris kiri dan kanan, gerakan leher; terbatas atau tidak, ada atau tidak pembesaran kelenjer thyroid, ada atau tidaknya pembesaran vena juguralis dan kelenjer getah bening.

7) Thorak

a) Paru-paru

Inspeksi : Perhatikan kesimetrisan gerakan dada, frekuensi napas cepat (*tachipnea*), irama, kedalamannya pernapasan cuping hidung,

Palpasi : Adanya nyeri tekan, fremitus traktil bergetar kiri dan kanan.

Auskultasi : Suara napas *ronchi* (nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi).

Perkusi : Terdengar bunyi redup (*Dullnes*) adanya jaringan yang lebih padat atau konsolidasi paru-paru seperti pneumonia.

b) Jantung

Inspeksi : Perhatikan kesimetrisan dada, Ictus cordis tampak atau tidak.

Palpasi : Ictus cordis teraba, tidak ada *massa* (pembengkakan) dan ada atau tidaknya nyeri tekan.

Perkusi : Perkusi jantung pekak (adanya suara perkusi jaringan yang padat seperti pada daerah jantung).

Auskultasi : Terdengar Suara jantung I dan suara jantung II (terdengar bunyi lub dub lub dub) dalam rentang normal.

c) Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen, kesimetrisan abdomen, ada atau tidaknya lesi, ada atau tidaknya *stretch mark*.

Auskultasi : Mendengarkan bising usus (normal 5-30 x/ menit).

Perkusi : Terdengar suara *tympany* (suara berisi cairan).

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembersan hepar.

8) Punggung

Tidak ada kelainan bentuk punggung, tidak ada terdapat luka pada punggung.

9) Ekstremitas

Atas : terpasang infuse, apa ada kelemahan atau tidak pada ekstremitas atas.

Bawah: ada atau tidaknya ganggana terhadap ekstremitas bawah seperti : kelemahan.

Penilaian Kekuatan Otot mempunyai skala ukur yang umumnya dipakai untuk memeriksa penderita yang mengalami kelumpuhan selain mendiagnosa status kelumpuhan juga dipakai untuk melihat apakah ada kemajuan yang diperoleh selama menjalani perawatan atau sebaliknya apakah terjadi perburukan pada penderita. (Suratun, dkk, 2008). Penilaian tersebut meliputi :

- 1) Nilai 0: Paralisis total atau tidak ditemukan adanya kontraksi pada otot,
- 2) Nilai 1: Kontraksi otot yang terjadi hanya berupa perubahan dari tonus otot, dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi,
- 3) Nilai 2: Otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatannya tidak dapat melawan pengaruh gravitasi,
- 4) Nilai 3: Dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan pemeriksa,
- 5) Nilai 4: Kekuatan otot seperti pada derajat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan,
- 6) Nilai 5: Kekuatan otot normal.

10) Genetalia

Terpasang kateter atau tidak.

11) Integument.

Turgor kulit baik atau tidak, kulit kering.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan penunjang ditulis tanggal pemeriksaan, jenis pemeriksaan, hasil dan satuannya. Pemeriksaan penunjang diantaranya: pemeriksaan laboratorium, foto rotgen, rekam kardiografi, dan lain-lain (Rohman & Walid, 2010).

e. Therapy

Pada therapy tulis nama obat lengkap, dosis, frekuensi pemberian dan cara pemberian, secara oral, parental dan lain-lain (Rohman & Walid, 2010).

4. Analisa data

Merupakan proses berfikir secara ilmiah berdasarkan teori-teori yang dihubungkan dengan data-data yang ditemukan saat pengkajian. Menginter pretasikan data atau membandingkan dengan standar fisiologis setelah dianalisa, maka akan didapatkan penyebab terjadinya masalah pada klien (Wong donna. L, 2009).

2. Diagnosa.

Diagnosa keperawatan adalah : pernyataan yang jelas singkat dan pasti tentang masalah pasien serta penyebabnya yang dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan.

Menurut (*Dianosa Medis & Nanda, 2015*). Kemungkinan Diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas: spasme jalan nafas, sekresi tertahan, banyaknya mukus, adanya jalan nafas buatan, sekresi bronkus, adanya eksudat di alveolus, adanya benda asing di jalan nafas
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan kapasitas pembawa oksigen darah.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan isolasi respiratory: tirah baring atau imobilisasi, kelemahan menyeluruh, ketidakseimbangan suplai O₂ dengan kebutuhan.
4. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, akibat toksin bakteri dan rasa sputum.
5. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.
6. Resiko kekurangan volume cairan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam, kehilangan volume cairan secara aktif, kegagalan mekanisme pengaturan.
7. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan apnea: ansietas, posisi tubuh, deformitas dinding dada, gangguan

koknitif, kelelahan hiperventilasi, sindrom hipovnetilasi, obesitas, kelelahan otot spinal.

3. Intervensi.

Intervensi adalah tindakan yang dirancang untuk membantu klien dalam beralih dari tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan (Gordon, 1994).

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc.Closkey & Bulechek, 2004).

Intervensi di bagi menjadi tiga yaitu :

1) Intervensi perawat

Respon perawat terhadap kebutuhan perawatan kesehatan dan diognosa keperawatan klien. Tipe intervensi ini adalah “suatu tindakan autonomi berdasarkan rasional ilmiah yang dilakukan untuk kepentingan klien dalam cara yang diprediksi yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan dan tujuan klien” (Mc.Closkey & Bulechek, 2004).

Intervensi perawat tidak membutuhkan intruksi dokter atau profesi lainnya. Dokter seringkali dalam intruksi tertulisnya mencakup intervensi keperawatan mandiri, namun demikian berdasarkan UU praktik keperawatan disebagian besar negara bagian, tindakan keperawatan yang berkaitan dengan aktifitas kehidupan sehari-hari,

penyuluhan kesehatan, promosi kesehatan, dan konseling berada dalam domain praktik keperawatan.

2) Intervensi dokter

Didasarkan pada respon dokter terhadap diagnosa medis, dan perawat menyelesaikan intruksi tertulis dokter (Mc.Closkey & Bulechek, 2004).

3) Intervensi kolaboratif.

Terapi yang membutuhkan pengetahuan, keterampilan, dan keahlian dari berbagai profesional keperawatan kesehatan.

INTERVENSI

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas: spasme jalan nafas, sekresi tertahan, banyaknya mukus, adanya jalan nafas buatan, sekresi bronkus, adanya eksudat di alveolus, adanya benda asing di jalan nafas</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada batuk - suara nafas tambahan - perubahan frekuensi nafas. - perubahan irama nafas - sianosis - kesulitan berbicara/ mengeluarkan suara - penurunan bunyi nafas - dispnue - sputum dalam jumlah berlebihan. - batuk yang tidak efektif. - Gelisah. <p>Faktor-faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lingkungan. - Obstruksi jalan nafas. - Fisiologis 	<p><i>Respiratory status</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam bersihan jalan napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas bersih, tidak ada <i>sianosis</i> dan <i>dyspneu</i> (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada <i>pursed lips</i>) - Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) - Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas. 	<p><i>Airway Suction.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - kebutuhan oral / <i>tracheal suctioning</i> - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah <i>suctioning</i> - Informasikan pada klien dan keluarga tentang <i>suctioning</i>. - Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan - Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal - Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan - Monitor status oksigen pasien - Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan <i>bradikardi</i>, peningkatan saturasi O2, dll - Buka jalan nafas, gunakan teknik <i>chin lift</i> atau <i>jaw thrust</i> bila perlu.

2	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan kapasitas pembawa oksigen darah.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diaphoresis. - Dispnea - Gangguan penglihatan. - Gas darah arteri abnormal. - Gelisah. - Hiperkapnia. - Hipoksemia. - Hipoksia. - Iritabilitas. - Konfusi. - Napas cuping hidung. - Penurunan karbon dioksida. - PH arteri abnormal. - Pola pernapasan abnormal (mis., kecepatan, irama, kedalaman). - Sakit kepala saat bangun. - Somnolen. - Takikardia. - Warna kulit abnormal (mis., pucat, kehitaman). <p>Factor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. - Perubahan membrane alveolar-kapiler. 	<p><i>Respiratory Status: Gas exchange.</i></p> <p>Keseimbangan asam basa, elektroda.</p> <p><i>Respiratory Status: Ventilation.</i></p> <p><i>Vital Sign Status.</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat. - Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernafasan. - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada <i>sianosis</i> dan <i>dyspneu</i> (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada <i>pursed lips</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. - Pasang mayo bila perlu. - Lakukan fisioterapi dada jika perlu. - Keluarkan secret dengan batuk atau suction. - Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. - Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. - Monitor respirasi dan status O₂. - Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot <i>supraclavicular</i> dan <i>intercostals</i>. - Monitor suara nafas, seperti dengkur. - Monitor pola nafas : <i>bradipena, takipenia, kussmaul, hiperventilasi</i>. - Monitor TTV, AGD, elektrolit dan status mental. - Observasi sianosis khususnya membrane mukosa. <p><i>Energy consevation Airway Activity Therapy.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas
3	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan isolasi respiratory: tirah baring</p>	<p><i>Energy consevation Airway Activity Therapy.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas

<p>atau imobilisasi, kelemahan menyeluruh, ketidak seimbangan suplai O2 dengan kebutuhan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil:</p>	<p>medik dalam merencanakan program terapi yang tepat</p>
<p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea setelah beraktivitas. - Keletihan. - Ketidaknyamanan setelah beraktivitas. - Perubahan EKG (mis; aritmia, abnormalitas konduksi, iskemia). - Respons frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas. - Respons tekanan darah abnormal terhadap aktivitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR. - Mampu melakukan aktifitas sehari (ADLs) secara mandiri - Tanda tanda vital normal - Energy psikomotor - Level kelemahan - Mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat - Status kardiopulmunari adekuat - Sirkulasi status baik Status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat 	<ul style="list-style-type: none"> - Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan - Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial - Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan - Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek - Bantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai - Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang - Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas - Sediakan penguatan positif bagi yang aktif - Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual .
<p>Factor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gaya hidup kurang gerak. - Imobilitas - Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. - Tirah baring lama. 	<p><i>Nutritional status : food and fluid Intake</i> <i>Nutritional status : nutrient intake</i> <i>Weight kontrol.</i></p>	<p><i>Nutrition management</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake - Yakinkan diet yang dimakan mengandung
<p>4 Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, akibat toksin bakteri dan rasa sputum.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam</p>	<p>- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake</p>
<p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan 20 % atau lebih di bawah ideal. - Dilaporkan adanya intake makanan 		

<p>yang kurang dari RDA (Recomended Daily Allowance)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membran mukosa dan konjungtiva pucat. - Kelemahan otot yang digunakan untuk menelan/ mengunyah - Luka, inflamasi pada rongga mulut. - Mudah merasa kenyang, sesaat setelah mengunyah makanan. - Dilaporkan atau fakta adanya kekurangan makanan - Dilaporkan adanya perubahan sensasi rasa. - Perasaan ketidakmampuan untuk mengunyah makanan. - Miskonsepsi. - Kehilangan BB dengan makanan cukup - Keengganan untuk makan. - Kram pada abdomen. - Tonus otot jelek. - Nyeri abdominal dengan atau tanpa patologi. - Kurang berminat terhadap makanan. - Pembuluh darah kapiler mulai rapuh. - Diare dan atau steatorrhea. - Kehilangan rambut yang cukup banyak (rontok). - Suara usus hiperaktif. - Kurangnya informasi. 	<p>diharapkan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan - Berat badan ideal dengan tinggi badan - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi) - Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
--	--	---

Faktor-faktor yg berhubungan :

Ketidakmampuan memasukan atau mencerna makanan atau mengabsorpsi zat-zat gizi berhubungan dengan faktor biologis, psikologis atau ekonomi.

5. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

Batasan karakteristik :

- Akrosianosis
- Bradikardia.
- Dasar kuku sianotik.
- Hipertensi.
- Hipoglikemia.
- Hipoksia.
- Kulit dingin.
- Menggigil.
- Pengisian ulang kapiler lambat.
- Peningkatan konsumsi oksigen.
- Peningkatan laju meta bolik.
- Penurunan kadar glukosa darah.
- Penurunan ventilasi.
- Piloereksi.
- Takikardia.
- Vasokonstriksi perifer.

Factor yang berhubungan dengan:

- Agens farmaseutikal.
 - Berat badan ekstrem
 - Ekonomi rendah.
-

Thermoregulation

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan hipertermia teratasi dengan kriteri hasil :

- Suhu tubuh dalam rentang normal.
- Nadi dan RR dalam rentang normal.
- Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing.

Fever treatment.

- Monitor suhu sesering mungkin.
- Monitor tekanan darah, nadi dan RR.
- Monitor intake dan out put.
- Berikan anti piretik.
- Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila.
- Monitor tanda-tanda hipertermi dan hipotermi.
- Tingkat kan intake cairan dan nutrisi.

-
- Kerusakan hipotalamus.
 - Konsumsi alcohol.
 - Kurang pengetahuan pemberian asuhan tentang pencegahan hipotermia.
 - Kurang suplai lemak subkutan.
 - Lingkungan bersuhu rendah.
 - Malnutrisi.
 - Pemakaian pakaian yang tidak adekuat.
 - Terapi radiasi.
 - Penurunan laju metabolisme.
 - Tidak beraktivitas.
 - Tranver panas (msl; konduksi, konveksi evaporasi, radiasi).
 - Trauma.
 - Usia ekstem.

6. Resiko kekurangan volume cairan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam, kehilangan volume cairan secara aktif, kegagalan mekanisme pengaturan.

Factor resiko :

- Kehilangan volume cairan aktif.
- Kurang pengetahuan.
- Penyimpangan yang mempengaruhi absorbs cairan.
- Penyimpangan yang mempengaruhi akses cairan.
- Penyimpangan yang mempengaruhi asupan cairan.

- *Fluid balance.*
- *Hydration.*
- *Nutritional status : food and fluid.*
- *Intake.*

Setelah melakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan resiko kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil :

- Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB.
- TTV dalam batas normal.
- Tidak ada tanda-tanda dehidrasi.
- Elastisitas turgor kulit baik,

Fluid management.

- Pertahankan catatan intake dan output yang adekuat.
 - Monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan.
 - Monitor vital sign.
 - Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian.
 - Kolaborasikan pemberian cairan IV.
 - Monitor status nutrisi.
 - Berikan cairan IV pada suhu ruangan.
 - Dorong penggantian nesogatrik sesuai output.
 - Dorong keluarga untuk membantu pasien makan.
 - Tawarkan snack (jus buah, buah segar).
-

<ul style="list-style-type: none"> - Kehilangan berlebihan melalui rute normal (mis., diare). - Berat badan ekstrem. - Factor yang mempengaruhi kebutuhan cairan (mis., status hipermetabolik). - Kegagalan fungsi regulator. - 	<p>membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.</p>	<p><i>Hypovolemia management.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan. - Monitor tingkat Hb dan hematokrit. - Monitor tanda vital. - Monitor berat badan. - Dorong pasien untuk menambah intake oral.
<p>7. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan apnea: ansietas, posisi tubuh, deformitas dinding dada, gangguan kognitif, kelelahan hiperventilasi, sindrom hipoventilasi, obesitas, kelelahan otot spinal.</p>	<p><i>Respiratory status</i> <i>airway patient</i> <i>Vital sign status.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu. - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Identifikasikan pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan - Pasang mayo bila perlu - keluarkan secret dengan batuk atau suction - Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan - Lakukan suction pada mayo - Berikan pelembab udara kasa basah NaCl lembab - Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan - Monitor respirasi dan status O₂ - Pertahankan jalan nafas yang paten
<p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - perubahan kedalaman pernapasan - perubahan ekskuri dada. - Bradipnue. - penurunan tekanan ekspirasi. - penurunan ventilasi semenit. - penurunan kapasitas vital. - peningkatan diameter anterior-posterior. - Dispne - Ortopnue - Fase ekspirasi memanjang - pernapasan bibir 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan ketidakefektifan pola nafas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) - Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada 	

-
- takipnue (suara nafas abnormal)
 - penggunaan otot aksesorius untuk bernapas. (Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi).

Faktor-faktor yang berhubungan

- ansietas
- posisi tubuh
- deformitas tulang
- kelelahan
- hiperventilasi
- sindrom hipoventilasi
- gangguan muskuloskeletal
- kerusakan neurologis
- imaturasi neurologis
- obesitas
- nyeri

Tabel 2.3. Intervensi (Nanda Nic-Noc 2015).

4. Implementasi

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

Tujuan implementasi adalah melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi, dan menemukan perubahan sistem tubuh.

5. Evaluasi

Evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Evaluasi adalah proses penilaian, pencapaian, tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan (Griffith & Christensen, 1986).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian.

Tanggal Pengkajian : 6 Juni 2018

Jam Pengkajian : 09.00 WIB

1. Identitas Klien

Nama : Tn. B

Umur : 79 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tempat/tanggal lahir : Bawan/ 01-01-1939

Status : Menikah

Agama : Islam

Suku : Caniago

Pekerjaan : Pensiunan Guru

Pendidikan : SMA

Alamat : Pasar Bawan Kecamatan IV Nagari Lubuk
Basung

Diagnosa Medis : Pneumonia

Nomor MR : 364904

Tanggal masuk : 5 Juni 2018

Ruangan rawat : Rawat Inap Paru

Penanggung Jawab

Nama : Tn. A

Umur : 41 tahun

Hubungan keluarga : Anak

Pekerjaan : Wiraswasta

2. Alasan Masuk

Anak klien mengatakan klien masuk ke RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 5 Juni 2018 melalui IGD dengan keluhan: demam naik turun, nafsu makan menurun, nafas sesak dan bicara pelo.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang.

Saat melakukan pengkajian pada tanggal 6 Juni 2018 pada pukul 09.00 WIB kepada Tn. B anak klien mengatakan klien tidak mau makan (nafsu makan menurun), porsi diet klien tampak tidak habis hanya habis 3 sendok makan, klien makan 3 kali sehari, diet klien MC (susu), anak klien mengatakan semua aktivitas klien selama dirumah sakit dibantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah klien yang kiri mengalami kelemahan, anak klien mengatakan kaki klien bengkak, selama dirumah sakit klien banyak tidur, anak klien mengatakan klien batuk sekali- sekali, anak klien mengatakan klien batuk kering. Anak klien mengatakan klien belum sikat gigi, anak klien mengatakan klien sikat gigi 1 kali sehari yaitu pada pagi hari, gigi klien tampak ada sisa-sisa makan , kuku tangan klien tampak kotor, klien terpasang infuse Nacl 0,9 % di ekstremitas atas bagian kanan dengan jumlah tetesan 20 tetes/i, di dada terpasang elektroda, GCS : 15 (E 4 v 5 M 6) dan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien adalah Tekanan Darah : 120/70 mmHg, Pernapasan : 26 x/ menit, Nadi : 87x/ menit, Suhu : 36,5⁰c,

Kekuatan Otot :

555		444
<hr/>		
555		444

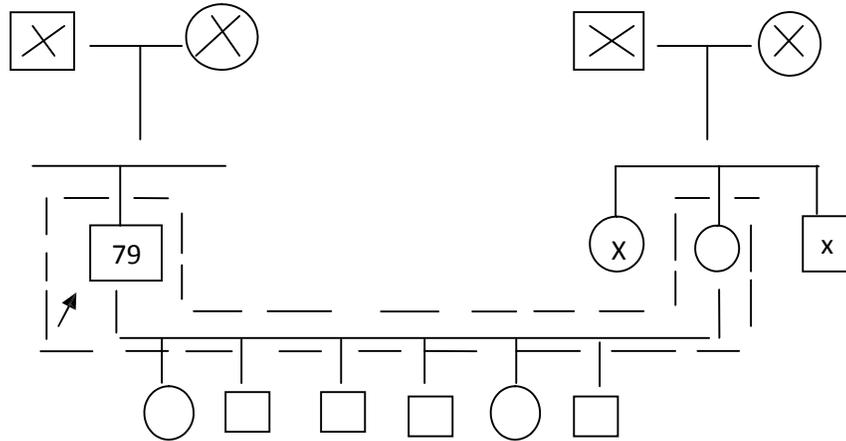
b. Riwayat kesehatan dahulu.

Anak klien mengatakan klien pernah di rawat pada tahun 2016 dengan panas tinggi di rumah sakit Lubuk Basung selama \pm 1 minggu, anak klien mengatakan klien pernah jatuh \pm 5 bulan yang lalu sejak saat itu pendengaran klien mulai terganggu dan anak klien mengatakan klien bicara pelo sejak \pm 1 bulan sebelum masuk rumah sakit, selama di rumah semua aktivitas klien di bantu seperti ke kamar mandi di gendong, duduk di bantu dan mandi di mandikan, selanjutnya klien pernah di rawat di rumah sakit Lubuk Basung selama \pm 5 hari karena batuk hilang timbul sejak bulan Mei dan disarankan minum obat rutin 6 bulan dan anak klien mengatakan \pm 10 hari mengkonsumsi obat, namun tidak ada kemajuan malah memburuk sehingga keluarga membawa klien ke Rumah Sakit Madina dan dirawat selama \pm 11 hari dan kemudian klien dirujuk kerumah sakit Dr. Achmad Mochtar pada tanggal 5 Juni 2018 ke IGD dan di Rawat di Ruangan Paru.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Anak klien mengatakan bahwa di dalam keluarga klien tidak ada satu pun keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan klien dan didalam keluarga tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti : Asma, Hipertensi,DM.

Genogram



Keterangan

- | | |
|--|--|
|  = Laki-laki meninggal |  = Laki-laki hidup |
|  = Perempuan meninggal |  = Pasien |
|  = Perempuan hidup | ----- = Tinggal serumah |

Anak klien mengatakan klien tidak memiliki saudara kandung satu ayah dan ibu. kedua orang tua klien sudah meninggal dunia, klien memiliki 2 orang istri. Istri yang pertama sudah meninggal dan mempunyai anak 6 orang 2 orang perempuan dan 4 orang laki-laki kemudian klien menikah kembali dan tidak memiliki anak. Klien kini tinggal satu rumah dengan istri barunya.

4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos Mentis (CM)
GCS : 15 (E 4 V 5 M 6)
BB/TB : BB sakit 40 kg / 158 Cm
BB sakit 50 kg

Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 120/70 mmHg

Suhu : 36,5°C

Pernafasan : 26 x / menit

Nadi : 87 x / menit.

a. Kepala

a) Rambut.

Pada saat melakukan pengkajian kulit rambut klien tampak bersih, rambut klien tidak ada ketombe, tidak tampak ada luka, pertumbuhan rambut klien tidak lebat, rambut klien tidak rontok, rambut klien tampak berwarna putih dan sedikit berwarna hitam, rambut klien tampak pendek dan rapi, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada massa.

b) Mata

Pada saat melakukan pengkajian mata klien tampak simetris kiri dan kanan, keadaan mata bersih, mata klien berfungsi dengan baik, klien tidak ada menggunakan alat bantu penglihatan, konjungtiva anemis, sclera klien tampak berwarna putih, pupil klien tampak isokor, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa pada mata.

c) Telinga

Pada saat melakukan pengkajian telinga klien tampak simetris kiri dan kanan, telinga klien tidak berfungsi dengan baik, anak klien mengatakan klien menggunakan alat bantu pendengaran, telinga klien tampak bersih.

d) Hidung

Pada saat melakukan pengkajian hidung klien tampak simetris kiri dan kanan, hidung klien tampak tidak ada sekret, klien tidak terpasang O₂, dan tidak ada nyeri tekan pada batang hidung.

e) Mulut dan Gigi.

Pada saat melakukan pengkajian gigi klien tampak ada sisa-sisa makan, gigi klien tampak lengkap, lidah klien tampak kotor, mukosa bibir tampak kering, klien tampak batuk kering, klien batuk sekali-sekali, klien bicara pelo.

b. Leher

Pada saat melakukan pengkajian leher klien simetris kiri dan kanan, tidak tampak ada pembesaran kelenjer thyroid, tidak tampak ada pembesaran kelenjer getah bening , tidak tampak ada pembesaran vena juguralis, tidak teraba pembesaran kelenjer thyroid, kelenjer getah bening.

c. Thorak

a) Paru-paru

- Inspeksi : Dada klien tampak simetris kiri dan kanan, pernafasan klien tampak dangkal, RR : 26 x/ menit (*tachypnea*), klien tidak terpasang O₂, klien tidak menggunakan otot bantu pernafasan, klien terpasang elektroda.
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada teraba massa atau benjolan, *fremitus traktil* terasa bergetar pada bagian kiri dan kanan.
- Perkusi : Terdengar bunyi redup.
- Auskultasi : *Ronchi*

b) Jantung

- Inspeksi : Dada klien tampak simetris kiri dan kanan, Ictus cordis tampak jelas, tidak terdapat lesi, tidak tampak odema.
- Palpasi : Denyutan jantung teraba jelas, tidak teraba adanya pembengkakan, ictus cordis teraba.
- Perkusi : Terdengar bunyi pekak
- Auskultasi : Terdengar bunyi jantung 1 dan 2 (dup dan lup).

d. Abdomen

- Inspeksi : Abdomen klien tampak simetris kiri dan kanan, perut klien tampak datar, tidak tampak ada lesi, tidak ada pembengkakan pada abdomen, warna kulit abdomen sama dengan kulit yang lain.
- Auskultasi : Bising usus 8x/menit
- Perkusi : Terdengar suara timpani.
- Palpasi : Hepar tidak teraba, tidak ada nyeri tekan.

e. Punggung

Punggung klien tampak tidak ada lesi dan luka dekubitus.

f. Ekstremitas

- Atas

Pada saat melakukan pengkajian ekstremitas atas bagian kanan klien tampak terpasang infuse Nacl 0,9 % dengan 20 tetes/menit, tampak adanya penyaki kulit di bagian ekstramitas atas klien, kuku klien tampak kotor dan akril teraba hangat.

- Bawah

Pada saat melakukan pengkajian anak klien mengatakan kaki klien bengkak, ekstremitas bawah klien tampak odema, kuku klien tampak kotor.

Kekuatan Otot :

$$\begin{array}{r|l} 555 & 444 \\ \hline 555 & 444 \end{array}$$

Klien mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri. Pada saat melakukan pemeriksaan kekuatan otot klien mampu mengangkat ekstremitas yang lemah. Klien mampu mengangkat ekstermitas yang lemah pada saat diberikan sedikit tahanan klien tidak mampu menahan tahanan tersebut sehingga ekstremitas klien langsung jatuh.

g. Genetalia

Pada saat melakukan pengkajian klien tampak terpasang kateter, urin klien tampak berwarna kemerahan karna faktor pengaruh obat, jumlah urin klien 100 cc.

h. Integumen

Pada saat melakukan pengkajian warna kulit klien tampak berwarna sawo matang, turgor kulit klien jelek, klien tampak adanya penyakit kulit di bagian ekstremitas atas CRT (Capillary Refill Time) < 2.

i. Syaraf

N I : Pada saat pengkajian dilakukan pemeriksaan *nervus olfaktorius*. Yaitu berfungsinya dengan baik penciuman klien, klien bisa membedakan bau.

N II : Pada saat dilakukan pengkajian pemeriksaan *nervus optikus* klien mampu membukak matanya dengan baik dengan cara memanggil namanya, fungsi penglihatan klien baik tidak ada mengalami gangguan.

N III : Pada saat dilakukan pengkajian pemeriksaan *nervus troklearis* klien mampu melakukan pergerakan bola mata, klien bisa menggerakkan bola mata klien ke bawah dan ke dalam.

- N IV & VI : Pada saat dilakukan pengakajian pemeriksaan *nervus okulomotorius* dan *nervus Abducent* klien mampu melakukan pergerakan lapang pandang, klien mampu mengangkat kelopak mata (mengedipkan mata) ke atas kondisi pupil baik.
- N V : Pada saat dilakukan pengakajian pemeriksaan *nervus trigeminus* klien mampu untuk makan, namun klien enggan untuk makan karena tidak adanya kemauan untuk makan.
- N VII : Pada saat dilakukan pengakajian pemeriksaan *nervus fasialis* klien mampu menggerakkan otot wajah , seperti senyum, menangis, dll.
- N VIII : Pada saat dilakukan pengakajian pemeriksaan *nervus vestibulocochlearis* klien tidak mampu mendengarkan perintah, karena klien mengalami penurunan dari fungsi indra pendengaran klien dan klien dirumah menggunakan alat bantu pendengaran.
- N IX & X: Pada saat dilakukan pengakajian pemeriksaan *nervus glossofaringius* dan *nervus vagus*. Pada pemeriksaan saraf ke IX klien tersedak saat minum. Pada pemeriksaan saraf ke X klien bicara tidak jelas/pelo.
- N XI : Pada saat dilakukan pengakajian pemeriksaan *nervus aksesorius* klien tidak mampu mengangkat bahu klien,

karna klien mengalami kelemahan pada ekstremitas atas bagian kiri, dan klien mampu mengangkat bahu bagian kanan, karena tidak ada kelainan.

N XII : Pada saat dilakukan pengkajian pemeriksaan *nervus hipoglossus* klien mampu menjulurkan lidahnya, lidah klien deviasi ke kiri.

Kesimpulan : Dari hasil pemeriksaan Nervus 1 – 12 pada Tn. B banyak yang dapat dilakukan yaitu pada saraf *nervus olfaktorius, nervus optikus, nervus troklearis, nervus okulomotorius* dan *nervus Abdusen, nervus vestibulocochlearis, nervus glossofaringius* dan *nervus vagus* dengan hasil klien bicara tidak jelas/pelo, klien tersedak saat minum, lidah klien deviasi ke kiri, fungsi pendengaran klien mengalami gangguan.

5. Data biologis.

NO	AKTIFITAS	SEHAT	SAKIT
1	Makan dan Minum		
	Makan		
	- Menu	Nasi + lauk	MC (susu)
	- Porsi	1 piring	3 sendok
	- Makan kesukaan	Bubur kacang hijau.	Bubur kacang hijau
	- Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	- Cemilan	Roti	Roti dan buah.
	Minum		
	- Jumlah	± 5 gelas sehari	± 3 gelas sehari
	- Minuman kesukaan	Tidak ada	Tidak ada
	- Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Eliminasi		
	BAB		
	- Frekuensi	1 kali sehari	Pasien terpasang pempers
	- Warna	Kuning	Kuning kecoklatan
	- Bau	Khas	Khas
	- Konsistensi	Lunak dan cair	lembek
	- Kesulitan	Tidak ada	Sulit berjalan
	BAK		
	- Frekuensi	± 4 kali sehari	Pasien terpasang urin bag , 100 cc
	- Warna	Kuning	Kemerahan
	- Bau	khas	khas
	- Konsistensi	Cair	Cair
	- Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat dan tidur		
	- Waktu tidur.	Siang dan malam	Pagi, Siang dan malam
	- Lama tidur	± 8 jam	± 10 jam
	- Waktu bangun.	Subuh hari	Malam hari dan pagi hari.
	- Hal yang mempermudah bangun	Tidak ada	Tidak ada
	- Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada

4	Personal <i>hygiene</i>		
	- Mandi	2 kali sehari	1 kali sekali (di lap)
	- Cuci rambut	Setiap hari	Belum ada
	- Gosok gigi	2 kali sehari	Belum ada
	- Potong kuku	1 kali seminggu	Belum ada
5	Rekreasi		
	- Hobby	Olah raga	Tidak ada
	- Minat khusus	Tidak ada	Tidak ada
	- Penggunaan waktu	Berkumpul dengan keluarga	Tidur
6	Ketergantungan		
	- Merokok	Sudah berhenti ± 2 tahun yang lalu	Tidak ada
	- Minum	Tidak ada	Tidak ada
	- Obat-obatan	Tidak ada	Iya

Table 3.1 Data biologis.

6. Riwayat Alergi

Anak klien mengatakan klien tidak memiliki alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

7. Data Psikologis

1) Perilaku non verbal :

Saat melakukan pengkajian klien tampak banyak tidur dan klien dalam semua aktivitas tampak di bantu oleh anaknya.

2) Perilaku verbal :

- Cara menjawab : Saat diberikan pertanyaan klien terkadang nyambung dan kadang tidak dalam memberikan jawaban.
- Cara memberi informasi : Klien cara memberi informasi kurang lancar.

3) Emosi :

Klien selama dirumah sakit tampak tenang.

4) Persepsi penyakit :

Klien mengatakan menerima akan penyakitnya.

5) Konsep diri

Klien mengatakan dirinya seorang laki-laki dan seorang ayah dan klien mengatakan ingin cepat pulang.

6) Adaptasi

Selama di rumah sakit klien dapat dan mampu beradaptasi dengan perawat dan dokter.

7) Mekanisme pertahanan diri

Klien berusaha untuk sembuh dengan mematuhi peraturan yang ada di Rumah Sakit seperti minum obat dengan teratur dan memakan makanan yang di berikan oleh pihak rumah sakit.

8. Data Sosial

1) Pola komunikasi :

Klien berkomunikasi kurang jelas karena pelo.

2) Oorang yang dapat memberi rasa nyaman :

Orang yang dapat memberi rasa nyaman pada klien adalah keluarga terdekat yaitu : Anak-anak klien, istri klien.

3) Orang yang paling berharga bagi klien

Orang yang paling berharga bagi klien adalah keluarganya.

4) Hubungan dengan keluarga dan masyarakat.

Hubungan dengan keluarga selama di rumah sakit tampak baik, dan klien dapat bersosialisasi dengan baik dengan para petugas dirumah sakit.

9. Data Spiritual

1) Keyakinan

Anak klien mengatakan bahwa klien menganut keyakinan agama islam.

2) Ketaatan beribadah

Anak klien mengatakan saat sakit ketaatan beribadah klien kurang taat.

3) Keyakinan terhadap penyembuhan

Klien mngatakan yakin terhadap pembuhan atas sakitnya.

10. Data Penunjang

1) Pemeriksaan diagnostik

Hasil pemeriksaan labor hematologi pada tanggal 5 Juni 2018.

No	Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
1.	Hemoglobin	9,3	gr/dr	L : 14 - 17,5 gr/dl P : 12 - 15,3 gr/dl
2.	Leukosit	15.900	mm/jam	5.000-10.000 mm/jam
3.	Eritrosit	3,55	Juta	L : 4,5 - 5,5 juta P : 4,0 - 5,0 juta
4.	Trombosit	306.000	Ribu	150 - 400 ribu
5.	hematoksit	29,3	%	L : 40 - 48 % P : 37 - 43 %

Table 3.2 hasil pemeriksaan labor hematologi.

Pada tanggal 27 Juni 2018 anak klien mengatakan klien telah melakukan RONTGEN THORAK di Rumah Sakit Madina.

Melakukan pemeriksaan EKG pada tanggal 5 Juni 2108.

11. Data Pengobatan.

NO	NAMA OBAT	Dosis	WAKTU PEMBERIAN	Indikasi	Kontraindikasi	Efeksamping
1	Fluimucil	3 x 3 MI	Jam 06 jam 12 dan jam 18	Digunakan untuk terapi mukolitik yang berfungsi sebagai pengencer dahak di berikan pada penderita bronkitis, emisema paru-paru dan penyakit saluran nafas	Tidak boleh digunakan pada orang yang memiliki alergi atau hipersensitif terhadap <i>N-acetylcysteine</i> yang merupakan bahan aktif dalam obat ini. Selain itu, pada bentuk obat granules yang mengandung pemanis didalamnya tidak boleh diberikan kepada pasien yang memiliki intoleransi fruktosa, sindrom malabsorpsi glukosa-galaktosa, dan defisiensi sukrosa	Efeksamping : umumnya jarang terjadi : rasa panas pada lambung, mual hingga muntah, diare. Reaksi alergi umumnya : seperti gatal-gatal, bentol kemerahan, kesulitan bernafas, denyut jantung yang cepat, turunnya tekanan darah dan reaksi hiper-reaktif yang menimbulkkn gejala sesak nafas.
2	Ranitidin	2 x 2 MI	Jam 06 dan jam 18	Tukak lambung dan tukak <i>duodenum</i> , <i>refluks esofagitis</i> , <i>dispepsia episodik kronis</i> , tukak akibat AINS, tukak <i>duodenum</i> karena <i>H. pylori</i> , sindrom Zollinger-Ellison, kondisi lain dimana pengurangan asam lambung akan	Riwayat alergi terhadap ranitidin; Ibu yang sedang menyusui; Pemberian ranitidin juga perlu diawasi pada kondisi gagal ginjal.	Sakit kepala, mengantuk, masalah tidur, seperti insomnia, konstipasi atau sembelit, diare, mual dan muntah, ketidaknyamanan pada perut atau perut terasa nyeri

				bermanfaat			
3	Cefriaxson	2 x 1 gr	Jam 06 dan jam 18	Antibiotik dengan fungsi untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri seperti : Infeksi saluran napas, infeksi THT, infeksi saluran kemih, sepsis, meningitis, infeksi tulang, sendi dan jaringan lunak, infeksi intra abdominal	Hipersensitif terhadap antibiotik cephalosporin. <i>Neonatus.</i>		Bengkak, nyeri, dan kemerahan di tempat suntikan, mual atau muntah, sakit perut, sakit kepala atau pusing, lidah sakit atau bengkak, berkering
4	Nacl 0,9 %	20 tts/ menit	Per 8 jam	Pengganti cairan plasma isotonik yang hilang. Pengganti cairan pada kondisi alkalosis hipokloremia.	Hipernatremia, hipokalemia.	asidosis,	Efek yang terjadi selama penggunaan NACL 0.9% OTSU 500 mL seperti kelebihan kadar Natrium dalam darah dan kekurangan Kalium dalam darah.
5	Condistatin	4 x 1 ml	Jam 06 jam 12 jam 18 dan jam 24	Untuk mengobati penyakit kandidiasis akibat jamur candida pada rongga mulut. Contohnya lihat gambar <u>lidah putih pada bayi</u> . infeksi jamur <i>Candida albicans</i> pada rongga mulut	Riwayat hipersensitif atau alergi terhadap kandungan obat (<i>Nystatin</i>) ini tidak boleh menggunakannya.		Efek samping condistatin antara lain : Diare, mual dan muntah, sakit pada lambung dan ruam pada kulit.

6	Azithromycin	1 x 500 mg	Jam 12	Hanya untuk mengobati penyakit yang terinfeksi oleh bakteri.	jika menderita gangguan otot yang disebut <u>myasthenia gravis</u> , kelainan detak jantung, serta gangguan ginjal dan hati.	Efek samping dari Azithromycin antara lain : Nafsu makan berkurang, sakit kepala, mual, sakit perut dan diare.
7	Simvastatin	1 x 20 ml	Jam 22	menurunkan kolesterol jahat LDL. LDL adalah lemak utama penyebab penyakit jantung dan stroke, Sumbatan di pembuluh darah yang dapat berujung ke <u>serangan jantung</u> atau <u>stroke</u> .	<ul style="list-style-type: none"> - Orang yang mengalami hipersensitivitas terhadap simvastatin - Penyakit liver aktif atau peningkatan transaminase yang tidak dapat dijelaskan - Kehamilan (tidak boleh digunakan untuk ibu hamil) - Ibu menyusui. 	Efek samping yang dirasakan antara lain : nyeri otot tanpa sebab, demam, sakit atau panas saat buang air kecil, pembengkakan, rasa haus yang meningkat, mual.
8	Bisoprolol	1 x 1,25 mg	Jam 06	Untuk mengobati hipertensi atau tekanan darah tinggi, obat ini juga dapat digunakan untuk mengobati angina dan gagal jantung kronik (<u>CHF</u>).	<ul style="list-style-type: none"> - Penderita yang memiliki hipersensitif atau alergi terhadap bisoprolol. - Penderita asma, bradikardi yang nyata, sindrom penyakit sinus, blok AV derajat dua atau tiga, syok kardiogenik, feokromositoma 	<p>Beberapa efek samping yang mungkin bisa terjadi setelah mengonsumsi obat ini adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Pusing</u>. - Gangguan tidur. - Bradikardia. - Diare. - Infeksi saluran pernapasan. - Sesak napas. - Jari tangan dan kaki

						terasa dingin
9	Nospirina 1	1 x 80 mg	Jam 13	Pengobatan dan pencegahan trombosis (agregasi platelet) pada infark miokardial akut atau setelah stroke.	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensitivitas, termasuk asma. - Tukak peptik, varisela dan gejala influenza. - Perdarahan sub kutan, terapi antikoagulan. - Hemofilia dan trombositopenia. - Anak-anak usia kurang dari 12 tahun. 	Iritasi pencernaan, mual, muntah, perdarahan, pencernaan, tukak peptik, serangan dispneu, reaksi kulit, trombositopenia.
10	Pirasetam am	3 x 800 mg	Jam 06 jam 12 dan jam 18	umumnya digunakan dalam kombinasi dengan obat lain untuk mengobati myoclonus. Myoclonus adalah suatu kondisi di mana sistem saraf menyebabkan otot-otot, terutama di lengan dan kaki, untuk mulai kedutan tak terkendali. Pada klien yang mengalamikelemahan pada lengan dan kaki	<ul style="list-style-type: none"> - Anda alergi terhadap kandungan aktif yang ada di dalam Piracetam - Anda alergi terhadap kandungan lainnya yang ada di dalam Piracetam - Anda pernah mengalami gangguan ginjal yang serius - Anda menderita penyakit Huntington's Disease (atau dikenal juga dengan istilah Huntington's Chorea) - Anda pernah mengalami perdarahan otak 	<p>Beberapa efek samping yang mungkin bisa terjadi adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa gugup atau cemas. - Berat badan bertambah. - Mudah mengantuk atau merasa lelah. - <u>Depresi</u>. - Perdarahan. - <u>Insomnia</u>. - Nyeri perut, mual, muntah, dan diare. - Gangguan keseimbangan.

11	Paracetamol	500 ml	Jika Demam	diindikasikan untuk mengurangi rasa nyeri ringan sampai sedang seperti <u>sakit kepala</u> , sakit gigi, nyeri otot, dan nyeri setelah pencabutan gigi serta menurunkan demam.	pada orang yang alergi terhadap obat <i>anti-inflamasi non-steroid (AINS)</i> , menderita hepatitis, gangguan hati atau ginjal, dan alkoholisme.	<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan jumlah sel-sel darah, seperti sel darah putih atau trombosit. - Muncul ruam, terjadi pembengkakan, atau kesulitan bernapas karena alergi. - Tekanan darah rendah (hipotensi) dan jantung berdetak cepat (takikardi).Kerusakan pada hati dan ginjal jika menggunakan obat ini secara - Bisa menyebabkan overdosis jika digunakan lebih dari 200 mg/kg, atau lebih dari 10 gram, dalam 24 jam.
----	-------------	--------	------------	--	--	---

Obat tambahan pada tanggal 07-07-2018

12	Levofloxacin	750 ml	Per 8 jam	Indikasi untuk pasien terkena infeksi bakteri, seperti infeksi saluran kemih, <u>pneumonia</u> , <u>sinusitis</u> , infeksi kulit, jaringan lunak, dan	Harap berhati-hati bagi penderita diabetes, gangguan ginjal, gangguan mental, epilepsi atau kondisi lainnya yang menyebabkan kejang, gangguan jantung, <i>myasthenia</i>	Efek samping yang umum terjadi setelah menggunakan obat ini adalah: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Gangguan tidur.</u>
----	--------------	--------	-----------	--	--	--

				infeksi prostat. Obat ini juga dapat digunakan untuk mengobati <u>anthrax</u> , serta mencegah <u>penyakit pes</u> (termasuk bentuk <i>pneumonic</i> dan <i>septicemic</i>). Levofloxacin bekerja dengan cara membunuh bakteri dan mencegahnya tumbuh kembali.	<i>gravis</i> atau kondisi yang menyebabkan otot menjadi lemas, masalah pada tendon atau tendonitis dan defisiensi <i>glucose 6-phosphate dehydrogenase</i> .	- Pusing. - Sakit kepala. - Diare. - Mual. - Mempengaruhi hasil uji lab organ hati.
13	Fosmicin	2 x 2 gr	Jam 06 dan jam 18	Pencegahan infeksi pada peradangan abdomen	Hipersensitif fosfamisin	terhadap Efek samping yang mungkin terjadi antara lain : reaksi alergi dan gangguan saluran cerna.

Table 3.3 Data pengobatan

12. Data Fokus

1) Data Subjektif (DS).

- Anak klien mengatakan nafsu makan klien menurun.
- Anak klien mengatakan aktivitas klien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah klien yang kiri mengalami kelemahan.
- Anak klien mengatakan klien pernah jatuh \pm 5 bulan yang lalu sejak saat itu pendengaran klien mulai terganggu
- Anak klien mengatakan klien bicara pelo sejak \pm 1 bulan sebelum masuk rumah sakit,
- Selama di rumah semua aktivitas klien di bantu seperti ke kamar mandi di gendong, duduk di bantu dan mandi di mandikan.
- Anak klien mengatakan kaki klien bengkok.
- Anak klien mengatakan klien batuk sekali-sekali.
- Anak klien mengatakan klien batuk kering.
- Anak klien mengatakan klien pernah dirawat sebelumnya pada tahun 2016.
- Anak klien mengatakan klien ada mengkonsumsi obat 6 bulan.
- Anak klien mengatakan klien berbicara tidak jelas sejak \pm 1 bulan ini.

- Anak klien mengatakan klien menggunakan oksigen bila klien sesak saja.
- Anak klien mengatakan klien belum gosok gigi.
- Anak klien mengatakan klien belum potong kuku.

2) Data Objektif (DO).

- Klien tampak batuk sekali- sekali.
- Klien tampak batuk tidak berdahak.
- Umur : 79 tahun
- Klien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu.
- Diet klien MC (susu).
- Diet klien tampak habis 3 sendok.
- Tekanan darah 120/70 mmHg
- Nadi 87 x/menit.
- Pernapasan 26 x/ menit
- Suhu 36,5 °C.
- pernafasan klien tampak dangkal
- BB sakit 40 kg bb sehat 50 kg.
- Telinga klien tampak tidak berfungsi dengan normal.
- Gigi klien tampak ada sisa-sisa makan.
- Kuku klien tampak kotor.
- Mukosa bibir kering.
- Lidah klien tampak kotor.

- Ekstremitas bawah klien tampak udem.
- Klien terpasang kateter.
- Urin klien tampak berwarna kemerahan.
- Jumlah urin klien 100cc.
- Jumlah minum klien selama sakit \pm 3 gelas.
- Turgor kulit klien tampak jelek.
- Klien bicara pelo.
- Selama di rumah sakit klien banyak tidur.
- Bunyi nafas *Ronchi*.
- Pernafasan dangkal.
- Infuse terpasang Nacl 0,9 % dengan tetesan 20x/i.
- Klien tampak tidak terpasang O₂.
- Kekuatan Otot :

555	444
555	444

13. Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak klien mengatakan klien batuk sekali-sekali. - Anak klien mengatakan klien batuk kering. - Anak klien mengatakan klien menggukakan oksigen bila klien sesak saja. - Anak klien mengtaakan klien pernah dirawat sebelumnya tahun 2016 - Anak klien mengatakan klien ada meminum obat 6 bulan. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak batuk sekali-sekali. - Klien tampak batuk tidak berdahak. - Tekanan darah 120/70 mmHg. - Nadi 87 x/menit. - Pernapasan 26 x/ menit - Suhu 36,5 °C - pernafasan klien tampak dangkal. - Klien tampak tidak terpasang O₂. - Bunyi nafas <i>Ronchi</i>. 	<p>Ketidakefektifan pola nafas</p>	<p>Disfungsi neumuskular.</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak klien mengatakan nafsu makan klien menurun. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diet klien MC (susu). - Diet klien tampak habis 3 sendok. - Tekanan darah 120/70 mmHg - Nadi 87 x/menit. - Pernapasan 26 x/ menit - Suhu 36,5 °C - BB sakit 40 kg bb sehat 50 kg. - Urin klien tampak berwarna 	<p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Kurangnya asupan makan</p>

kemerahan.

- Jumlah urin klien 100 cc.
- Jumlah minum klien selama sakit ± 3 gelas.
- Mukosa bibir kering.
- Turgor kulit jelek.
- Infuse terpasang Nacl 0,9 % dengan tetesan 20x/i.

3. DS :

- Anak klien mengatakan aktivitas klien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah klien yang kiri mengalami kelemahan. Intoleransi aktivitas Imobilisasi
- Anak klien mengatakan kaki klien bengkak.

DO :

- Klien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu.
- Selama di rumah sakit klien banyak tidur.
- Ekstremitas bawah klien tampak udem.
- Kekuatan Otot :

555		444
555		444

4. DS :

- Anak klien mengatakan klien belum gosok gigi. Defisit perawatan diri Kelemahan dan kelelahan
- Anak klien mengatakan klien belum potong kuku.
- Anak klien mengatakan di tangan klien ada panu.

DO :

- Gigi klien tampak ada sisa-sisa makanan.
- Kuku klien tampak kotor.
- Lidah klien tampak kotor.

5. DS :

- Anak klien mengatakan klien Kekurangan volume cairan Kehilangan cairan aktif.
-

tampak banyak tidur.

- Anak klien mengatakan

DO :

- Anak klien mengatakan aktivitas klien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah klien yang kiri mengalami kelemahan.
- Mukosa bibir kering.
- Turgor kulit klien tampak jelek.
- Lidah klien tampak kotor.
- Tekanan darah 120/70 mmHg
- Nadi 87 x/menit.
- Pernapasan 26 x/ menit
- Suhu 36,5 °C.
- Klien terpasang kateter.
- Urin klien tampak berwarna kemerahan.
- Jumlah urin klien 100cc.
- Jumlah minum klien selama sakit ± 3 gelas.
- Infuse terpasang Nacl 0,9 % dengan tetesan 20x/i.

6. Ds :

Resiko jatuh

Kelemahan

- Anak klien mengatakan aktivitas klien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah klien yang kiri mengalami kelemahan.
 - Anak klien mengatakan kaki klien bengkak.
 - Anak klien mengatakan klien pernah jatuh ± 5 bulan yang lalu sejak saat itu pendengaran klien mulai terganggu
 - Anak klien mengatakan klien bicara pelo sejak ± 1 bulan sebelum masuk rumah sakit,
 - Selama di rumah semua aktivitas klien di bantu seperti ke kamar mandi di gendong, duduk di bantu dan mandi di mandikan.
-

Do:

- Umur : 79 tahun
- Klien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu.
- Selama di rumah sakit klien banyak tidur.
- Kekuatan Otot :

555	444
555	444

Table 3.4. Analisa Data.

3.2 Diagnosa keperawatan.

Berdasarkan dari analisa data penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn. B dengan pneumonia menurut (Nanda, *NIC-NOC* edisi revisi jilid 3, 2015).

1. Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan.
6. Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan.

3.3 Intervensi

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1.	Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan Disfungsi neuromuscular.	<p><i>Respiratory status</i> <i>airway patient</i> <i>Vital sign status</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatn 3 x 24 jam diharapkan ketidakefektifan pola nafas dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan <i>dyspneu</i> (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada <i>pursed lips</i>) - Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) - Tanda-tanda vital dalam rentang normal. 	<p><i>Aivay Management :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung klien. 2. Menganjurkan klien minum air hangat. 3. Monitor pernafasan klien 4. Monitor TTV

<p>2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.</p>	<p><i>Fluid balance.</i> <i>Hydration.</i> <i>Nutritional status : food and fluid.</i> Intake.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB. - TTV dalam batas normal. - Tidak ada tanda-tanda dehidrasi. - Elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan. 	<p><i>Fluid management.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang adekuat. 2. Monitor status hidrasi. 3. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan. 4. Tawarkan snack (jus buah, buah segar).
<p>3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan</p>	<p><i>Nutritional status : food and fluid</i> <i>Intake</i> <i>Nutritional status : nutrient intake</i> <i>Weight kontrol</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan ketidak seimbangannutrisi dalam kebutuhan tubuh terpenuhi dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan berat 	<p><i>Nutrition management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien 2. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake 3. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi)

		<ul style="list-style-type: none"> - badan sesuai dengan tujuan - Berat badan ideal dengan tinggi badan - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 5. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
4.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi	<p><i>Energy consevation Airway tolerance</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR - Mampu melakukan aktifitas sehari (ADLs) secara mandiri - Tanda tanda vital normal - Energy psikomotor - Level kelemahan - Mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat - Status kardiopulmunari adekuat. - Sirkulasi status baik Status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat 	<p><i>Activity Therapy</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medic dalam merencanakan program terapi yang tepat - Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan - Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan - Bantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai - Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang - Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.

			- Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.
5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan	<p><i>Self care : ADLS</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam masalah deficit perawatan diri teratasi dengan Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terbebas dari bau badan - Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLS - Dapat melakukan ADLS dengan bantuan. 	<p><i>Self Care Assistance :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri 2. Monitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri 3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan <i>self care</i>. 4. Dorong klien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.
6.	Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan.	<p><i>Trauma risk for.</i></p> <p><i>Injury risk for.</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan resiko jatuh pasien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku pencegahan jatuh : tindakan individu atau pemberian asuhan untuk meminimalkan faktor resiko yang dapat memicu jatuh 	<p><i>Fall prevention.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. 2. Gunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh daritempat tidur, sesuai kebutuhan. 3. Mendidik anggota keluarga tentang faktor resiko yang berkontribusi terhadap jatuhnya dan bagaimana mereka dapat menurunkan resiko tersebut.

<ul style="list-style-type: none"> - Kejadiian jatuh : tidak ada kejadian jatuh. - Pengetahuan : pemahaman pencegahan jatuh. - Intagritas jaringan : kulit & membran mukosa 	<p>dilingkungan individu.</p>	<p>4. Tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh.</p>
--	-------------------------------	--

Tabel 3.5 Intervensi

3.4 Catatan Perkembangan.

No	Hari /Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Jam	Evaluasai	Paraf
1.	Rabu/ 06-06-2018	Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular	Airway Management : 1. Mengatur posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung klien. 2. Menganjurkan klien minum air hangat. 3. Memonitor pernafasan klien 4. Memonitor TTV	11.00 11.10 12.00 12.00	S : - Anak klien mengatakan nafas klien tidak sesak. - Anak klien mengatakan jika nafas klien sesak klien akan di pasang oksigen. - Anak klien mengatakan klien banyak tidur. O : - Klien tampak tidak terpasang O ₂ . - Klien tampak batuk sekali-sekali. - Klien tampak sesak berkurang. - Anak klien tampak memberikan minum air hangat kepada klien. - Tekanan darah 120/70 mmHg - Nadi 87 x/menit. - Pernapasan 26 x/ menit - Suhu 36,5 °C. A :	

					- Masalah ketidak efektifan jalan nafas teratasi sebagian.
					P :
					- Intervensi <i>Airway Management</i> dilanjutkan.
2	Rabu/ 06-06-2018	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	<i>Fluid management.</i>		S :
			5. Mempertahankan catatan intake dan output yang adekuat.	11.30	- Anak klien mengatakan klien minum satu hari ± 3 gelas.
			6. Memonitor status hidrasi.	11.40	- Anak klien mengatakan klien hanya 3 sendok makan.
			7. Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan.	11.45	O :
			8. Menawarkan snack (jus buah, buah segar).	12.00	- Jumlah urin klien 100 cc.
					- Klien tampak hanya menghabiskan porsi dietnya 3 sdm.
					- Mukosa bibir klien tampak kering.
					- Turgor kulit klien jelek.
					- Klien tampak menghabiskan 1/2 snack (jus semangka).
					A

				<ul style="list-style-type: none"> - Masalah kekurangan volume cairan belum teratasi.
				P :
				<ul style="list-style-type: none"> - Intervensi kekurangan volume cairan dilanjutkan.
3.	Rabu/ 06-06-2018	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan	<i>Nutrition management</i>	
				S :
			11.10	<ul style="list-style-type: none"> - Anak klien mengatakan klien nafsu makan kurang. - Anak klien mengatakan klien menghabiskan porsi makan 1/8 dalam satu hari.
		6. Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	11.15	O :
		7. Mengganjurkan klien untuk meningkatkan intake.	11.15	<ul style="list-style-type: none"> - Porsi diet klien tampak tidak habis. - Diet pagi klien tampak habis 3 Sdm. - Klien tampak banyak tidur. - Kaki klien tampak edema. - Keluarga klien sudah mengetahui tentang kebutuhan
		8. Memberikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).	11.20	
		9. Memberikan informasi tentang kebutuhan		

			nutrisi.			nutrisi.
			10. Mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.	11.30	A :	- Masalah ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.
					P :	- Intervensi <i>Nutrition management</i> dilanjutkan.
4.	Rabu/ 06-06-2018	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi	<i>Activity Therapy</i>		S :	- Anak klien mengatakan klien untuk mengubah posisi di bantu. - Anak klien mengatakn kaki klien bengkak.
			- Mengkolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medis dalam merencanakan program terapi yang tepat.	09.00	O :	- Kaki klien tampak edema. - Klien makan tampak disuapkan.
			- Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.			- Merubah posisi klien tampak dibantu.
			- Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas	09.10		- Klien tampak banyak tidur.

- yang diinginkan
- Membantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang sesuai 09.10 A :
 - Membantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang - Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.
 - Membantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. 09.15 P :
 - Memonitor respon fisik, emosi, social dan spiritual - Intervensi intoleransi aktivitas dilanjutkan.

09.15

09.25

				09.40	
5.	Rabu/ 06-06-2018	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan	<i>Self Care Assistance :</i>		S :
			5. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri	10.20	- Anak klien mengatakan klien sudah di lap.
			6. Memonitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri	10.20	- Anak klien mengatakan klien belum sikat gigi.
			7. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan <i>self care</i> .	10.50	- Anak klien mengatakan kuku tangan dan kaki klien sudah panjang dan kotor.
			8. Mendorong klien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.		O :
					- Gigi klien tampak ada sisa-sisa makanan.
					- Kuku klien tampak kotor.
					- Aktivitas sehari-hari klien tampak di bantu.
					- Melakukan perawatan oral hygiene klien.
					A :
					- Masalah defisit perawatan diri belum teratasi.

				P :
				- Intervensi defisit perawatan diri dilanjutkan.
6.	Rabu/ 06-06-2018	Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan.	<i>Fall prevention.</i>	S :
			5. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh.	11.00 - Anak klien mengatakan klien sering tidur.
			6. menggunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan.	O :
			7. Mendidik anggota keluarga tentang faktor resiko yang berkontribusi terhadap jatuh dan bagaimana mereka dapat menurunkan resiko tersebut.	11.05 - Klien tampak sering tidur. - Rel sisi panjang tempat tidur tampak terpasang. - Keluarga klien tampak sudah menjadi tahu terhadap faktor resiko jatuh dan keluarga sudah mengetahui cara menurunkan resiko jatuh dengan cara memasang rel sisi panjang yang ada ditempat tidur dan selalu berada disebelah klien.
			8. Memperhatikan tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi	11.20 - Klien tampak terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur klien.

untuk jatuh.

A :

- Masalah resiko jatuh teratasi sebagian.

P :

- Intervensi resiko jatuh dilanjutkan sebagian.

1.	Kamis 07-06-2018	Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular	<i>Airway Management :</i> 1. Mengatur Posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung klien. 2. Menganjurkan klien minum air hangat. 3. Memonitor pernafasan klien. 4. Memonitor TTV	09.05 09.45 10.00 10.00	S : - Anak klien mengatakan klien sesak nafas. O : - Memberikan O ₂ dengan nasal kanul sebanyak 3 L/jam. - Klien tampak sesak. - Pernapasan klien : 32 x/menit - Tekanan darah 117/70 mmHg - Nadi 84 x/menit. - Suhu 36,5 °C. - Klien tampak masih diberikan
----	---------------------	---	---	----------------------------------	--

minum air hangat.

A :

- Masalah ketidak efektifan bersihan jalan nafas belum teratasi.

P :

- Intervensi *Airway Management* dilanjutkan.

2. Kamis
07-06-2018

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Fluid management.

1. Mempertahankan catatan intake dan output yang adekuat.
2. Memonitor status hidrasi.
3. Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan.
4. Menawarkan snack (jus buah, buah segar).

10.05

10.10

10.10

10.20

S :

- Anak klien mengatakan klien minum satu hari \pm 3 gelas.
- Anak klien mengatakan klien hanya $\frac{1}{4}$ dari persediaan.

O :

- Jumlah urin klien 300 cc.
- Klien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi diet yang disediakan.
- Bibir klien tampak kering.
- Turgor kulit klien tampak jelek.

					- Klien tampak menghabiskan snacknya (jus semangka).
					A :
					- Masalah kekurangan volume cairan teratasi sebagian.
					P :
					- Intervensi kekurangan volume cairan dilanjutkan sebagian.
3.	Kamis 07-06-2018	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan	<i>Nutrition management</i>		S :
			1. Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	11.30	- Anak klien mengatakan nafsu makan klien masih menurun. - Anak klien mengatakan klien masih sering tidur.
			2. Mengganjurkan klien untuk meningkatkan intake		O :
			3. Memberikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi)	11.40	- Porsi diet klien tampak tidak habis hanya ¼ dari persediaan yang habis.
					A :

4. Mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 11.40

- Masalah ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.

P :

- Intervensi dilanjutkan.
- Mengajarkan klien makan sedikit tapi sering.

11.45

4. Kamis
07-06-2018

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi

Activity Therapy

1. Mengkolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medis dalam merencanakan program terapi yang tepat : Melatih klien melakukan Rom 10.30

S :

- Anak mengatakan semua aktivitas klien masih di bantu.
- Anak klien mengatakan kaki klien masih odema.

O :

- Kaki klien tampak masih

- Aktif, dan melatih klien melakukan Rom pasif
2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.
 3. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan. 10.30
 4. Membantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai. A :
 5. Membantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang. 10.50 P :
 6. Membantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.

udema.

- Klien mampu menggerakkan jari-jari tangannya sendiri.
- Klien masih tampak sering tidur.
- Semua aktifitas klien tampak masih di bantu.

A :

- Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

P :

- Intervensi masih dilanjutkan.
- Klien direncanakan konsultasi kebagian neurologi.

10.50

11.00

11.05

5.	Kamis 07-06-2018	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan	<i>Self Care Assistance :</i> 1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2. Memonitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri. 3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan <i>self care</i> . 4. Mendorong klien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal	10.00 10.00 10.00 10.20	S : - Anak klien mengatakan klien sudah di lap. - Anak klien mengatakan klien belum sikat gigi. - Anak klien mengatakan klien bisa melakukan sikat gigi sendiri. O : - Kuku klien tampak panjang dan kotor. - Pakaian klien tampak basah. - Pakaian klien sudah di ganti. - Kuku klien tampak sudah
----	---------------------	---	---	----------------------------------	---

- sesuai kemampuan yang dimiliki. 10.20
5. Membantu klien menyikat giginya. 10.35
6. Melakukan perawatan kuku klien. 10.50
7. Mengganti pakaian klien. 11.00
8. Mengganti alas tempat tidur klien.
- A :
- Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian.

P : Intervensi dilanjutkan

6. Kamis 07-06-2018 Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan. *Fall prevention.*
1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. 10.30
2. menggunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan. 10.30
- S :
- Anak klien mengatakan klien sering tidur.
- O :
- Klien tampak sering tidur.
 - Rel sisi panjang tempat tidur klien terpasang.
 - Klien tampak terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat

			3. Memperhatikan tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh.		tidur klien.
				A :	- Masalah resiko jatuh teratasi sebagian.
				P :	- Intervensi resiko jatuh dilanjutkan sebagian.
1.	Jum'at 08-06-2018	Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular	<i>Airway Management :</i> 1. Mengatur Posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung klien. 2. Menganjurkan klien minum air hangat. 3. Memonitor pernafasan klien 4. Memonitor TTV	09.00 09.30 11.30 11.30	S : - Anak klien mengatakan napas klien tidak sesak lagi. - Anak klien mengatakan klien tidur gelisah. - Klien mengatakan letih. - Anak klien mengatakan klien demam. O : - Klien tampak tidak terpasang O ₂ . - Klien tampak tenang.

- Klien tampak letih.
- Menganjurkan klien banyak minum.
- Tekanan darah 90/50 mmHg
- Nadi 85 x/menit.
- Pernapasan 28 x/ menit
- Suhu 37,5 °C.

A :

- Masalah ketidak efektifan bersihan jalan nafas belum teratasi.

P :

- Intervensi di lanjutkan.
- Menganjurkan klien banyak di beri minum

2. Jum'at
08-06-2018

Kekurangan
volume cairan
berhubungan
dengan
kehilangan

Fluid management.

1. mempertahankan catatan intake dan output yang adekuat. 10.00
2. Memonitor status hidrasi.

S :

- Anak klien mengatakan klien minum satu hari ± 3 gelas.
- Anak klien mengatakan klien menghabiskan porsi diet klien

	cairan aktif.		3. mendorong keluarga untuk membantu pasien makan. 4. menawarkan snack (jus buah, buah segar).		dari persediaan.
				10.05	O :
				10.05	- Jumlah urin klien 400 cc. - Klien tampak menghabiskan porsi diet yang disediakan.
				10.20	- Bibir klien masih tampak kering - Klien tampak hanya habiskan ½ snack yang tersedia (jus semangka).
					A :
					- Masalah kekurangan volume cairan teratasi sebagian.
					P :
					- Intervensi kekurangan volume cairan dilanjutkan sebagian.
3.	Jum'at 08-06-2018	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan	<i>Nutrition management</i> 1. Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori	10.00	S : - Anak klien mengatakan klien sudah mau makan dengan bubur (ML).

	dengan kurangnya asupan makanan	dan nutrisi yang di butuhkan pasien		O :
		2. Mengganjurkan klien untuk meningkatkan intake		- Porsi diet klien tampak habis.
		3. Memberikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi)	10.10	- Klien tampak masih sering tidur.
		4. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.	11.10	- Klien tampak diberikan makan sering oleh anak klien.
		5. Mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.		A :
		6. Mengajurkan klien makan sedikit tapi sering		- Masalah ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian.
			10.30	P :
				- intervensi di lanjutkan sebagian.
			10.45	
			11.00	
4.	Jum'at	Intoleransi aktivitas berhubungan		S :
		<i>Activity Therapy</i>		- Anak klien mengatakan semua aktivitas klien masih di bantu

08-06-2018

dengan
imobilisasi

1. Mengkolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. 10.10
 2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.
 3. Mengkaji ulang klien terhadap latihan Rom Pasif 10.10
 4. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan. 10.20
 5. Membantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai 10.35
 6. Membantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.
 7. Membantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.
- oleh anaknya.
- Anak klien mengatakan kaki klien masih bengkok.
 - klien mengatakan letih.
- O :
- Semua aktivitas klien masih tampak di bantu oleh keluarga.
 - Klien masih tampak banyak tidur.
 - Klien tampak melakukan dan memperagakan pergerakan Rom secara Aktif tapi tidak terlalu kuat melakukannya.
- A :
- Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.
- P : Intervensi dilanjutkan.

10.40

10.45

11.00

5.	Jum'at 08-06-2018	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan	<i>Self Care Assistance :</i> 1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2. Memonitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri. 3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan <i>self care</i> . 4. Mendorong klien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal	10.00 10.00 10.00	<i>S :</i> - Anak klien mengatakan klien sudah di lap. - Anak klien mengatakan klien sudah sikat gigi. - Anak klien mengatakan klien sudah ganti baju. <i>O :</i> - Klien sudah tampak rapi. - Gigi klien tampak bersih. - Baju klien tampak sudah di ganti.
----	----------------------	---	---	---	---

		sesuai kemampuan yang dimiliki.		A :	
					- Masalah defisit perawatan belum teratasi.
			10.10	P :	
					- Intervensi deficit perawatan diri di lanjutkan.
6.	Jum'at 08-06-2018	Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan.	<i>Fall prevention.</i>		S :
		1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh.	10.00		- Anak klien mengatakan klien masih sering tidur.
		2. menggunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan.			- Anak klien mengatakan selalu memasang rel sisi panjang tempat tidur.
		3. Memperhatikan tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh.	10.10	O :	
					- Klien tampak masih sering tidur.
					- Rel sisi panjang tempat tidur klien tampak terpasang.
					- Klien masih terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat

10.10 tidur klien.

A :

- Masalah resiko jatuh belum teratasi.

P :

- Intervensi resiko jatuh dilanjutkan untuk dimonitor.

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan kepada klien Tn.B dengan diagnose pneumonia di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dari tanggal 06 sampai tanggal 09 Juni 2018 (Selama 3 hari) dalam 3 hari tersebut penulis telah mencoba menerapkan dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien Tn.B dengan pneumonia sesuai dengan teori-teori yang ada. Ada beberapa hal yang dapat dibahas dan diperhatikan dalam penerapan dan pengaplikasian asuhan keperawatan, maka dalam bab ini dapat dilakukan pembahasan menurut tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus dengan kenyataan yang ditemukan dilapangan. Oleh karena itu, dalam bab ini akan dibahas kesenjangan dan kesamaan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus dengan mencari factor-faktor pendukung, kesenjangan dan kesamaan yang terjadi akan diuraikan dengan menggunakan langkah-langkah proses keperawatan, antara lain yaitu:

4.1 Pengkajian.

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan ditunjukkan pada respon klien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia (Nursalam,2001). Dalam melakukan pengkajian pada klien Tn.B

data didapatkan dari klien, beserta keluarga, dan catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

4.1.1 Identitas Klien

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien Tn.B, penulis menemukan kesulitan dalam berkomunikasi dengan klien yaitu klien sulit untuk berbicara dan klien mengalami gangguan pendengaran. Sehingga penulis memperoleh dan mendapatkan informasi dari keluarga klien terkait dengan data-data akan klien.

4.1.2 Riwayat kesehatan sekarang.

Saat melakukan pengkajian Riwayat kesehatan sekarang penulis tidak menemukan kesenjangan terhadap tanda dan gejala yang di temukan di teoritis dengan tinjauan kasus. Karena tanda dan gejala yang ditemukan di tinjauan kasus yaitu : nafsu makan menurun, batuk, dan pernafasan cepat (*tachypnea*).

4.1.3 Riwayat kesehatan dahulu

Saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan dahulu penulis menemukan bahwa klien sudah disarankan mengkonsumsi obat 6 bulan, klien \pm 2 tahun yang lalu merokok dan klien pernah dirawat sebelumnya dirumah sakit, sehingga tidak ditemukan kesenjangan informasi yang diperoleh dengan riwayat yang di dapat di tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus.

4.1.4 Riwayat kesehatan keluarga.

Saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga, anak klien mengatakan bahwa dikeluarga klien tidak ada satu pun keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien dan menderita penyakit keturunan lainnya.

4.1.5 Pemeriksaan fisik

Saat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik pada klien Tn. B tidak didapatkan kesenjangan data antara tinjauan teoritis dengan data yang ditemukan pada saat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik (tinjauan kasus) dikarenakan dalam pemeriksaan fisik ini sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi klien saat ini.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis ditemukan 7 Diagnosa Keperawatan. Diagnosa keperawatan yang muncul menurut (Dianos Medis & Nanda, 2015) yaitu:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas: spasme jalan nafas, sekresi tertahan, banyaknya mukus, adanya jalan nafas buatan, sekresi bronkus, adanya eksudat di alveolus, adanya benda asing di jalan nafas
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan kapasitas pembawa oksigen darah.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan isolasi respiratory: tirah baring atau imobilisasi, kelemahan menyeluruh, ketidak seimbangan suplai O₂ dengan kebutuhan.
4. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, akibat toksin bakteri dan rasa sputum.
5. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.
6. Resiko kekurangan volume cairan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam, kehilangan volume cairan secara aktif, kegagalan mekanisme pengaturan.
7. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan apnea: ansietas, posisi tubuh, deformitas dinding dada, gangguan kognitif, kelelahan hiperventilasi, sindrom hipoventilasi, obesitas, kelelahan otot spinal.

Sedangkan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 6 diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus karena saat pengkajian lebih diutamakan diagnosa. Faktor pendukung diagnosa yang muncul adalah :

1. Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular.

Factor pendukung diagnosa pertama yaitu saat melakukan pengkajian tanggal 06 Juni 2018 anak klien mengatakan klien batuk sekali-sekali, anak klien mengatakan klien batuk kering, anak klien mengatakan klien menggunakan oksigen bila klien sesak saja, selain itu klien juga tampak batuk sekali-sekali, batuk tidak berdahak,

pernafasan klien 26 x/menit (*tachypnea*) dan klien tampak tidak terpasang O₂.

2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Faktor pendukung untuk diagnosa kedua yaitu anak klien mengatakan klien tampak banyak tidur, anak klien mengatakan, anak klien mengatakan aktivitas klien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah klien yang kiri mengalami kelemahan, selain itu mukosa bibir kering, turgor kulit klien tampak jelek, lidah klien tampak kotor, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 87 x/menit, pernapasan 26 x/ menit, suhu 36,5 °C, klien terpasang kateter, urin klien tampak berwarna kemerahan, jumlah urin klien 100cc, jumlah minum klien selama sakit ± 3 gelas, dan infuse terpasang Nacl 0,9 % dengan tetesan 20x/i.

3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.

Factor pendukung dari diagnosa ketiga yaitu anak klien mengatakan nafsu makan klien menurun, selain itu diet klien tampak habis 3 sendok, bb sakit 40 kg bb sehat 50 kg dan mukosa bibir kering.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi.

Factor pendukung dari diagnosa keempat yaitu anak klien mengatakan aktivitas klien selama dirumah di bantu dan anak klien mengatakan kaki klien bengkak, selain itu klien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu dan ekstremitas bawah klien tampak edema.

5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan.

Factor pendukung untuk diagnosa kelima yaitu anak klien mengatakan klien belum gosok gigi, anak klien mengatakan klien belum potong kuku dan anak klien mengatakan di tangan klien ada panu, selain itu gigi klien tampak kotor, kuku klien tampak kotor, lidah klien tampak kotor dan hidung klien tampak ada secret.

6. Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan.

Faktor pendukung untuk diagnosa keenam yaitu anak klien mengatakan aktivitas klien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah klien yang kiri mengalami kelemahan, anak klien mengatakan kaki klien bengkak, anak klien mengatakan klien pernah jatuh \pm 5 bulan yang lalu sejak saat itu pendengaran klien mulai terganggu, anak klien mengatakan klien bicara pelo sejak \pm 1 bulan sebelum masuk rumah sakit, selama di rumah semua aktivitas klien di bantu seperti ke kamar mandi di gendong, duduk di bantu dan mandi di mandikan, selain itu umur klien 79 tahun, klien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu, selama di rumah sakit klien banyak tidur, kekuatan Otot : 555 444

555		444
<hr/>		

Dari penjabaran diatas penulis dapat membahas dari penjabaran diatas anatara lain : pada diagnosa teoritis terdapat 7 diagnosa yaitu : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas: spasme jalan nafas, sekresi tertahan, banyaknya mukus, adanya jalan nafas buatan, sekresi bronkus, adanya eksudat di alveolus, adanya benda

asing di jalan nafas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan kapasitas pembawa oksigen darah, intoleransi aktivitas berhubungan dengan isolasi respiratory: tirah baring atau imobilisasi, kelemahan menyeluruh, ketidak seimbangan suplai O₂ dengan kebutuhan, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, akibat toksin bakteri dan rasa sputum, hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, resiko kekurangan volume cairan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam, kehilangan volume cairan secara aktif, kegagalan mekanisme pengaturan dan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan apnea: ansietas, posisi tubuh, deformitas dinding dada, gangguan kognitif, kelelahan hiperventilasi, sindrom hipovnetilasi, obesitas, kelelahan otot spinal. Sedangkan pada saat penulis melakukan pengkajian penulis menemukan 6 diagnosa antara lain yaitu ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular, kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan, dan resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan.

Maka dari diagnosa tiroiditis dan diagnose kasus yang didapatkan penulis menetapkan 4 (empat) kesamaan diagnose dengan diagnosa tiroiditis, sedangkan 3 (tiga) diagnosa lagi tidak ditemukan dikarenakan pada saat

melakukan pengkajian tidak ada di temukan data pendukung seperti: keluhan, tanda dan gejala terkait dengan diagnosa tersebut.

Pada diagnose Tn. B terdapat diagnosa defisit perawatan diri dikarena klien tersebut tidak mampu melakukan pemenuhan kebutuhan personal klien sendiri secara mandiri, dan terdapat diagnose resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan dikarenakan klien tersebut memiliki riwayat stroke dan selama di rawat di Rumah Sakit klien tampak banyak tidur.

4.3 Intervensi.

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc.Closkey & Bulechek, 2004).

Dalam menyusun rencana tindakan Keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus, karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

a. Untuk diagnose pertama.

Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular, rencana tindakan yang dilakukan kepada klien yaitu posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di

belakang punggung klien, anjurkan klien minum air hangat, monitor pernafasan klien dan monitor TTV klien.

b. Untuk diagnosa kedua.

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, rencana tindakan yang dilakukan kepada klien yaitu pertahankan catatan intake dan output yang adekuat, monitor status hidrasi, dorong keluarga untuk membantu klien makan dan tawarkan snack (jus buah, buah segar) kepada klien.

c. untuk diagnosa ketiga.

Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, rencana yang dilakukan kepada klien yaitu kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien, anjurkan pasien untuk meningkatkan intake, berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi), berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, dan kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.

d. Untuk diagnose keempat

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi, rencana yang dilakukan kepada klien yaitu kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medik dalam merencanakan program terapi yang tepat, bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan, bantu untuk mengidentifikasikan aktivitas

yang sesuai, bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang, bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas, dan monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.

e. Untuk diagnosa kelima.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan, rencana yang dilakukan kepada klien yaitu monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, monitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri, sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan *self care*, dan morong klien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.

f. Untuk diagnosa keenam.

Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan, rencana yang dilakukan kepada klien yaitu mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh, gunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan, mendidik anggota keluarga tentang faktor resiko yang berkontribusi terhadap jatuh dan bagaimana mereka dapat menurunkan resiko tersebut, dan tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh.

4.4 Implementasi.

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

mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a. Untuk diagnosa pertama.

Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular, implementasi yang dilakukan yaitu mengatur posisi pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung klien, menganjurkan klien minum air hangat, memonitor pernafasan klien dan memonitor TTV klien.

b. Untuk diagnosa kedua.

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, implementasi yang dilakukan yaitu mempertahankan catatan intake dan output yang adekuat, memonitor status hidrasi, mendorong keluarga untuk membantu klien makan dan menawarkan snack (jus buah, buah segar) kepada klien.

c. Untuk diagnosa ketiga.

Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, implementasi yang dilakukan yaitu mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan

jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien, menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake, memberikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi), memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, dan mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.

d. Untuk diagnosa keempat

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi, implementasi yang dilakukan yaitu mengkolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat, membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan, membantu klien untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai, membantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang, membantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas, dan memonitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.

e. Untuk diagnosa kelima.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan, implementasi yang dilakukan yaitu memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, memonitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri, menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan *self care*, dan mendorong klien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.

f. Untuk diagnosa keenam.

Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan, implemetasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh, menggunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan, mendidik anggota keluarga tentang faktor resiko yang berkontribusi terhadap jatuh dan bagaimana mereka dapat menurunkan resiko tersebut, dan memberi tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh.

Dalam melakukan rencana tindakan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya dan memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan keperawatan.
- c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

4.5 Evaluasi.

Dari 6 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan

asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi melihat catatan perkembangan klien selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 06 sampai dengan tanggal 08 Juni 2018.

- 1) Pada diagnosa pertama yaitu Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular belum teratasi karena anak klien mengatakan klien masih menggunakan oksigen (O₂) pada saat klien mengalami sesak napas.
- 2) Pada diagnosa kedua yaitu Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif teratasi sebagian karena klien sudah mulai menghabiskan makan dan snack yang disediakan di rumah sakit.
- 3) Pada diagnosa ketiga yaitu Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan telah teratasi sebahagian karena klien sudah mulai menghabiskan menu diet yang disediakan.
- 4) Pada diagnosa keempat yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Gaya hidup kurang gerak belum teratasi karena semua aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga dan klien masih kurang dalam beraktivitas karena klien masih banyak tidur.

- 5) Pada diagnosa kelima yaitu Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan belum teratasi karena semua aktivitas dan perawatan diri klien masih di bantu sepenuhnya oleh keluarga klien.
- 6) Pada diagnosa terakhir yaitu Resiko jatuh teratasi karena keluarga telah mengetahui bagaimana cara pencegahan resiko jatuh agar tidak terjadi.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari asuhan keperawatan pada Tn.B dengan pneumonia yang di Rawat di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 06 Juni sampai tanggal 08 Juni 2018.

5.1 Kesimpulan.

Pneumonia adalah inflamasi atau infeksi pada parenkim paru. Pneumonia disebabkan oleh satu atau lebih agens yaitu : virus, bakteri (mikoplasma), fungi, parasit atau aspirasi zat asing (Betz & sowden, 2009). Pneumonia adalah penyakit akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli), dengan tanda dan gejala seperti : Batuk, dispnea, lemah, demam, pusing, nyeri dada pleuritik, napas cepat dan dangkal, menggigil, sesak napas, produksi sputum dan, berkeringat menurut (Robinson & Saputra, 2014).

Dari uraian diatas, penulis dapat mengambil kesimpulan :

- 5.1.1 Pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan pneumonia dapat dilakukan dengan baik.
- 5.1.2 Pada diagnosa asuhan keperawatan pada klien pneumonia dapat dirumuskan 6 diagnosa pada tinjauan kasus yaitu :
 1. Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular.

2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan.
6. Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan.

5.1.3 Pada perencanaan asuhan keperawatan pada klien pneumonia semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus.

5.1.4 Pada implementasi asuhan keperawatan pada klien pneumonia hampir semua dapat dilakukan.

1. Evaluasi atau catatan perkembangan pada klien dengan asuhan keperawatan pada klien pneumonia di Ruang Rawat Inap Paru Rumah Sakit Dr. Ahcmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018, lima dari masalah keperawatan belum teratasi yaitu : Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi, kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan. Sedangkkn yang satu sudah sebagian teratasi yaitu : Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari

kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.

5.2 Saran

Setelah penulis membuat kesimpulan tentang asuhan keperawatan pada Tn.B dengan pneumonia, maka penulis menganggap perlu adanya saran untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Adapun saran-saran sebagai berikut:

5.2.1 Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan kesehatan harus melakukan pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang, agar bisa memberikan asuhan keperawatan yang profesional untuk klien, khususnya asuhan keperawatan dengan pneumonia.

5.2.2 Institusi Rumah Sakit

Institusi Rumah Sakit harus menekankan perawat dan petugas kesehatan lainnya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi membantu pengobatan klien dan memberikan kepuasan klien dalam pelayanan di Rumah Sakit, terutama di Ruang Rawat Inap Paru Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

5.2.3 Penulis

Penulis harus mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien, terutama klien dengan pneumonia. Penulis juga harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lebih baik lagi

pada saat pengkajian, tindakan dan evaluasi agar terjalin kerja sama yang baik guna mempercepat kesembuhan klien.

5.2.4 Penulis Selanjutnya

Penulis selanjutnya sebaiknya dapat memberikan pelayanan dan melakukan asuhan keperawatan yang lebih baik lagi, terutama pada klien dengan pneumonia. Kerja sama yang baik hendaknya tetap dipertahankan dan untuk mengatasi terjadinya komplikasi lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul H, A. Aziz. 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Perawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Betz, Cecily L., Sowden, Linda A. 2009. *Buku Saku Keperawatan Pediatri Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Bulechek, G. M & Mc Closkey, J. C. 2004. *Nursing Interventions Classifications (NIC) Edisi 4*. St. Louis Missouri: Mosby.
- Brunner & Suddart. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Volume 1. Edisi 8*. Jakarta : EGC
- Davis Gordon B. 1994. *Management System Information*. TP. Midas Surya Grafindo, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas)*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan R.I. 2005. *Rencana Strategi Departemen Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan RI. 2009. *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Dinkes RI.
- Griffith–Kenney, J.W. & Christensen, P.J. 1986. *Nursing Process : Application of Theories, Frameworks and Model*. St. Louis : The. C.V. Mosby Company.

- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman Pengendalian Infeksi Saluran Pernapasan Akut*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI .
- LeMone, P., Burke, M.K., dan Bauldoff. G. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Vol 4. Ed Ke-5. Jakarta: EGC.
- Misnadiarly. 2008. *Penyakit Infeksi Saluran Napas Pneumoni Pada Anak Orang Dewasa, Usia Lanjut Edisi 1*. Jakarta: Pustaka Obor Populer.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin ,Arif. 2010. *Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika
- Nurarif & Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Dianosa Medis & Nanda NIC-NOC*. Jilid 3. Jogjakarta: Mediaction.
- Nursalam, 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pearce C. E. 2009. *Anatomi Dan Fisiologi Untuk Paramedis*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Price & Wilson. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Vol 2. Ed Ke-6. Jakarta: EGC.
- Rahajoe, N. 2008. *Buku Ajar Respirologi Anak. Edisi Pertama*. Badan Penerbit IDAI. Jakarta: Media.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun 2013*. Diakses di <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risksdas%20.2013.pdf>.

Robinson & Saputra. 2014. *Buku Ajar Visual Nursing (Medica-Bedah)*. Jilid 1. Jakarta: Binarupa Aksara Publisher.

Rohmah, N, & Walid, S. (2014). *Proses Keperawatan*. Yogyakarta : Ar-Ruzz.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (8 ed., Vol. 2)*. Jakarta: EGC.

Suratun, 2008. *Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Wong, Donna L. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 1*. Alih Bahasa Agus Sutarna dkk. Jakarta: EGC.

Zul, Dahlan. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam jilid II*. Ed ke-VI. Jakarta: EGC

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

SAP GOSOK GIGI

Topik	: Cara Menggosok Gigi Yang Baik Dan Benar
Sub Topik	: Pengertian Dan Manfaat Dari Cara Menggosok Gigi Yang Baik Dan Benar
Hari/tanggal	: Rabu, 06 Juni 2018
Pukul/Tempat	: 09.00 WIB, Ruangan Paru
Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien
Waktu	: 30 Menit

A. TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti penyuluhan dan mendapatkan penjelasan tentang menggosok gigi, peserta diharapkan mengetahui cara menggosok gigi dengan baik dan benar

B. TUJUAN KHUSUS

Setelah dilakukan penyuluhan, peserta diharapkan mampu:

1. Peserta dapat menjelaskan pengertian menggosok gigi
2. Peserta dapat menjelaskan manfaat menggosok gigi
3. Peserta dapat menjelaskan akibat bila tidak menggosok gigi
4. Peserta dapat menjelaskan waktu yang tepat untuk menggosok gigi
5. Peserta dapat menjelaskan cara menggosok gigi yang baik dan benar

C. MATERI

1. Pengertian menggosok gigi
2. Manfaat menggosok gigi
3. Akibat bila tidak menggosok gigi

4. Waktu yang tepat untuk menggosok gigi
5. Cara menggosok gigi yang baik dan benar

D. METODE

1. Ceramah
2. Diskusi / Tanya jawab

E. MEDIA

1. Materi SAP
2. Alat peraga Gigi

F. KEGIATAN PENYULUHAN

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	3 Menit	Pembukaan: Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam Memperkenalkan Diri Menjelaskan tujuan dari penyuluhan Menyebut materi yang akan diberikan	Menjawab Salam Mendengarkan Memperhatikan Memperhatikan
2	15 Menit	Pelaksanaan: Menjelaskan tentang pengertian menggosok gigi Menjelaskan tentang manfaat menggosok gigi Menjelaskan tentang waktu yang tepat untuk menggosok gigi Menjelaskan akibat bila tidak menggosok gigi Menjelaskan cara menggosok gigi dengan baik dan benar Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya	Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan
3	10 Menit	Evaluasi: Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan, dan reinforcement	Menjawab pertanyaan

4	2 Menit	kepada Pasien dan keluarga pasien yang dapat menjawab pertanyaan. Terminasi: Mengucapkan terimakasih atas peran peserta Mengucapkan salam penutup	Mendengarkan Menjawab Salam
---	---------	---	------------------------------------

G. EVALUASI

1. Metode Evaluasi : tanya jawab
2. Jenis Pertanyaan : Lisan

H. SUMBER PUSTAKA

Rudhi Eanto.2013.*Penyuluhan Kesehatan Gigi*.Gramedia:Jakarta

URAIAN MATERI

MENGGOSOK GIGI (SIKAT GIGI)

1. Pengertian menggosok gigi

Kegiatan rutin yang selalu kita lakukan tiap hari, setidaknya 2 kali sehari kita menggosok gigi.
2. Tujuan menggosok gigi
 - a. Gigi tampak bersih dan putih
 - b. Mengurangi bau mulut
 - c. Mencegah sakit gigi (misalnya: caries gigi atau gigi berlubang).
3. Akibat bila tidak menggosok gigi

- a. Gigi menjadi kuning kecoklatan
 - b. Bau mulut bertambah
 - c. Sakit gigi
4. Waktu yang tepat untuk menggosok gigi
- a. Minimal kita menggosok/menyikat gigi dua kali dalam sehari yaitu pagi setelah sarapan dan kedua menjelang tidur
 - b. Yang paling ideal sebaiknya menyikat gigi setelah makan dan menjelang tidur
 - c. Apabila kita tidak mampu menggosok gigi setelah makan, dianjurkan untuk kumur-kumur dengan air yang bersih untuk mengurangi sisa-sisa makanan yang masih menempel di gigi.
5. Cara Menggosok Gigi Yang Benar
- a. Sikat gigi dan gusi dengan posisi kepala sikat membentuk sudut 45 derajat di daerah perbatasan antara gigi dengan gusi
 - b. Gerakan sikat dengan lembut dan memutar. Sikat bagian luar permukaan setiap gigi atas dan bawah dengan posisi 45 derajat berlawanan dengan garis gusi agar sisa makanan yang mungkin masih menyelip dapat dibersihkan.
 - c. Bersihkan permukaan kunyah gigi pada lengkung gigi sebelah kanan dan kiri dengan gerakan maju mundur, atau mungkin boleh juga dengan sedikit diputar sebanyak 10-20 kali gosokan juga. Lakukan pada rahang atas terlebih dulu lalu dilanjutkan dengan rahang bawah.

Bulu sikat gigi diletakkan tegak lurus menghadap permukaan kunyah gigi.

- d. Gunakan hanya ujung bulu sikat gigi untuk membersihkan gigi dengan tekanan ringan sehingga bulu sikat tidak membengkok. Biarkan bulu sikat membersihkan sela-sela gigi. Rubah posisi sikat sesering mungkin.
- e. Bersihkan permukaan dalam gigi yang menghadap ke lidah dan langit-langit dengan menggunakan teknik modifikasi bass untuk lengkung gigi sebelah kanan dan kiri. Untuk lengkung gigi bagian depan dapat anda bersihkan dengan cara memegang sikat gigi secara vertical menghadap ke depan. Lalu gunakan ujung sikat dengan gerakan menarik dari gusi ke arah mahkota gigi. Lakukan pada rahang atas terlebih dulu dan dilanjutkan dengan rahang bawah.
- f. Sikat lidah untuk menyingkirkan bakteri dan agar nafas lebih segar
- g. Pilihlah sikat gigi dengan bulu sikat yang lembut karena yang keras dapat membuat gusi terluka dan menimbulkan abrasi pada gigi, yaitu penipisan struktur gigi terutama di sekitar garis gusi. Abrasi dapat membuat bakteri dan asam menghabiskan gigi karena lapisan keras pelindung enamel gigi telah terkikis.
- h. Ganti sikat gigi jika bulu sikat sudah rusak dan simpan di tempat yang kering sehingga dapat mengering setelah dipakai.
- i. Jangan pernah meminjamkan sikat gigi anda kepada orang lain karena sikat gigi mengandung bakteri yang dapat berpindah dari orang yang satu ke yang lain meski sikat sudah dibersihkan.

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017**

NAMA MAHASISWA : Ruspa Rhamdhani
 NIM : 1514101013
 RUANGAN : Baru
 JUDUL STUDI KASUS : Asuhan keperawatan Pada klien Tr.B
 Dengan Pneumonia di Ruang Rawat
 Inap Baru Dr. Achmad Mochtar
 Bukittinggi Tahun 2018.

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Rabu/06-06/2018	07.30		14.00		
2.	Kamis/07-06/2018	07.45		13.00		
3.	Jumat/08-06/2018	08.05		14.00		

Bukittinggi, 08 Juni.....2018

Ka Ruangan

Preceptor


 Ns. Andriyani, S.Kep
 NIP. 19730606 199603 2 002


 Ns. Andriyani, S.Kep
 NIP. 19730606 199603 2 002

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

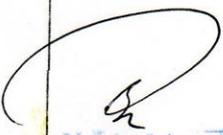
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

NAMA MAHASISWA : PUSPA RHAMADHANI

NIM : 1514401013

PEMBIMBING : Ns. ANDRIYANI, S. Kep

JUDUL KTI STUDI KASUS : *Acuhan keperawatan pada klien TB dengan Pneumonia di Ruang Rawat Inap Baru Dr. Achmad Muchtar Bukit Tinggi, Tahun 2018.*

NO	HARI/TGL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANAGN PEMBIMBING
1.	Minggu/ 10-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Pengkajian. - Perbaiki label obat. - Perbaiki Analisis data. - Perbaiki Diagnosa keperawatan. 	 <u>Ns. Andriyani, S. Kep</u> NIP 19730606 199603 2 002
2.	Minggu/ 10-06-2018 Jum: 20.00.	<ul style="list-style-type: none"> ↑ ke up diagnosa keperawatan 	 <u>Ns. Andriyani, S. Kep</u> NIP 19730606 199603 2 002

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

NAMA MAHASISWA : PUSPA RHAMADHANI

NIM : 1514401013

PEMBIMBING : Ns. FALERI SISKAYUNERE, M.Kep

JUDUL KTI STUDI KASUS : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B DENGAN
 DIAGNOSA PNEUMONIA DIRUANGAN RAWAT
 INAP PARU DI RUMAH SAKIT Dr. ACHMAD
 MUCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018

NO	HARI/TGL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANAGN PEMBIMBING
1.	3/7 2018.	Keperawatan Bha 78 & Diturunkan ke KTI.	
2.	5/7 2018	- Publisasi penelitian - tambahkan data hasil pengajian.	
3.	9/7 2018.	- publisasi Keperawatan - Dr. keput - Daftar obat → jadi	
4.	11/7 2018	Capitulum - Capitulum penelitian Abstrak KTI	
5.	12/9 2018	- publisasi Abstrak hasil di sura	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

NAMA MAHASISWA : PUSPA RHAMADHANI

NIM : 1514401013

PEMBIMBING : Ns. FALERI SISKAYUNERE, M.Kep

JUDUL KTI STUDI KASUS : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B DENGAN
 DIAGNOSA PNEUMONIA DIRUANGAN RAWAT
 INAP PARU DI RUMAH SAKIT Dr. ACHMAD
 MUCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018

NO	HARI/TGL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANAGN PEMBIMBING
5	12/7-2018	Hubungan prone kejang pelalaman Askep. dan dan yg ditanyakan	
6	12/7-2018	Ace di Ujikan Saurnar Hasil KTI.	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI

Nama Mahasiswa : PUSPA RHAMADHANI

Nim : 1514401013

Penguji II : Ns.Falerisiska Yunere, M.Kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn.B Dengan Pneumonia
Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad
Mochtar Bukittinggi 2018.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Kamis/26 Juli 2018	Keaslian asasi pasien pemeriksaan	
2	Jumat/26 Juli 2018	Asesmen kebutuhan dan kegiatan ke.	
3	Senin/30 Juli 2018	Revisi Menit = pemeriksaan	
4	Selasa/31 Juli 2018	Mammy/H Shoh leshay	
5	Selasa/31 Juli 2018	Asu di perpulver	
6			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

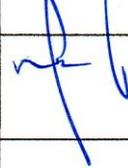
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI

Nama Mahasiswa : PUSPA RHAMADHANI

Nim : 1514401013

Penguji I : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn.B Dengan Pneumonia
 Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad
 Mochtar Bukittinggi 2018.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Selasa / 24 Juli 2018	Konsul Perbaikan	
2	Rabu / 25 Juli 2018	Perbaiki sesuai saran	
3	Kamis / 26 Juli 2018	ACC di judul	
4			
5			
6			

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Identitas Penulis

Nama : Puspa Rhamadhani
Tempat / Tanggal Lahir : Singkarak, 10 Januari 1997
Agama : Islam
Negeri Asal : Jorong Kubang Gajah, Rt/Rw : 000/000, Kel Singkarak,
Kecamatan X Koto Singkarak, Kab Solok.
Jumlah Bersaudara : 5 (Lima) Orang
Anak Ke : 3 (Tiga)

Nama Orang Tua

Ayah : Firdaus
Ibu : Linda Wati
Alamat : Jorong Kubang Gajah, Rt/Rw : 000/000, Kel Singkarak,
Kecamatan X Koto Singkarak, Kab Solok.

Riwayat Pendidikan

1. Taman Kanak-kanak P3K : Tahun 2003
2. SD N 26 X KOTO SINGKARAK : Tahun 2009-2010
3. SMP N 1 X KOTO SINGKARAK : Tahun 2013-2014
4. SMA N 3 KAB. TEBO : Tahun 2014-2015
5. Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang Tahun 2015 Sampai Sekarang.

