

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PNEUMONIA YANG DI RAWAT
DI RUMAH SAKIT



Oleh :

Nama : Kris Wahyudi

NIM : P07220117057

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN

SAMARINDA

2020

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PNEUMONIA YANG DI RAWAT
DI RUMAH SAKIT

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

Nama : Kris Wahyudi

NIM : P07220117057

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2020

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari karya tulis ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya akan bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan, 10 Mei 2020

Yang menyatakan

Kris Wahyudi

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 10 Mei 2020

Oleh

Pembimbing

Nurhayati, S.ST, M.Pd

NIDN. 4024016801

Pembimbing Pendamping

Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd

NIDN.4020027901

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep

NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Pneumonia Yang Di Rawat Di Rumah Sakit

Telah Diuji

Pada tanggal 15 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd
NIDN. 4023126901

Penguji Anggota

1. Nurhayati, S.ST., M.Pd
NIDN. 4024016801

2. Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd
NIDN.4020027901

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Prodi D-III Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes
NIP. 196508251985032001

Ns. Andi Lis AG, M. Kep
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Kris Wahyudi
2. Jenis Kelamin : Laki-laki
3. Tempat, tanggal lahir : Tuban, 18 Mei 1998
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Mulawarman Rt. 07. Kelurahan Lamaru
Balikpapan Timur

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 011 Balikpapan Timur 2006-2008
2. SDN Jadi 02 Semanding Tuban 2008-2011
3. MTS N 02 Balikpapan Timur 2011-2014
4. SMA N 07 Balikpapan Timur 2014-2017
5. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim 2017 hingga sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas limpahan rahmat, taufik dan inayah-Nya, serta nikmat sehat sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pneumonia Yang Di Rawat Di Rumah Sakit" tepat pada waktunya. Penyusunan karya tulis ilmiah tugas akhir ini tentunya hambatan selalu mengiringi namun atas bantuan, dorongan dan bimbingan dari orang tua, dosen pembimbing dan teman-teman yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Tidak lupa penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep, selaku direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis AG,M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Nurhayati, S.ST.,M.Pd, selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingannya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

6. Rahmawati Shoufiah, S.Pd.,S.ST.,M.Pd, selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingannya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Dan seluruh pihak yang terkait yang tidak mungkin disebut satu persatu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat dan sebagai sumbangsih pemikiran khususnya untuk para pembaca dan tidak lupa penulis mohon maaf apabila dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini terdapat kesalahan baik dalam kosa kata ataupun isi dari keseluruhan karya tulis ilmiah ini. Penulis sadar bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna dan untuk itu kritik dan saran sangat penulis harapkan demi kebaikan untuk kedepannya.

Balikpapan, 13 Mei 2020

Penulis

Kris Wahyudi

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PNEUMONIA

Pendahuluan: Penyakit infeksi merupakan masalah kesehatan masyarakat terutama bagi negara maju dan berkembang. Penyakit infeksi terjadi ketika adanya interaksi dengan mikroorganisme menyebabkan kerusakan pada tubuh host dan kerusakan tersebut menimbulkan berbagai gejala dan tanda klinis. Salah satu penyakit infeksi ialah pneumonia. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami secara mendalam mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia

Metode: Penelitian ini menggunakan metode literature review dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan melaksanakan asuhan sebagai unit analisis. Unit analisis adalah pasien dewasa dengan Pneumonia. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dan pemeriksaan penunjang. Instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim. Analisa data secara deskriptif.

Hasil dan Pembahasan: Berdasarkan pada pengkajian, penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi dan hasil evaluasi, didapatkan data dari masing-masing pasien mengeluh batuk, demam naik turun dan nafsu makan menurun. Pada pasien pertama ditemukan 2 diagnosa keperawatan, 1 diagnosa teratasi dan 1 diagnosa teratasi sebagian. Pada pasien kedua ditemukan 6 diagnosa keperawatan 1 masalah teratasi, 2 masalah teratasi sebagian, dan 3 tidak teratasi.

Kesimpulan dan Saran: Dapat disimpulkan bahwa setiap pasien dengan pneumonia memiliki respon yang berbeda terhadap penyakitnya. Diharapkan perawat lebih mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif serta meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Pneumonia.

Kata kunci: *Pneumonia, Asuhan Keperawatan*

DAFTAR ISI

| | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| Halaman Sampul Depan | |
| Halaman Sampul Dalam | Error! Bookmark not defined. |
| Halaman Pernyataan | i |
| Halaman Persetujuan | iii |
| Halaman Pengesahan | iv |
| Halaman Kata Pengantar | vi |
| Daftar Isi..... | ix |
| Daftar Tabel..... | xiii |
| Daftar Bagan..... | xiv |
| Daftar Gambar | xv |
| Daftar Lampiran..... | xvi |

BAB I PENDAHULUAN

| | |
|-----------------------------|---|
| A. Latar belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 7 |
| C. Tujuan Penelitian | 7 |
| D. Manfaat Penelitian | 8 |

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|-------------------------------|----|
| A. Konsep Dasar Teori..... | 10 |
| 1.Pengertian | 10 |
| 2.Anatomi dan Fisiologi | 11 |
| 3.Etiologi | 16 |

| | |
|--|-----------|
| 4.Patofisiologi | 18 |
| 5.Phatway Pneumonia | 20 |
| 6.Klasifikasi | 21 |
| 7.Faktor Resiko | 22 |
| 8.Manifestasi Klinik | 23 |
| 9.Pemeriksaan Penunjang | 24 |
| 10. Penatalaksanaan | 25 |
| 11. Komplikasi | 27 |
| B. Konsep Diagnosis Keperawatan | 28 |
| 1.Pengertian | 28 |
| 2.Jenis Diagnosis Keperawatan | 28 |
| 3.Komponen Diagnosis Keperawatan | 29 |
| 4.Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan | 42 |
| C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pneumonia | 42 |
| 1.Pengkajian..... | 42 |
| 2.Diagnosa keperawatan..... | 46 |
| 3.Intervensi Keperawatan | 47 |
| 4.Implementasi Keperawatan..... | 60 |
| 5.Evaluasi Keperawatan | 61 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|---|----|
| A. Pendekatan/Desain Penelitian..... | 64 |
| B. Subyek Penelitian..... | 64 |
| C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) | 65 |
| D. Lokasi dan Waktu Penelitian | 66 |
| E. Prosedur Penelitian..... | 66 |
| F. Metode dan instrument Pengumpulan Data..... | 67 |
| G. Keabsahan Data..... | 67 |
| H. Analisis Data..... | 68 |

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

| | |
|---------------------------------|-----|
| A. Hasil Penelitian | 69 |
| B. Pembahasan | 107 |
| 1.Pengkajian..... | 107 |
| 2.Diagnosa Keperawatan | 110 |
| 3.Intervensi Keperawatan | 129 |
| 4.Implementasi Keperawatan..... | 132 |
| 5.Evaluasi Keperawatan | 133 |

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|---------------------|-----|
| A. Kesimpulan | 136 |
| B. Saran..... | 138 |

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 4.1 Hasil anamnesis Pasien dengan <i>PNEUMONIA</i> | 70 |
| Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien dengan <i>PNEUMONIA</i> | 74 |
| Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan penunjang & terapi Pasien..... | 80 |
| Tabel 4.4 Analisa data Pasien dengan <i>PNEUMONIA</i> | 81 |
| Tabel 4.5 Diagnosa keperawatan Pasien dengan <i>PNEUMONIA</i> | 84 |
| Tabel 4.4 Intervensi Pasien dengan <i>PNEUMONIA</i> | 85 |
| Tabel 4.6 Implementasi Pasien 1 dengan <i>PNEUMONIA</i> | 88 |
| Tabel 4.7 Implementasi Pasien 2 dengan <i>PNEUMONIA</i> | 90 |
| Tabel 4.8 Evaluasi Pasien dengan <i>PNEUMONIA</i> | 99 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|----------------------------------|----|
| Bagan 2.1 phatway pneumonia..... | 20 |
|----------------------------------|----|

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 2.1 Anatomi sistem pernafasan..... | 11 |
|---|----|

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsultasi
- Lampiran 2 Format Pengkajian Keperawatan
- Lampiran 3 Format Analisa Data
- Lampiran 4 Format Daftar Diagnosa Keperawatan
- Lampiran 5 Format Perencanaan Keperawatan
- Lampiran 6 Format Tindakan Keperawatan
- Lampiran 7 Format Evaluasi Keperawatan
- Lampiran 8 Lembar Literatur Kasus Pasien 1
- Lampiran 9 Lembar Literatur Kasus Pasien 2

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Penyakit infeksi merupakan masalah kesehatan masyarakat terutama bagi negara maju dan berkembang. Penyakit infeksi ialah penyakit yang disebabkan masuk dan berkembang biaknya mikroorganisme, suatu kelompok luas dari organisme mikroskopik yang terdiri dari satu atau banyak sel seperti bakteri, fungi, parasit serta virus. Penyakit infeksi terjadi ketika interaksi dengan mikroorganisme menyebabkan kerusakan pada tubuh host dan kerusakan tersebut menimbulkan berbagai gejala dan tanda klinis. Mikroorganisme yang menyebabkan penyakit pada manusia disebut sebagai mikroorganisme patogen (Novard et al., 2019).

Penyakit yang diakibatkan oleh infeksi mikroorganisme merupakan salah satu penyakit yang selalu menjadi pusat perhatian para praktisi dan pemerhati kesehatan. Salah satu penyakit infeksi akibat bakteri ialah pneumonia (Radji, 2011).

Pneumonia merupakan penyakit peradangan parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganisme bakteri, virus, jamur dan parasit, namun pneumonia juga disebabkan oleh bahan kimia ataupun karena paparan fisik seperti suhu dan radiasi. Berdasarkan lokasi anatominya, pneumonia dapat terbatas segmen, lobus, atau menyebar. Jika hanya melibatkan lobus, pneumonia sering mengenai bronkus dan bronkiolus

sehingga sering disebut dengan bronkopneumonia (Djojodibroto, 2012).

Angka kejadian pneumonia didunia merupakan masalah kesehatan karena angka kematiannya tinggi dinegara maju seperti Amerika, Canada dan Eropa. Terdapat dua juta sampai tiga juta kasus per tahun dengan jumlah kematian rata-rata 45.000 jiwa di Amerika (Misnadiarly, 2008). Angka ini paling besar terjadi pada anak-anak yang berusia kurang dari 5 tahun, dan dewasa yang berusia lebih dari 75 tahun (Lantu et al., 2016).

Jumlah kasus penyakit pneumonia di wilayah Asia khususnya Philipina berada pada peringkat ke-4 dengan jumlah kasus sebanyak 53,101 kasus (10,0%) pada tahun 2013. Sedangkan pada Negara Asia Lainnya yaitu Malaysia memiliki angka kematian akibat pneumonia yang berada pada peringkat ke-2 dengan jumlah kasus 9,250 kasus (12,0%) pada tahun 2014 (Malaysia, 2016).

Berdasarkan riset kesehatan dasar tahun 2018 prevalensi penyakit pneumonia di Indonesia mencapai 1.017.290 kasus. Penyakit pneumonia untuk di provinsi Kalimantan sendiri Kalimantan Barat menempati peringkat ke-1 dengan jumlah kasus sebanyak 19.190 kasus, di susul peringkat ke-2 yaitu Kalimantan Selatan dengan jumlah sebanyak 16.043 kasus. Untuk Kalimantan Timur sendiri menempati peringkat ke-3 dengan jumlah kasus sebanyak 13.977 kasus. Peringkat ke-4 adalah Kalimantan Tengah dengan kasus sebanyak 10.189 kasus dan peringkat ke-5 di tempati oleh Kalimantan Utara dengan jumlah kasus sebanyak 2.733 kasus (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2019).

Pneumonia disebabkan oleh organisme seperti virus dan bakteri yang masuk ke dalam tubuh sehingga mikroorganisme patogen mencapai bronkioli terminalis lalu merusak sel epitel basilica dan sel goblet sehingga cairan eksudat dan leukosit masuk ke dalam alveoli sampai terjadi konsolidasi paru yang mengakibatkan kapasitas vital dan *compliance* menurun sehingga meluasnya permukaan membrane respirasi dan penurunan rasio ventilasi perfusi sehingga suplai O₂ dalam tubuh terganggu (Misnadiarly, 2008).

Faktor lingkungan termasuk faktor yang sangat mempengaruhi untuk terjadinya pneumonia salah satunya yaitu pencemaran udara. Pencemaran udara dalam rumah dipengaruhi oleh berbagai factor antara lain, bahan bangunan (misal; asbes), struktur bangunan (misal; ventilasi), bahan pelapis untuk furniture serta interior (pada pelarut organiknya), kepadatan hunian, kualitas udara luar rumah (ambient air quality), radiasi dari Radon (Rd), formaldehid, debu, dan kelembaban yang berlebihan. Selain itu, kualitas udara juga dipengaruhi oleh kegiatan dalam rumah seperti dalam hal penggunaan energy tidak ramah lingkungan, penggunaan sumber energi yang relative murah seperti batu bara dan biomasa (kayu, kotoran kering dari hewan ternak, residu pertanian), perilaku merokok dalam rumah, penggunaan pestisida, penggunaan bahan kimia pembersih, dan kosmetika. Bahan-bahan kimia tersebut dapat mengeluarkan polutan yang dapat bertahan dalam rumah untuk jangka waktu yang cukup lama (Kemenkes RI, 2011).

Pada klien yang menderita pneumonia diagnosa yang sering muncul adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peroses infeksi, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dan resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Achmad Afif Maulana (2018) dalam menangani masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien pneumonia dengan melakukan tindakan keperawatan mengobservasi frekuensi atau kedalaman pernafasan dan gerakan dada, Membantu pasien latihan nafas dalam dan batuk secara efektif, Menganjurkan keluarga untuk memberikan posisi nyaman pada pasien seperti semi-fowler, Pemberian terapi nebulizer, dan Kolaborasi dengan tim medis atau dokter dalam pemberian obat. Memberikan perubahan pada keadaan pasien menjadi membaik, tidak batuk dan tidak sesak (Maulana, 2017).

Masalah keperawatan pada pasien pneumonia jika tidak diatasi dapat berdampak buruk bagi penderitanya salah satunya gagal napas yang disebabkan karena paru-paru terisi cairan atau nanah, sehingga paru-paru tidak dapat mentransfer cukup oksigen ke darah termasuk menghilangkan karbondioksida di dalam darah. Kondisi ini sangat serius sebab semua organ penting dalam tubuh membutuhkan oksigen untuk bisa berfungsi dengan baik.

Dalam mengurangi atau mengatasi penyebab masalah keperawatan pada penderita pneumonia diatas maka di butuhkan peran perawat secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Promotif yaitu perawat berperan mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan pada penyakit pneumonia. Contohnya perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit pneumonia. Preventif yaitu perawat berperan sebagai pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit yang berhubungan dengan penyakit pneumonia. Contohnya perawat dapat memberikan informasi seperti penyebab serta penularan penyakit pneumonia. Kuratif yaitu perawat berperan sebagai pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderita akibat penyakit, pengendalian penyakit atau pengendalian kecacatan agar kualitas hidup pasien dapat terjaga seoptimal mungkin. Contohnya perawat memberikan pengobatan secara teratur hasil kolaborasi dengan dokter. Rehabilitatif yaitu peran perawat untuk mengembalikan bekas pasien ke dalam masyarakat yang berguna untuk

dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya. Contohnya perawat melakukan rehabilitasi mental agar bekas penderita dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan social secara memuaskan. Dengan cara bekas penderita penyakit pneumonia mendapatkan bimbingan kejiwaan sebelum kembali ke masyarakat. Sangat di perlukan dalam memberi asuhan keperawatan harus secara menyeluruh mulai dari pengkajian masalah, menentukan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, implementasi serta evaluasi asuhan keperawatan pada pasien pneumonia. Perawat dapat melakukan tindakan secara mandiri maupun kolaborasi dengan cara farmokologi dan non farmokologi seperti memberikan latihan nafas dalam dan memperbaiki pola nafas, serta membersihkan jalan nafas yang tersumbat oleh secret atau dahak (Misnadiarly, 2008).

Berdasarkan data di RS Bhayangkara Titus Uly Kupang khususnya di Ruang Cendana periode Januari hingga Desember 2018 jumlah pasien yang dirawat sebanyak 356 orang, yang menderita penyakit pneumonia sebanyak 49 orang. Pada bulan Januari hingga Juni 2019 jumlah pasien yang dirawat dengan penyakit pneumonia sebanyak 42 orang. Sedangkan 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, dengan banyaknya kasus Pneumonia tersebut maka kita perlu meningkatkan pemberian asuhan keperawatan secara

komprehensif.

Berdasarkan penjelasan diatas, penulis tertarik ingin mengetahui pelaksanaan proses asuhan keperawatan yang dilakukan peneliti pada kasus pasien dengan pneumonia yang di rawat di RS Bhayangkara Titus Uly Kupang khususnya di Ruang Cendana dan di Ruangan Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah, maka rumusan masalah ini adalah bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan pneumonia di RS. Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang tahun 2019 dan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penulisan proposal karya tulis ilmiah ini dibedakan menjadi dua tujuan yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan pneumonia di RS. Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang tahun 2019 dan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi hasil pengkajian pasien dengan pneumonia di RS. Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang tahun 2019 dan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018

- b. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan pasien dengan pneumonia di RS. Bhayangkara Drs. Titus Ulyy Kupang tahun 2019 dan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018
- c. Mengidentifikasi perencanaan keperawatan pasien dengan pneumonia di RS. Bhayangkara Drs. Titus Ulyy Kupang tahun 2019 dan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018
- d. Mengidentifikasi intervensi keperawatan pasien dengan pneumonia di RS. Bhayangkara Drs. Titus Ulyy Kupang tahun 2019 dan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018
- e. Mengidentifikasi hasil evaluasi pasien dengan pneumonia di RS. Bhayangkara Drs. Titus Ulyy Kupang tahun 2019 dan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Melalui kegiatan menyusun karya tulis ilmiah dengan menggunakan metode literature review ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan lebih luas dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Pneumonia.

2. Bagi tempat penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada bidang Pelayanan Kesehatan mengenai Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan pneumonia sehingga dapat menjadi perantara untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan pneumonia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Pengertian

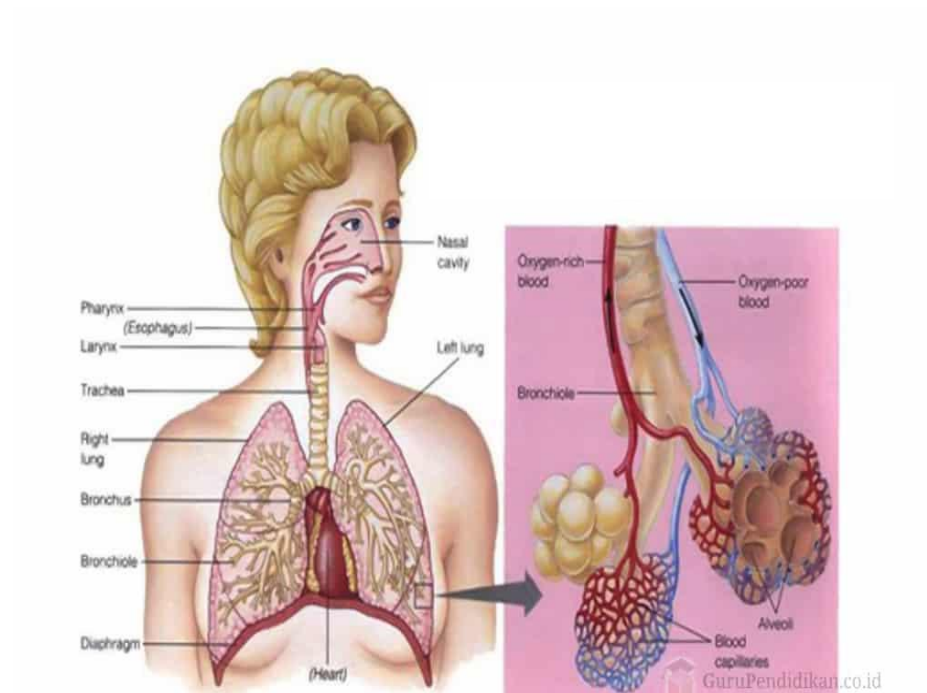
Pneumonia adalah salah satu bentuk infeksi saluran nafas bawah akut (ISNBA) merupakan peradangan yang mengenai parenkim paru dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius, dan alveoli serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran udara (Dahlan, 2007).

Pneumonia adalah infeksi yang menyebabkan paru-paru meradang. Kantung-kantung kemampuan menyerap oksigen menjadi berkurang. Kekurangan oksigen membuat sel-sel tubuh tidak bekerja. Inilah penyebab penderita pneumonia dapat meninggal, selain dari penyebaran infeksi ke seluruh tubuh (Misnadiarly, 2008).

Pneumonia adalah suatu infeksi atau peradangan pada organ paru-paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun parasit, dimana pulmonary alveolus (alveoli), organ yang bertanggung jawab menyerap oksigen dari atmosfer, mengalami peradangan dan terisi oleh cairan (shaleh, 2013).

Jadi pneumonia adalah penyakit infeksi saluran nafas bawah akut yang mengenai jaringan paru (alveoli) dengan gejala batuk, sesak nafas, ronkhi dan tampak infiltrate pada foto rongten (Dahlan, 2007).

2. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.1 Ana

a. Rongga Hidung (Cavum N

Udara dari luar akan masuk lewat rongga hidung (cavum nasalis). Rongga hidung berlapis selaput lendir, di dalamnya terdapat kelenjar minyak (kelenjar sebacea) dan kelenjar keringat (kelenjar sudorifera). Selaput lendir berfungsi menangkap benda asing yang masuk lewat saluran pernapasan.

Selain itu, terdapat juga rambut pendek dan tebal yang berfungsi menyaring partikel kotoran yang masuk bersama udara. Juga terdapat konka yang mempunyai banyak kapiler darah yang berfungsi menghangatkan udara yang masuk. Di sebelah belakang rongga hidung terhubung dengan nasofaring melalui dua lubang yang disebut choanae. Pada permukaan rongga hidung terdapat rambut-rambut halus dan selaput lendir yang berfungsi untuk menyaring udara yang masuk ke dalam rongga hidung.

b. Faring (Tenggorokan)

Udara dari rongga hidung masuk ke faring. Faring merupakan percabangan 2 saluran, yaitu saluran pernapasan (nasofarings) pada bagian depan dan saluran pencernaan (orofarings) pada bagian belakang. Pada bagian belakang faring (posterior) terdapat laring (tekak) tempat terletak pita suara (pita vocalis). Masuknya udara melalui faring akan menyebabkan pita suara bergetar dan terdengar sebagai suara. Makan sambil berbicara dapat mengakibatkan makanan masuk ke saluran pernapasan karena saluran pernapasan pada saat tersebut sedang terbuka. Walaupun demikian, saraf kita akan mengatur agar peristiwa menelan, bernapas, dan berbicara tidak terjadi bersamaan sehingga mengakibatkan gangguan kesehatan. Fungsi utama faring adalah menyediakan saluran

bagi udara yang keluar masuk dan juga sebagai jalan makanan dan minuman yang ditelan, faring juga menyediakan ruang dengung(resonansi) untuk suara percakapan.

c. Pangkal Tenggorokan (laring)

Laring merupakan suatu saluran yang dikelilingi oleh tulang rawan. Laring berada diantara orofaring dan trakea, didepan lariofaring. Salah satu tulang rawan pada laring disebut epiglotis. Epiglotis terletak di ujung bagian pangkal laring. Laring diselaputi oleh membrane mukosa yang terdiri dari epitel berlapis pipih yang cukup tebal sehingga kuat untuk menahan getaran-getaran suara pada laring. Fungsi utama laring adalah menghasilkan suara dan juga sebagai tempat keluar masuknya udara. Pangkal tenggorok disusun oleh beberapa tulang rawan yang membentuk jakun. Pangkal tenggorok dapat ditutup oleh katup pangkal tenggorok (epiglotis). Pada waktu menelan makanan, katup tersebut menutup pangkal tenggorok dan pada waktu bernapas katup membuka. Pada pangkal tenggorok terdapat selaput suara yang akan bergetar bila ada udara dari paru-paru, misalnya pada waktu kita bicara.

d. Batang Tenggorokan (Trakea)

Tenggorokan berupa pipa yang panjangnya ± 10 cm, terletak sebagian di leher dan sebagian di rongga dada (torak). Dinding tenggorokan tipis dan kaku, dikelilingi oleh 4 cincin tulang rawan, dan pada bagian dalam rongga bersilia. Silia-silia ini berfungsi menyaring benda-benda asing yang masuk ke saluran pernapasan. Batang tenggorok (trakea) terletak di sebelah depan kerongkongan. Di dalam rongga dada, batang tenggorok bercabang menjadi dua cabang tenggorok (bronkus). Di dalam paru-paru, cabang tenggorok bercabang-cabang lagi menjadi saluran yang sangat kecil disebut bronkiolus. Ujung bronkiolus berupa gelembung kecil yang disebut gelembung paru-paru (alveolus).

e. Cabang Batang Tenggorokan (Bronkus)

Tenggorokan (trakea) bercabang menjadi dua bagian, yaitu bronkus kanan dan bronkus kiri. Struktur lapisan mukosa bronkus sama dengan trakea, hanya tulang rawan bronkus bentuknya tidak teratur dan pada bagian bronkus yang lebih besar cincin tulang rawannya melingkari lumen dengan sempurna. Bronkus bercabang-cabang lagi menjadi bronkiolus. Batang tenggorokan bercabang menjadi dua bronkus, yaitu bronkus sebelah kiri dan sebelah kanan. Kedua bronkus menuju paru-paru, bronkus bercabang lagi menjadi bronkiolus.

Bronkus sebelah kanan(bronkus primer) bercabang menjadi tiga bronkus lobaris (bronkus sekunder), sedangkan bronkus sebelah kiri bercabang menjadi dua bronkiolus. Cabang-cabang yang paling kecil masuk ke dalam gelembung paru-paru atau alveolus. Fungsi utama bronkus adalah menyediakan jalan bagi udara yang masuk dan keluar paru-paru.

f. Bronchiolus

Tidak mengandung lempeng tulang rawan, tidak mengandung kelenjar submukosa. Otot polos bercampur dengan jaringan ikat longgar, sel bronkiolar tanpa silia (sel Clara). Lamina propria tidak mengandung sel goblet. Bronchiolus berfungsi sebagai pengatur jumlah udara yang masuk dan keluar dari alveoli.

g. Alveolus

Kantong berdinding sangat tipis pada bronkioli terminalis. Tempat terjadinya pertukaran oksigen dan karbondioksida antara darah dan udara yang dihirup. Jumlahnya 200 - 500 juta. Terdapat tiga jenis sel-sel alveolar. Sel alveolar tipe I adalah sel epitel yang membentuk dinding alveolar, Tipe II sel-sel yang aktif secara metabolik, mensekresi surfaktan, suatu fosfolipid yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveolar agar tidak kolaps, dan Tipe III makrofag yang merupakan sel-sel fagositik yang besar yang memakan

benda asing (mis, lendir, bakteri), dan bekerja sebagai mekanisme pertahanan yang penting.

3. Etiologi

Penyebab pneumonia pada orang dewasa dan usia lanjut umumnya adalah bakteri. Penyebab paling umum pneumonia di Amerika Serikat yaitu bakteri *Streptococcus pneumoniae*, atau *Pneumococcus*. Sedangkan pneumonia yang disebabkan karena virus umumnya adalah Respiratory Syncytial Virus, rhinovirus, Herpes Simplex Virus, Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) (Nursalam, 2016).

a. Bakteri

Pneumonia bakterial dibagi menjadi dua bakteri penyebabnya yaitu

1) Typical organisme

Penyebab pneumonia berasal dari gram positif berupa :

a) *Streptococcus pneumoniae*

merupakan bakteri anaerob fakultatif. Bakteri patogen ini di temukan pneumonia komunitas rawat inap di luar ICU sebanyak 20-60%, sedangkan pada pneumonia komunitas rawat inap di ICU sebanyak 33%.

b) *Staphylococcus aureus*

bakteri anaerob fakultatif. Pada pasien yang diberikan obat secara intravena (intravena drug abusers)

memungkinkan infeksi kuman ini menyebar secara hematogen dari kontaminasi injeksi awal menuju ke paru-paru. Apabila suatu organ telah terinfeksi kuman ini akan timbul tanda khas, yaitu peradangan, nekrosis dan pembentukan abses.

c) Enterococcus (*E. faecalis*, *E. faecium*)

2) Atipikal organisme

Bakteri yang termasuk atipikal ada alah *Mycoplasma sp*, *chlamedia sp*, *Legionella sp*.

b. Virus

Disebabkan oleh virus influenza yang menyebar melalui droplet, biasanya menyerang pada pasien dengan imunodefisiensi. Diduga virus penyebabnya adalah cytomegali virus, herpes simplex virus, varicella zooster virus.

c. Fungi

Infeksi pneumonia akibat jamur biasanya disebabkan oleh jamur oportunistik, dimana spora jamur masuk kedalam tubuh saat menghirup udara. Organisme yang menyerang adalah *Candida sp*, *Aspergillus sp*, *Cryptococcus neoformans*.

d. Lingkungan

Faktor lingkungan termasuk faktor yang sangat mempengaruhi untuk terjadinya pneumonia salah satunya yaitu pencemaran udara. Pencemaran udara dalam rumah dipengaruhi

oleh berbagai factor antara lain, bahan bangunan (misal; asbes), struktur bangunan (misal; ventilasi), bahan pelapis untuk furniture serta interior (pada pelarut organiknya), kepadatan hunian, kualitas udara luar rumah (ambient air quality), radiasi dari Radon (Rd), formaldehid, debu, dan kelembaban yang berlebihan. Selainitu, kualitas udara juga dipengaruhi oleh kegiatan dalam rumah seperti dalam hal penggunaan energy tidak ramah lingkungan, penggunaan sumber energi yang relative murah seperti batu bara dan biomasa (kayu, kotoran kering dari hewan ternak, residu pertanian), perilaku merokok dalam rumah, penggunaan pestisida, penggunaan bahan kimia pembersih, dan kosmetika. Bahan-bahan kimia tersebut dapat mengeluarkan polutan yang dapat bertahan dalam rumah untuk jangka waktu yang cukup lama (Kemenkes RI, 2011).

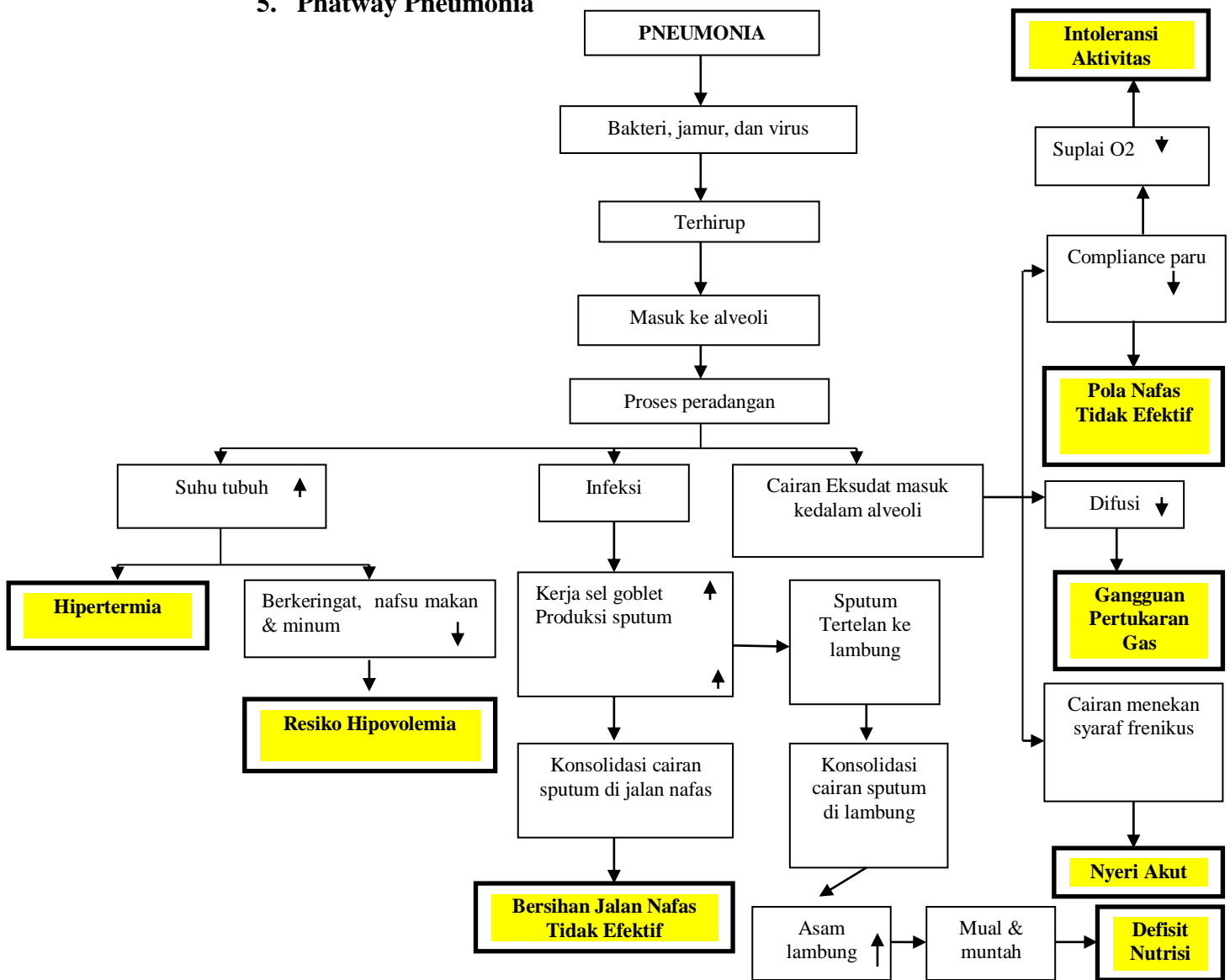
4. Patofisiologi

Umumnya mikroorganisme penyebab terhisap ke paru bagian perifer melalui saluran respiratori. Mula-mula terjadi edema akibat reaksi jaringan yang mempermudah proliferasi dan penyebaran kuman ke jaringan sekitarnya. Bagian paru yang terkena mengalami konsolidasi, yaitu terjadi serbukan fibrin, eritrosit, cairan edema, dan ditemukannya kuman di alveoli. Stadium ini disebut stadium hepatisasi merah. Selanjutnya, deposisi fibrin semakin bertambah, terdapat fibrin dan leukosit di alveoli dan terjadi proses fagositosis yang cepat.

Stadium ini disebut stadium hepatisasi kelabu. Selanjutnya, jumlah makrofag meningkat di alveoli, sel akan mengalami degenerasi, fibrin menipis, kuman dan debris menghilang. Stadium ini disebut stadium resolusi. Sistem bronkopulmoner jaringan paru yang tidak terkena akan tetap normal (Nursalam, 2016).

Apabila kuman patogen mencapai bronkioli terminalis, cairan edema masuk ke dalam alveoli, diikuti oleh leukosit dalam jumlah banyak, kemudian makrofag akan membersihkan debris sel dan bakteri. Proses ini bisa meluas lebih jauh lagi ke lobus yang sama, atau mungkin ke bagian lain dari paru- paru melalui cairan bronkial yang terinfeksi. Melalui saluran limfe paru, bakteri dapat mencapai aliran darah dan pluro viscelaris. Karena jaringan paru mengalami konsolidasi, maka kapasitas vital dan compliance paru menurun, serta aliran darah yang mengalami konsolidasi menimbulkan pirau/ shunt kanan ke kiri dengan ventilasi perfusi yang *mismatch*, sehingga berakibat pada hipoksia. Kerja jantung mungkin meningkat oleh karena saturasi oksigen yang menurun dan hipertakipnea. Pada keadaan yang berat bisa terjadi gagal nafas (Nursalam, 2016).

5. Phatway Pneumonia



Bagan 2.1 Phatway Pneumonia

(Sumber: (Mansjoer & Suriadi dan rita Y, 2006) dan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)).

6. Klasifikasi

Klasifikasi pneumonia berdasarkan klinis dan epidemiologi serta letak anatomi (Nursalam, 2016) sebagai berikut:

a. Klasifikasi pneumonia berdasarkan klinis dan epidemiologi

- 1) Pneumonia Komunitas (PK) adalah pneumonia infeksius pada seseorang yang tidak menjalani rawat inap di rumah sakit.
- 2) Pneumonia Nosokomial (PN) adalah pneumonia yang diperoleh selama perawatan di rumah sakit atau sesudahnya karena penyakit lain atau prosedur.
- 3) Pneumonia aspirasi disebabkan oleh aspirasi oral atau bahan dari lambung, baik ketika makan atau setelah muntah. Hasil inflamasi pada paru bukan merupakan infeksi tetapi dapat menjadi infeksi karena bahan teraspirasi mungkin mengandung bakteri aerobik atau penyebab lain dari pneumonia.
- 4) Pneumonia pada penderita immunocompromised adalah pneumonia yang terjadi pada penderita yang mempunyai daya tahan tubuh lemah.

b. Klasifikasi pneumonia berdasarkan letak anatomi

- 1) Pneumonia lobaris

Pneumonia lobaris melibatkan seluruh atau satu bagian besar dari satu atau lebih lobus paru. Bila kedua paru terkena, maka dikenal sebagai pneumonia bilateral atau “ganda”.

2) Pneumonia lobularis (bronkopneumonia)

Bronkopneumonia terjadi pada ujung akhir bronkiolus, yang tersumbat oleh eksudat mukopurulen untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus yang berada didekatnya.

3) Pneumonia interstisial

Proses implamasi yang terjadi di dalam dinding alveolar (interstisium) dan jaringan peribronkial serta interlobular.

7. Faktor Resiko

Dengan mempunyai pengetahuan tentang faktor-faktor dan situasi yang umumnya menjadi faktor predisposisi individu terhadap pneumonia akan membantu untuk mengidentifikasi pasien-pasien yang beresiko terhadap pneumonia. Memberikan perawatan antisipatif dan preventif adalah tindakan keperawatan yang penting (*Brunner & Suddarth, 2013*).

- a. Setiap kondisi yang menghasilkan lendir atau obstruksi bronkial dan mengganggu drainase normal paru (misalnya kanker, penyakit obstruksi paru menahun) meningkatkan kerentanan pasien terhadap pneumonia.
- b. Pasien immunosupresif dan mereka yang neutrofil rendah (neutropeni)
- c. Individu yang merokok beresiko, karena asap rokok mengganggu baik aktivitas mukosiliari dan makrofag.

- d. Setiap individu yang mengalami depresi reflex batuk (karena medikasi, keadaan yang melemahkan, atau otot-otot pernafasan yang lemah), telah menginspirasi benda asing kedalam paru-paru selama priode tidak sadar (cedera kepala, anesthesia) atau mempunyai mekanisme menelan abnormal.
- e. setiap orang yang menerima pengobatan dengan peralatan terapi pernafasan dapat mengalami pneumonia jika alat tersebut tidak dibersihkan dengan tepat.

8. Manifestasi Klinik

Gejala klinis dari pneumonia adalah demam, menggigil, berkeringat, batuk (baik non produktif atau produktif atau menghasilkan sputum berlendir, purulen, atau bercak darah), sakit dada karena pleuritis dan sesak. Gejala umum lainnya adalah pasien lebih suka berbaring pada yang sakit dengan lutut tertekuk karena nyeri dada. Pemeriksaan fisik didapatkan retraksi atau penarikan dinding dada bagian bawah saat pernafas, takipneu, kenaikan atau penurunan taktil fremitus, perkusi redup sampai pekak menggambarkan konsolidasi atau terdapat cairan pleura, dan ronki(Nursalam, 2016).

Sedangkan menurut (Nursalam, 2016) pneumonia menunjukkan gejala klinis sebagai berikut:

- a. Batuk
- b. Sputum produktif
- c. Sesak nafas

- d. Ronki
- e. Demam tidak stabil
- f. Leukositosis
- g. Infiltrat

9. Pemeriksaan Penunjang

a. Radiologi

Pemeriksaan menggunakan foto thoraks (PA/lateral) merupakan pemeriksaan penunjang utama (gold standard) untuk menegakkan diagnosis pneumonia. Gambaran radiologis dapat berupa infiltrat sampai konsolidasi dengan air bronchogram, penyebaran bronkogenik dan interstisial serta gambaran kavitas.

b. Laboratorium

Peningkatan jumlah leukosit berkisar antara 10.000 - 40.000 /ul, Leukosit polimorfonuklear dengan banyak bentuk. Meskipun dapat pula ditemukan leukopenia.

c. Mikrobiologi

Pemeriksaan mikrobiologi diantaranya biakan sputum dan kultur darah untuk mengetahui adanya *S. pneumonia* dengan pemeriksaan koagulasi antigen polisakarida pneumokokkus.

d. Analisa Gas Darah

Ditemukan hipoksemia sedang atau berat. Pada beberapa kasus, tekanan parsial karbondioksida (PCO₂) menurun dan pada stadium lanjut menunjukkan asidosis respiratorik.

10. Penatalaksanaan

Karena penyebab pneumonia bervariasi membuat penanganannya pun akan disesuaikan dengan penyebab tersebut. Selain itu, penanganan dan pengobatan pada penderita pneumonia tergantung dari tingkat keparahan gejala yang timbul dari infeksi pneumonia itu sendiri (shaleh, 2013).

a. Bagi pneumonia yang disebabkan oleh bakteri

Maka pemberian antibiotik adalah yang paling tepat. Pengobatan haruslah benar-benar komplit sampai benar-benar tidak lagi adanya gejala pada penderita. Selain itu, hasil pemeriksaan X-Ray dan sputum harus tidak lagi menampakkan adanya bakteri pneumonia. Jika pengobatan ini tidak dilakukan secara komplit maka suatu saat pneumonia akan kembali mendera si penderita (shaleh, 2013).

1) Untuk bakteri *Streptococcus Pneumoniae*

Bisa diatasi dengan pemberian vaksin dan antibiotik. Ada dua vaksin tersedia, yaitu pneumococcal conjugate vaccine dan pneumococcal polysaccharide vaccine. Pneumococcal conjugate vaccine adalah vaksin yang menjadi bagian dari imunisasi bayi dan direkomendasikan untuk semua anak dibawah usia 2 tahun dan anak-anak yang berumur 2-4 tahun. Sementara itu pneumococcal polysaccharide vaccine direkomendasikan bagi orang dewasa.

Sedangkan antibiotik yang sering digunakan dalam perawatan tipe pneumonia ini termasuk penicillin, amoxicillin, dan clavulanic acid, serta macrolide antibiotics, termasuk erythromycin (shaleh, 2013).

2) Untuk bakteri *Hemophilus Influenzae*

Antibiotik yang bermanfaat dalam kasus ini adalah generasi cephalosporins kedua dan ketiga, amoxicillin dan clavulanic acid, fluoroquinolones (levofloxacin), maxifloxacin oral, gatifloxacin oral, serta sulfamethoxazole dan trimethoprim (shaleh, 2013).

3) Untuk bakteri *Mycoplasma*

Dengan cara memberikan antibiotik macrolides (erythromycin, clarithromycin, azithromycin dan fluoroquinolones), antibiotik ini umum diresepkan untuk merawat *mycoplasma pneumonia* (shaleh, 2013).

b. Bagi pneumonia yang disebabkan oleh virus

Pengobatannya hampir sama dengan pengobatan pada penderita flu. Namun, yang lebih ditekankan dalam menangani penyakit pneumonia ini adalah banyak beristirahat dan pemberian nutrisi yang baik untuk membantu pemulihan daya tahan tubuh. Sebab bagaimana pun juga virus akan dikalahkan jika daya tahan tubuh sangat baik (shaleh, 2013).

c. Bagi pneumonia yang disebabkan oleh jamur

Cara pengobatannya akan sama dengan cara mengobati penyakit jamur lainnya. Hal yang paling penting adalah pemberian obat anti jamur agar bisa mengatasi pneumonia (shaleh, 2013).

11. Komplikasi

Komplikasi Pneumonia umumnya bisa diterapi dengan baik tanpa menimbulkan komplikasi. Akan tetapi, beberapa pasien, khususnya kelompok pasien risiko tinggi, mungkin mengalami beberapa komplikasi seperti bakteremia (sepsis), abses paru, efusi pleura, dan kesulitan bernapas. Bakteremia dapat terjadi pada pasien jika bakteri yang menginfeksi paru masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ lain, yang berpotensi menyebabkan kegagalan organ. Pada 10% pneumonia dengan bakteremia dijumpai terdapat komplikasi ektrapulmoner berupa meningitis, arthritis, endokarditis, perikarditis, peritonitis, dan empiema. Pneumonia juga dapat menyebabkan akumulasi cairan pada rongga pleura atau biasa disebut dengan efusi pleura. Efusi pleura pada pneumonia umumnya bersifat eksudatif. Efusi pleura eksudatif yang mengandung mikroorganisme dalam jumlah banyak beserta dengan nanah disebut empiema. Jika sudah terjadi empiema maka cairan perlu di drainage menggunakan chest tube atau dengan pembedahan (Ryusuke, 2017).

B. Konsep Diagnosis Keperawatan

1. Pengertian

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Jenis Diagnosis Keperawatan

a. Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada pasien.

b. Diagnosis Risiko

Diagnosis ini menggambarkan respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada pasien, namun pasien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c. Diagnosis Promosi Kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang

lebih baik atau optimal.

3. Komponen Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (Problem) atau label diagnosis dan indikator diagnosis. Dua komponen tersebut diuraikan sebagai berikut:

a. Masalah (Problem)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Masalah (Problem) atau label diagnosis terdiri atas deskriptor atau penjelasan dan fokus diagnostik. Contohnya diagnosis keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif, untuk deskriptornya yaitu tidak efektif sedangkan untuk fokus diagnostiknya bersihan jalan nafas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko dengan uraian sebagai berikut:

1) Penyebab (Etiologi)

Merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat katagori yaitu

- a) Fisiologis, Biologis atau Psikologis
- b) Efek terapi/tindakan
- c) Situasional (lingkungan atau personal)

d) Maturasional

2) Tanda (Sign) dan Gejala (Symptom)

Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda/gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu

a) Mayor: Tanda/gejala ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosis.

b) Minor: Tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

3) Faktor Risiko

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan pasien mengalami masalah kesehatan.

4. Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan

Proses penegakan diagnosis atau mendiagnosis merupakan suatu proses yang sistematis terdiri atas tiga tahap yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan penemuan diagnosis. Proses penegakan diagnosis diuraikan sebagai berikut:

a. Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut

1) Badingkan data dengan nilai normal

Data-data yang didapatkan dari pengkajian dibandingkan

dengan nilai-nilai normal dan identifikasi tanda/gejala yang bermakna.

2) Kelompokan Data

Tanda/gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar yang meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi/cairan, eliminasi, aktivitas/istirahat, neurosensori, reproduksi/seksualitas, nyeri/kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan/perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan/pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan/proteksi. Proses pengelompokan data dapat dilakukan baik secara induktif maupun deduktif. Secara induktif dengan memilah data sehingga membentuk sebuah pola, sedangkan secara deduktif dengan menggunakan kategori pola kemudian mengelompokkan data sesuai kategorinya.

b. Identifikasi Masalah

Setelah data di analisis, perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual, risiko dan/atau promosi kesehatan. Pernyataan masalah kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan.

c. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan diagnosis keperawatan. terdapat dua metode perumusan diagnosis yaitu

1) Penulisan Tiga Bagian

Metode penulisan ini terdiri dari masalah, penyebab dan tanda/gejala. Metode ini dilakukan pada diagnosis aktual, dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah *berhubungan dengan* **penyebab** *dibuktikan dengan*
tanda/gejala.

2) Penulisan Dua Bagian

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut:

a) Diagnosis Risiko

Masalah *dibuktikan dengan* **faktor risiko**

b) Diagnosis Promosi Kesehatan

Masalah *dibuktikan dengan* **tanda/gejala**

Diagnosa keperawatan pada kasus pneumonia berdasarkan patway, diagnosa yang mungkin muncul yaitu

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan **D.0001**

1) Definisi

Ketidak mampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.

2) Tanda mayor dan minor

a) Tanda mayor

(1).Tanda mayor objektif:

- (a) Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk
- (b) Sputum berlebih / obstruksi dijalan nafas
- (c) Mengi, wheezing dan / atau ronkhi kering.

b) Tanda minor

(1).Tanda minor subjektif:

- (a) Dispnea
- (b) Sulit bicara
- (c) Ortopnea

(2).Tanda minor objektif:

- (a) Gelisah
- (b) Sianosis
- (c) Bunyi nafas menurun
- (d) Frekuensi nafas berubah
- (e) Pola nafas berubah

3) Kondisi klinis terkait

a) Infeksi saluran nafas

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler **D.0003**

1) Definisi

Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.

2) Tanda mayor dan minor

a) Tanda mayor

(1).Tanda mayor subjektif

(a) Dispnea

(2).Tanda mayor objektif

(a) PCO₂ meningkat / menurun

(b) PO₂ menurun

(c) Takikardi

(d) PH arteri meningkat / menurun

(e) Bunyi nafas tambahan

b) Tanda minor

(1).Tanda minor subjektif

(a) Pusing

(b) Penglihatan kabur

(2).Tanda minor objektif

(a) Sianosis

(b) Diaforesis

(c) Gelisah

- (d) Nafas cuping hidung
 - (e) Pola nafas abnormal (cepat/lambat, regular/ireguler, dalam/dangkal)
 - (f) Warna kulit abnormal
 - (g) Kesadaran menurun
- 3) Kondisi klinis terkait
- a) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
 - b) Pneumonia
 - c) Infeksi saluran nafas
- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

D.0005

1) Definisi

Inspirasi dan /atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

2) Tanda mayor dan minor

a) Tanda mayor

(1).Tanda mayor subjektif

(a) dispnea

(2).Tanda mayor objektif

(a) Penggunaan otot bantu pernafasan

(b) fase ekspirasi memanjang

(c) Pola nafas abnormal (missal takipnea, bradipnea, hiperventilasi)

b) Tanda minor

(1).Tanda minor subjektif

(a) ortopnea

(2).Tanda minor objektif

(a) Pernafasan pursed-lip

(b) Pernafasaan cuping hidung

(c) Diameter thoraks anterior–posterior meningkat

(d) Kapasitas vital menurun

(e) Tekanan ekspirasi menurun

(f) Tekanan inspirasi menurun

(g) Ekskursi dada berubah

3) Kondisi klinis terkait

a) Depresi system saraf pusat

b) Cedera kepala

c) Trauma thoraks

d) Gullian barre syndrome

e) Sklerosis multipel

f) Stroke

g) Intoksikasi alkohol

d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **D.0077**

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Tanda mayor dan minor

a) Tanda mayor

(1).Tanda mayor subjektif

(a) Mengeluh nyeri

(2).Tanda mayor objektif

(a) Tampak meringis

(b) Bersikap protektif (misalkan waspada posisi menghindari nyeri)

(c) Gelisah

(d) Frekuensi nadi meningkat

(e) Sulit tidur

b) Tanda minor

(1).Tanda minor objektif

(a) Tekanan darah meningkat

(b) Pola nafas berubah

(c) Nafsu makan berubah

(d) Proses berfikir terganggu

(e) Menarik diri

(f) Berfokus pada diri sendiri

(g) Diaforesis

- 3) Kondisi klinis terkait
- a) Infeksi
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan **D.0019**

1) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Tanda mayor dan minor

a) Tanda mayor

(1).Tanda mayor objektif

- (a) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

b) Tanda minor

(1).Tanda minor subjektif

- (a) Cepat kenyang setelah makan
(b) Kram / nyeri abdomen
(c) Nafsu makan menurun

(2).Tanda minor objektif

- (a) Bising usus hiperaktif
(b) Otot pengunyah lemah
(c) Otot menelan lemah
(d) Membran mukosa pucat
(e) Sariawan

- (f) Serum albumin turun
 - (g) Rambut rontok berlebihan
 - (h) Diare
- 3) Kondisi klinis terkait
- a) Infeksi
- f. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit **D.0130**
- 1) Definisi
- Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh
- 2) Tanda mayor dan minor
- a) Tanda mayor
- (1).Tanda mayor Objektif:
- (a) Suhu tubuh di atas nilai normal
- b) Tanda minor
- (1).Tanda minor objektif:
- (a) Kulit merah
 - (b) Kejang
 - (c) Takikardi
 - (d) Takipnea
 - (e) Kulit terasa hangat
- 3) Kondisi klinis yang terkait
- a) Proses infeksi

g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen **D.0056**

1) Definisi

Ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari- hari.

2) Tanda mayor dan minor

a) Tanda mayor

(1).Tanda mayor subjektif

(a) Mengeluh lelah

(2).Tanda mayor objektif

(a) Frekuensi jantung meningkat $> 20\%$ dari kondisi istirahat

b) Tanda minor

(1).Tanda minor subjektif

(a) Dispnea saat / setelah aktivitas

(b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

(c) Merasa lemah

(2).Tanda minor objektif

(a) Tekanan darah berubah $> 20\%$ dari kondisi istirahat

(b) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah aktivitas

(c) Gambaran EKG menunjukkan iskemia

(d) Sianosis

- 3) Kondisi klinis terkait
 - a) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
- h. Resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif

D.0034

1) Definisi

Beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler.

2) Faktor resiko

- a) Kehilangan cairan secara aktif
- b) Gangguan absorbs cairan
- c) Usia lanjut
- d) Kelebihan berat badan
- e) Status hipermetabolik
- f) Kegagalan mekanisme regulasi
- g) Evaporasi
- h) Kekurangan intake cairan
- i) Efek agen farmakologis

3) Kondisi klinis terkait

- a) Muntah

C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pneumonia

1. Pengkajian

Pengkajian yang cermat oleh perawat merupakan hal penting untuk mendeteksi masalah ini. Melakukan pengkajian pada pernafasan lebih jauh dengan mengidentifikasi manifestasi klinis pneumonia: nyeri, takipnea, penggunaan otot pernafasan untuk bernafas, nadi cepat, bradikardi, batuk, dan sputum purulen. Keparahan dan penyebab nyeri dada harus diidentifikasi juga. Segala perubahan dalam suhu dan nadi, jumlah sekresi, bau sekresi, dan warna sekresi, frekuensi dan keparahan batuk, serta takipnea atau sesak nafas harus di pantau. Konsolidasi pada paru-paru dapat di kaji dengan mengevaluasi bunyi nafas (pernafasan bronkial, ronki, atau krekles) dan hasil perkusi (pekak pada bagian dada yang sakit) (*Brunner & Suddarth, 2013*).

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan. Sebenarnya, pengkajian tersebut ialah proses berkesinambungan yang dilakukan pada semua fase proses keperawatan. Misalnya, pada fase evaluasi, pengkajian dilakukan untuk menentukan hasil strategi keperawatan dan mengevaluasi pencapaian tujuan. Semua fase proses keperawatan bergantung pada pengumpulan data yang lengkap dan akurat (*Muttaqin, 2008*).

Pengkajian meliputi:

a. Identitas pasien

Meliputi nama, nomor RM, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, asuransi kesehatan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor registrasi, serta diagnose medis (Muttaqin, 2008).

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada gangguan sistem pernapasan, penting untuk mengenal tanda serta gejala umum sistem pernapasan. Termasuk dalam keluhan utama pada sistem pernapasan, yaitu batuk, batuk darah, produksi sputum berlebih, sesak napas, dan nyeri dada. Keluhan utama pada bersihan jalan napas tidak efektif adalah batuk tidak efektif, mengi, wheezing, atau ronkhi kering, sputum berlebih (Muttaqin, 2008).

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami klien sebelumnya, yang dapat mendukung dengan masalah sistem pernapasan. Misalnya apakah klien pernah dirawat sebelumnya, dengan sakit apa, apakah pernah mengalamisakit yang berat, pengobatan yang pernah dijalani dan riwayat alergi (Muttaqin, 2008).

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang pada sistem pernapasan seperti menanyakan riwayat penyakit sejak timbulnya keluhan hingga klien meminta pertolongan. Misalnya sejak kapan keluhan bersihan jalan napas tidak efektif dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi. Setiap keluhan utama harus ditanyakan kepada klien dengan sedetail-detailnya dan semua diterangkan pada riwayat kesehatan sekarang (Muttaqin, 2008).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian riwayat kesehatan keluarga pada sistem pernapasan adalah hal yang mendukung keluhan penderita, perlu dicari riwayat keluarga yang dapat memberikan predisposisi keluhan seperti adanya riwayat sesak napas, batuk dalam jangka waktu lama, sputum berlebih dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2008).

d. Aktivitas / istirahat

Akan timbul gejala seperti kelemahan, kelelahan, dan insomnia yang ditandai dengan penurunan intoleransi terhadap aktivitas.

e. Sirkulasi

Memiliki riwayat gagal jantung serta ditandai dengan takikardi, tampak pucat.

f. Makanan / cairan

Akan timbul gejala seperti kehilangan nafsu makan, mual / muntah serta ditandai dengan distensi abdomen, hiperaktif bunyi bisingusus, kulit kering dan turgor kulit buruk serta penampilan malnutrisi.

g. Kenyamanan

Akan timbul gejala seperti sakit kepala, nyeri dada meningkat disertai batuk, myalgia, dan artralgia.

h. Keamanan

Memiliki riwayat gangguan system imun, mengalami demam yang ditandai dengan berkeringat, menggigil berulang, gemetar, kemerahan.

i. Pemeriksaan fisik

Pada penderita pneumonia hasil pemeriksaan fisik yang biasanya muncul yaitu dikeadaan umum pasien tampak lemah dan sesak nafas, untuk kesadaran tergantung tingkat keparahan penyakit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh tekanan darah hipertensi, nadi takikardi, respirasi takipnea atau dispnea serta nafas dangkal, dan suhu tubuh hipertermi. Pemeriksaan di bagian kepala tidak ada kelainan, pemeriksaan mata terdapat konjungtiva tampak anemis, pemeriksaan hidung jika pasien mengalami sesak akan terdengar nafas cuping hidung. Pemeriksaan pada paru-paru saat infeksi terlihat ada penggunaan otot bantu

nafas. Palpasi di dapatkan adanya nyeri tekan, peningkatan vocal fremitus pada daerah yang terkena. Perkusi terdengar suara pekak karena terjadi penumpukan cairan di alveoli. Dan saat dilakukan auskultasi terdengarronki. Pada pemeriksaan Jantung jika tidak ada kelainan jantung, maka pemeriksaan jantung tidak ada kelemahan. Pemeriksaan ekstremitas tampak sianosis.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Diagnosa keperawatan pada kasus pneumonia berdasarkan phatway, diagnosa yang mungkin muncul yaitu

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan **D.0001**
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler **D.0003**
- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas **D.0005**
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **D.0077**

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan **D.0019**
- f. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit **D.0130**
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen **D.0056**
- h. Resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif **D.0034**

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi keperawatan pada kasus pneumonia berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan **D.0001**

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan nafas meningkat **L.01001**

Kriteria hasil: **L.01001**

- 1) Batuk efektif meningkat
- 2) Produksi sputum menurun
- 3) Mengi menurun
- 4) Wheezing menurun

- 5) Dispnea menurun
- 6) Sianosis menurun
- 7) frekuensi nafas membaik
- 8) pola nafas membaik

Intervensi keperawatan:

Latihan batuk efektif **1.01006**

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi kemampuan batuk
 - b) Monitor adanya retensi sputum
 - c) Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas
 - d) Monitor input dan output cairan (mis. jumlah dan karakteristik)
- 2) Terapeutik
 - a) Atur posisi semi-fowler atau fowler
 - b) Pasang perlak dan bengkak di pangkuan pasien
 - c) Buang sekret pada tempat sputum
- 3) Edukasi
 - a) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
 - b) Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mecucu (dibulatkan) selama 8 detik
 - c) Anjurkan tarik nafas dalam hingga 3 kali

d) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler **D.0003**

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat **L.01003**

Kriteria hasil: **L.01003**

- 1) Dispnea menurun
- 2) Bunyi nafas tambahan menurun
- 3) Pusing menurun
- 4) Penglihatan kabur menurun
- 5) Nafas cuping hidung menurun
- 6) PCO₂ dan PO₂ membaik
- 7) Takikardi membaik
- 8) Sianosis membaik
- 9) Pola nafas membaik

Intervensi keperawatan:

Pemantauan respirasi 1.01014

1) Observasi

- a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas
- b) Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi)
- c) Monitor kemampuan batuk efektif
- d) Monitor adanya produksi sputum
- e) Monitor adanya sumbatan jalan nafas
- f) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g) Auskultasi bunyi nafas
- h) Monitor saturasi oksigen
- i) Monitor AGD
- j) Monitor hasil *x-ray* toraks

2) Terapeutik

- a) Atur interval pemantuan respirasi sesuai kondisi pasien
- b) Dokumentasikan hasil pemantauan

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- b) Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*

- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

D.0005

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik **L.010004**

Kriteria hasil: **L.010004**

- 1) Kapasitas vital meningkat
- 2) Tekanan ekspirasi meningkat
- 3) Tekanan inspirasi meningkat
- 4) Dispnea menurun
- 5) Penggunaan otot bantu nafas menurun
- 6) Pernafasan cuping hidung menurun
- 7) Frekuensi nafas membaik
- 8) Kedalaman nafas membaik
- 9) Ekskursi dada membaik

Intervensi keperawatan:

Manajemen jalan nafas **1.01011**

1.1) Observasi

- a) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)
- b) Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronki)
- c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

1.2) Terapeutik

- a) Posisikan semi-fowler atau fowler

- b) Berikan minum hangat
- c) Lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*
- d) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- e) Berikan oksigen, *jika perlu*

1.3) Edukasi

- a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, *jika tidak kontraindikasi*
- b) Ajarkan teknik batuk efektif

1.4) Kolaborasi

- a) kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. *jika perlu*

d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **D.0077**

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun **L.08066**

Kriteria hasil: **L.08066**

- 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
- 2) Keluhan nyeri menurun
- 3) Meringis menurun
- 4) Sikap protektif menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Frekuensi nadi membaik
- 7) Pola nafas membaik
- 8) Tekanan darah membaik

9) Nafsu makan membaik

10) Pola tidur membaik

Intervensi keperawatan:

Manajemen nyeri **1.08238**

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- h) Monitor efek samping penggunaan analgetik

2) Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- b) Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (misalkan suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur

- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- 3) Edukasi
 - a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
 - b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 - e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
 - 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi dalam pemberian analgetik
 - e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan **D.0019**

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan status nutrisi membaik **L.03030**

Kriteria hasil: **L.03030**

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Perasaan cepat kenyang menurun
- 3) Frekuensi makan membaik
- 4) Nafsu makan membaik
- 5) Membran mukosa membaik

Intervensi keperawatan:

Manajemen nutrisi **1.03119**

1) Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi
- b) Identifikasi alergi dari intoleransi makanan
- c) Identifikasi makanan yang disukai
- d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastik
- f) Monitor asupan makanan
- g) Monitor berat badan
- h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

2) Terapeutik

- a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- b) Fasilitasi menentukan pedoman diet
- c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- f) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*

3) Edukasi

- a) Anjurkan posisi duduk, *jika mampu*
- b) Ajarkan diet yang diprogramkan

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalkan pereda nyeri, antilemetik), jika perlu
- b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, *jika perlu*

f. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit **D.0130**

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik **L.14134**

Kriteria hasil: **L.14134**

- 1) Menggigil menurun
- 2) kulit merah menurun
- 3) suhu tubuh membaik
- 4) tekanan darah membaik

Intervensi keperawatan:

Manajemen hipertermia **1.15506**

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi penyebab hipertermia
 - b) Monitor suhu tubuh
 - c) Monitor kadar elektrolit
 - d) Monitor haluaran urine
 - e) Monitor komplikasi akibat hipertermia
- 2) Terapeutik
 - a) Sediakan lingkungan yang dingin

- b) longgarkan atau lepaskan pakaian
 - c) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
 - d) Berikan cairan oral
 - e) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)
 - f) Lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, dan aksilia)
 - g) Berikan oksigen, *jika perlu*
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan tirah baring
- 4) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, *jika perlu*
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen **D.0056**

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat **L.05047**

Kriteria hasil: **L.05047**

- 1) Saturasi oksigen meningkat
- 2) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 3) Keluhan lelah menurun
- 4) Dispnea saat aktivitas menurun
- 5) Dispnea setelah aktivitas menurun

- 6) Sianosis menurun
- 7) Tekanan darah membaik
- 8) Frekuensi nafas membaik

Intervensi keperawatan:

Manajemen energi **1.05178**

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
 - b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
 - c) Monitor pola dan jam tidur
 - d) Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama aktivitas
- 2) Terapeutik
 - a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
 - b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif
 - c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
 - d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
- 3) Edukasi
 - a) Anjurkan tirah baring
 - b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
 - c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

- d) Ajarkan koping untuk mengurangi kelelahan
- 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
- h. Resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif

D.0034

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik **L.03028**

Kriteria hasil: **L.03028**

- 1) Tugor kulit meningkat
- 2) Dispnea menurun
- 3) Frekuensi nadi membaik
- 4) Tekanan darah membaik
- 5) Tekanan nadi membaik
- 6) Membrane mukosa membaik
- 7) Suhu tubuh membaik

Intervensi keperawatan:

Manajemen hipovolemia **1.03116**

- 1) Observasi
 - a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (misalnya nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tugor kulit menurun, membrane mukosa kering, dan lemah)
 - b) Monitor intake dan output cairan

- 2) Terapeutik
 - a) Hitung kebutuhan cairan
 - b) Berikan asupan cairan oral
- 3) Edukasi
 - a) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
 - b) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
 - c) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan di mana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien (Perry, 2009).

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap

setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson.M.J, 2012).

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut setiadi (2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua yaitu

a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi formatif harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan telah diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi formatif harus dilaksanakan terus menerus hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi formatif terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis dalam catatan perawatan.

b. Evaluasi Sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif adalah rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Fokus evaluasi sumatif adalah perubahan perilaku atau setatus kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna.

Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah tujuan tercapai/masalah teratasi: jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian: jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan, dan tujuan tidak tercapai/ masalah tidak teratasi : jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Perumusan evaluasi sumatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

1) S (subjektif)

Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia

2) O (objektif)

Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.

3) A (analisis)

Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.

4) P (perencanaan)

Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dalam bentuk literatur review untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada Pasien dengan Pneumonia di RS. Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang dan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, menegakkan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek yang digunakan dalam penelitian adalah individu dengan kasus yang akan review secara rinci dan mendalam. Adapun subyek penelitian yang akan direview yaitu dua kasus yang sama dengan subyek/klien yang berbeda.

- 1) Kasus yang diambil atau case review adalah kasus yang pernah diambil dikelola pada saat praktek mahasiswa sebelumnya sesuai dengan judul KTI
- 2) Kasus yang diambil sejumlah 2 kasus yang sama tetapi pasien/subjek yang berbeda. Diupayakan 2 kasus yang diambil merupakan hasil pengelolaan asuhan keperawatan saat mahasiswa praktik sebelumnya.
- 3) Dapat mengambil satu kasus/subjek dari hasil laporan askep praktik sebelumnya, dan satu kasus/subjek dari sumber lain (laporan praktik

askep kakak tingkat/adik tingkat yang sama dengan judul KTI atau laporan askep dari media internet)

- 4) Jika poin satu semua tidak terpenuhi, mahasiswa diperbolehkan mengambil dua kasus dari media internet.
- 5) Laporan askep atau kasus yang diambil harus lengkap yang terdiri pengkajian hingga evaluasi.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Definisi operasional karya tulis ini adalah :

1. Literatur review adalah uraian tentang teori, temuan, dan bahan penelitian lainnya yang didapatkan dari bahan acuan untuk dijadikan landasan kegiatan penelitian dan berisi ulasan, rangkuman serta analisis berupa kritik.
2. Pneumonia adalah infeksi yang mengakibatkan peradangan pada kantong-kantong udara (alveoli) di salah satu atau kedua paru-paru. Kantong-kantong udara (alveoli) akan mengalami peradangan dan dipenuhi cairan atau nanah, mengakibatkan sesak nafas, batuk berdahak, demam dan menggigil. Pada kasus ini untuk menentukan Pasien dengan Pneumonia adalah berdasarkan diagnosa medis dan laporan medik yang dapat di lihat pada catatan rekam medik pasien.
3. Asuhan keperawatan pada pasien pneumonia adalah suatu proses atau tahap-tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dengan pneumonia dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan meliputi metode asuhan keperawatan yang

ilmiah, sistematis, dinamis dan terus-menerus serta berkesinambungan dalam pemecahan masalah kesehatan pasien dengan Pneumonia. Asuhan keperawatan di mulai dengan adanya tahapan pengkajian, penegakan diagnosa, menetapkan intervensi, melaksanakan implementasi dan mengevaluasi asuhan keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Pasien 1 penelitian dilakukan di RS. Bhayangkara Drs.Titus Ully Kupangyang terletak di Jalan Nangka No. 84, Oetete, Kec. Oebobo, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur, penelitian dilaksanakan dari tanggal 14 Juli 2019 hingga 17 Juli 2019. Pasien 2 penelitian dilakukan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang terletak di Jalan Dr. Abdul Rivai No.1, Bukit Apit Puhun, Kec. Guguk Panjang, Kota Bukittinggi, Sumatra Barat, dilakukan dari tanggal 06 Juni 2018 hingga 08 Juni 2018.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Diawali dengan mahasiswa mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet
2. Kasus yang telah diperoleh mahasiswa dikonsultasikan ke pembimbing
3. Setelah disetujui kemudian mahasiswa dapat membuat review kasus dari kedua subjek.

F. Metode dan instrument Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan, antara lain :

- a. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas Pasien dengan Pneumonia, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll). Sumber data dari pasien, keluarga, perawat lainnya.
- b. Pemeriksaan fisik dengan menggunakan teknik : inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi
- c. Observasi intake dan output cairan, hasil laboratorium
- d. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostic)

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur (instrument terlampir).

G. Keabsahan Data

Keabsahan data untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Keabsahan data pada penelitian ini di tentukan oleh integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama) yaitu dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Pasien dengan Pneumonia, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu

pengamatan/tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu Pasien dengan Pneumonia, perawat dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

H. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan yaitu pada pasien satu pada tanggal 14 Juli 2019 hingga 17 Juli 2019 dan pada pasien dua dari tanggal 06 Juni 2018 hingga 08 Juni 2018, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menggunakan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Pada bab ini saya mereview hasil dan pembahasan dari penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa atas nama Jahya Bukhari Adnan Selam dari Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang menggunakan ruang rawat inap yaitu Ruangan Cendana RS. Bhayangkara Drs.Titus Ully Kupangdari tanggal 14 Juli 2019 hingga 17 Juli 2019 pada pasien 1. Pada pasien 2 saya mereview hasil dan pembahasan dari penelitian yang dilakukan oleh mahasiswi atas nama Puspa Rhamadhani dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis menggunakan ruang rawat inap paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggidari tanggal 06 Juni 2018 hingga 08 Juni 2018.

Pasien 1 penelitian dilakukan di RS. Bhayangkara Drs.Titus Ully Kupangyang terletak di Jalan Nangka No. 84, Oetete, Kec. Oebobo, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur, rumah sakit ini dibuka sejak tanggal 03 Oktober 1967 dan pada tahun 2019 telah terakreditasi Utama. Pasien 2 penelitian dilakukan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang terletak di Jalan Dr. Abdul Rivai No.1, Bukit Apit Puhun, Kec. Guguk Panjang, Kota Bukittinggi, Sumatra Barat, rumah sakit ini dibuka sejak tahun 1908 dan pada tahun 2012 telah terakreditasi Paripurna.

Adapun fasilitas yang tersedia di RS. Bhayangkara Drs.Titus Uly Kupang antara lain: rawat jalan, penunjang, pelayanan VIP, rawat inap dan fasilitas umum. Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari poliklinik, *medical check up* dan *resume* medis. Fasilitas pemeriksaan penunjang terdiri dari laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, radiologi dan hemodialisa. Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi terdapat fasilitas antara lain: rawat jalan, penunjang, pelayanan VIP, rawat inap dan fasilitas umum. Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari poliklinik, *medical check up* dan *resume* medis. Fasilitas pemeriksaan penunjang terdiri dari laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, radiologi dan hemodialisa. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

2. Pengkajian

a. Anamnesa

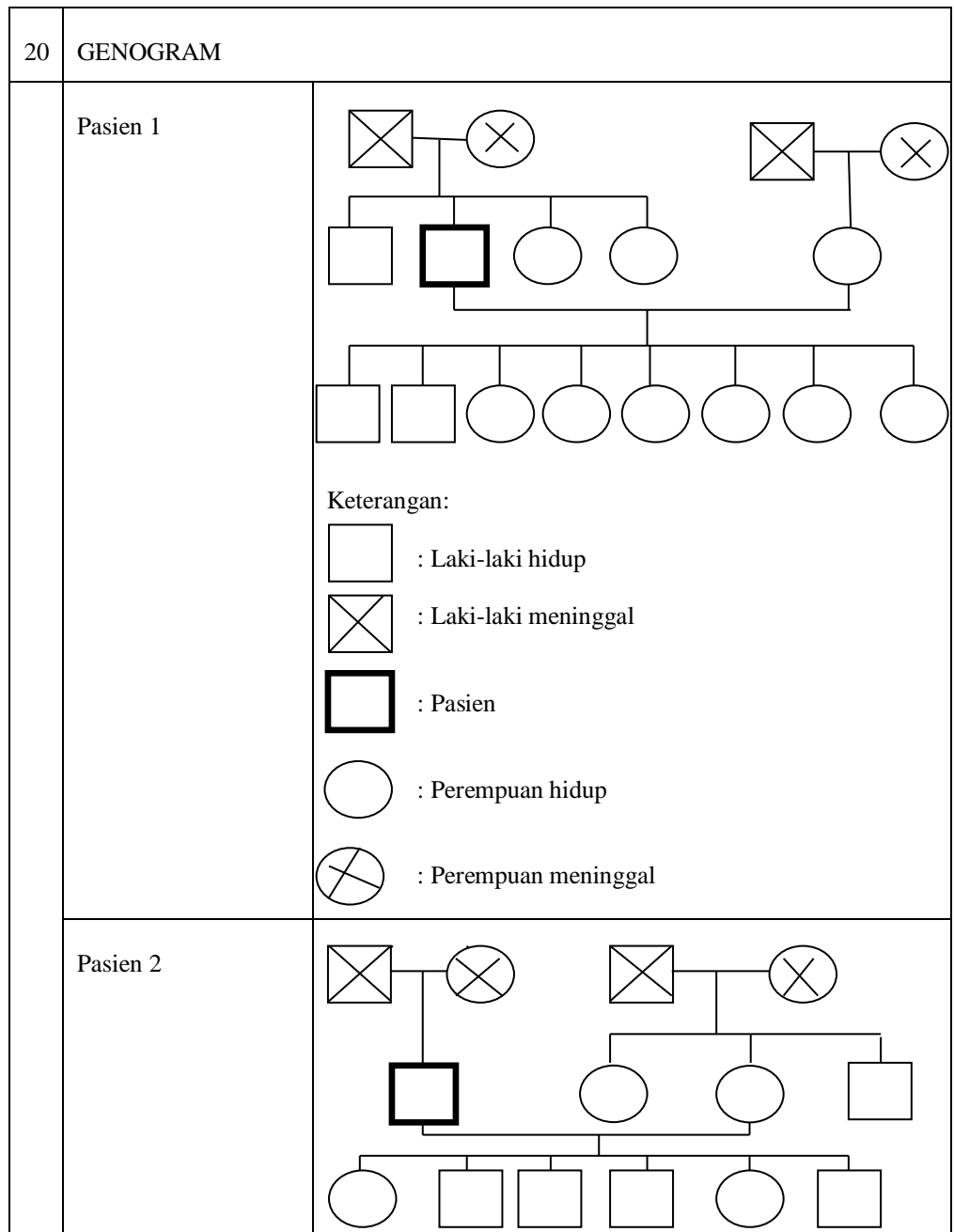
Tabel 4.1 Hasil anamnesis Pasien dengan *PNEUMONIA* di RS. Bhayangkara Drs.Titus Uly Kupang Tahun 2019 pada pasien 1 dan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 pada pasien 2.






| No | Identitas Pasien | Pasien 1 | Pasien 2 |
|----|------------------|--|--|
| 1 | Nama Pasien | Tn. A.D | Tn. B |
| 2 | Tanggal lahir | 28 Maret 1954 | 1 Januari 1939 |
| 3 | Suku Bangsa | Ende/Indonesia | Caniago/Indonesia |
| 4 | Agama | Katholik | Islam |
| 5 | Pendidikan | SMP | SMA |
| 6 | Pekerjaan | Wiraswasta | Pensiunan guru |
| 7 | Alamat | Jln. Damai, No.25, Rt.004, Kel. Oebobo | Pasar Bawan Kecamatan IV Nagari Lubuk Basung |
| 8 | No. RM | 105832 | 364904 |
| 9 | Diagnosa masuk | Pneumonia | Pneumonia |
| 10 | Penanggung | Anak kandung | Anak kandung |

| | | | |
|----|--------------------|---|---|
| | jawab biaya | | |
| 11 | Nama | Tn. M | Tn. A |
| 12 | Alamat | Jln. Damai, No.25, Rt.004, Kel. Oebobo | Pasar Bawan Kecamatan IV Nagari Lubuk Basung |
| 13 | Tanggal MRS | 14 Juli 2019/10.00 | 05 Juni 2018 |
| 14 | Tanggal pengkajian | 14 Juli 2019/17.00 | 06 Juni 2018 |

| | | | |
|----|---------------------------|--|--|
| 15 | Keluhan utama | Tn. A.D dirawat diruangan Cendana RS. Bhayangkara Drs.Titus Uly Kupang pada tanggal 14 Juli 2019 dengan keluhan batuk berdahak, Demam naik turun, Nafsu makan menurun sejak 4 hari yang lalu disertai dengan kepala pusing | Anak pasien (Tn. B) mengatakan pasien 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. |
| 16 | Keluhan penyakit sekarang | <p>Pengkajian yang dilakukan pada hari Jum'at 14 Juli 2019 jam 17.00 wita.</p> <p>Pasien mengatakan sebelum dirawat dirumah sakit sejak 4 hari yang lalu pasien batuk berdahak disertai dengan sesak nafas, demam naik turun, serta nafsu makan menurun. lalu keluarga pasien membawa pasien berobat ke rumah sakit Bhayangkara Drs.Titus Uly Kupang pada tanggal 14 Juli 2019 pukul 10.00 Wita dan dirawat diruangan Cendana. Dibagian ekstermitas kiri atas terpasang infus RL 20 tetes/menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh hasil TD: 110/70 mmHg, N: 62x/menit, S: 38,6°C, dan RR: 24x/menit.</p> | <p>Saat melakukan pengkajian pada tanggal 6 Juni 2018 pada pukul 09.00 WIB</p> <p>Anak pasien mengatakan pasien memiliki riwayat jatuh ± 5 bulan yang lalu sejak saat itu pendengaran pasien mulai terganggu dan ± 1 bulan sebelum masuk ke RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pernah dirawat dirumah sakit Lubuk basung selama ± 5 hari dengan keluhan batuk hilang timbul sejak bulan mei dan disarankan minum obat rutin 6 bulan. Anak pasien mengatakan ± 10 hari minum obat namun tidak ada kemajuan dan hanya membuat kondisi pasien menjadi memburuk. Kemudian keluarga pasien membawa pasien kembali berobat ke rumah sakit Madina dan dirawat selama ± 11 hari dan kemudian dirujuk ke RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 05 Juni 2018 lewat IGD dan dirawat diruang paru. Dibagian ekstermitas kanan atas terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh hasil TD: 120/70 mmHg, N: 87x/menit, S: 36,5°C, dan RR: 26x/menit.</p> |
| 17 | Riwayat penyakit sekarang | Pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit dikarenakan | Anak pasien mengatakan pasien pernah dirawat di rumah sakit Lubuk Basung pada tahun 2016 |

| | | | |
|----|--------------------------------------|---|---|
| | | sakit jantung. Pasien tidak memiliki penyakit kronik dan menular, pasien tidak memiliki riwayat alergi makanan ataupun obat, serta pasien tidak ada riwayat operasi. | disebabkan karena panas tinggi dirawat selama \pm 1 minggu. Pernah dirawat kembali di rumah sakit Lubuk Basung pada tahun 2018 di karenakan batuk hilang timbul sejak bulan mei dan di anjurkan minum obat 6 bulan. karena kondisi pasien yang semakin memburuk keluarga membawa pasien ke rumah sakit Madina dirawat selama \pm 11 hari kemudian dirujuk ke RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi |
| 18 | Riwayat penyakit keluarga | Tn. A.D mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang seperti dideritanya. Tn. A.D adalah anak ke dua dari empat bersaudara terdiri dari dua laki-laki dan dua perempuan. Tn. A.D dan istri memiliki delapan orang anak terdiri dari dua laki-laki dan enam perempuan. Orangtua dari Tn.A.D sudah meninggal. | Anak pasien mengatakan bahwa di dalam keluarga pasien tidak ada satu pun keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan pasien dan didalam keluarga tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti : Asma, Hipertensi,DM. Anak pasien mengatakan pasien tidak memiliki saudara kandung satu ayah dan ibu. kedua orang tua pasien sudah meninggal dunia, pasien memiliki 2 orang istri. Istri yang pertama sudah meninggal dan mempunya anak 6 orang anak 2 orang perempuan dan 4 orang laki-laki kemudian pasien menikah kembali dan tidak memiliki anak. Pasien kini tinggal satu rumah dengan istri barunya. |
| 19 | Perilaku yang mempengaruhi kesehatan | Tn. A.D mengatakan bahwa dirinya perokok aktif dalam sehari Tn. A.D menghabiskan satu bungkus rokok. pasien juga minum obat jenisnya tablet dengan jumlah tiap obat satu tablet diminum setiap pagi, siang dan malam | Anak pasien mengaakan bahwa pasien sudah berhenti merokok sejak \pm 2 tahun yang lalu. Anak pasiien juga mengatakan bahwa pasien ada minum obat |



| | |
|---|-----------------------|
| Keterangan: | |
|  | : Laki-laki sehat |
|  | : Laki-laki meninggal |
|  | : Pasien |
|  | : Perempuan sehat |
|  | : Perempuan meninggal |

Sumber: (Selam, 2019) & (Samita, 2018)

b. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien dengan *PNEUMONI*Adi RS.Bhayangkara Drs.Titus Uly Kupang Tahun 2019 pada pasien 1 dan di RSUD Dr. Achmadmochtar Bukittinggi Tahun 2018 pada pasien 2.

| No | Pemeriksaan umum | Pasien 1 | Pasien 2 |
|----|--|---|---|
| 1 | Keadaan umum | KU sedang | KU sedang |
| 2 | Kesadaran | Kes. Composmentis (GCS 15: E ₄ V ₅ M ₆) E ₄ : Pasien membuka mata spontan V ₅ : Pasien mampu menjawab dengan benar dan orientasi sempurna M ₆ : Pasien melakukan gerakan sesuai instruksi | Kes. Composmentis (GCS 15: E ₄ V ₅ M ₆) E ₄ : Pasien membuka mata spontan V ₅ : Pasien mampu menjawab dengan benar dan orientasi sempurna M ₆ : Pasien melakukan gerakan sesuai instruksi |
| 3 | Pemeriksaan tanda-tanda vital | TD: 110/70 mmHg, N: 62 x/menit teraba kuat, S: 38,6 ⁰ C, akral teraba hangat, RR: 24x/menit teratur | TD: 120/70 mmHg, N: 87x/menit teraba kuat, S: 36,5 ⁰ C, akral teraba hangat, RR: 26x/menit |
| 4 | Pemeriksaan system pencernaan dan status nutrisi | Tn. A.D memiliki BB yaitu 45 kg dan TB yaitu 165 cm. Dengan IMT yaitu 16,5 kg m ² masuk dalam kategori berat badan dibawah normal. Sebelum sakit porsi | Tn. B memiliki BB yaitu 40 kg dan TB yaitu 165 cm. Dengan IMT yaitu 14,8 kg m ² masuk dalam kategori berat badan dibawah normal. Sebelum sakit porsi makan Tn.B dalam sehari |

| | | | |
|---|--------------------------------|--|--|
| | | <p>makan Tn. A.D dalam sehari 4x dengan nasi, sayur, telur, dan kadang daging.</p> <p>Setelah sakit Tn. A.D mengalami penurunan nafsu makan. Porsi makan Tn. A.D dalam sehari 3x dengan nasi, sayur, dan ikan. Setiap makan Tn. A.D hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan yang diberikan.</p> <p>Tn. A.D dalam sehari minum air putih sebanyak 1200cc hingga 1300cc.</p> <p>Sebelum sakit Tn. A.D BAK sebanyak 3x/hari dengan produksi urine \leq 1500cc/jam. sedangkan untuk BAB dalam sehari sebanyak 2x dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning.</p> <p>Setelah sakit Tn. A.D dalam sehari BAK sebanyak 3x dengan produksi urine 1200cc/jam. Dan BAB dalam sehari sebanyak 1-2x dengan konsistensi lembek berwarna coklat.</p> | <p>3x dengan nasi dan lauk serta terkadang ada makanan tambahan yaitu bubur kacang hijau dan roti.</p> <p>Setelah sakit menu makan Tn.B yaitu MC (susu) dan ditambah cemilan roti dan buah.</p> <p>Tn. B dalam sehari sebelum sakit minum air putih sebanyak \pm 5gelas dan setelah sakit Tn.B minum air putih sebanyak \pm 3 gelas.</p> <p>Sebelum sakit Tn.B BAK sebanyak 4x dalam sehari berwarna kuning dan berbau khas.</p> <p>Setelah sakit Tn. B terpasang urine bag dengan urine sebanyak 100cc berwarna kemerahan dan berbau khas. Sedangkan untuk BAB sebelum sakit dalam sehari 1x berwarna kuning, lunak dan berbau khas.</p> <p>Setelah sakit Tn.B menggunakan penpers BAB berwarna kuning kecoklatan, lembek dan berbau khas</p> |
| 5 | Personal hygiene dan kebiasaan | <p>Kebersihan diri Tn. A.D sebelum sakit mandi 3x/hari, keramas 1x/minggu, sikat gigi 2x/hari, dan potong kuku 1x/minggu.</p> <p>Sedangkan pada saat sakit mandi 2x/hari, keramas tidak pernah, sikat gigi 2x/hari, dan potong kuku tidak pernah.</p> | <p>Kebersihan diri Tn.B sebelum sakit mandi 2x dalam sehari, keramas setiap hari, gosok gigi 2x dalam sehari, dan potong kuku 1x dalam seminggu</p> <p>sedangkan setelah sakit Tn.B baru 1x mandi dan untuk karmas, gosok gigi dan potong kuku tidak pernah</p> |

| | | | |
|---|---------------------------|---|--|
| 6 | Istirahat dan tidur | <p>Istirahat dan tidur Tn. A.D sebelum sakit biasanya tidur malam 7 jam, tidur siang 1-2 jam.</p> <p>Setelah sakit Pasien mengatakan pola istirahat terganggu karena batuk dan sesak napas. Pasien hanya bisa tidur malam 3-4 jam, sedangkan tidur siang kurang dari 1 jam.</p> | <p>Istirahat dan tidur Tn. B sebelum sakit waktu tidur siang dan malam. Untuk tidur siang \pm 1 jam dan tidur malamnya \pm 7 jam.</p> <p>Setelah sakit waktu tidur Tn. B pagi, siang dan malam untuk tidur pagi \pm 1 jam, tidur siang \pm 1-2 jam dan tidur malam \pm 7 jam.</p> |
| 7 | Psikososial dan spiritual | <p>Hubungan sosial baik, dukungan keluarga aktif, dukungan teman serta masyarakat aktif, reaksi saat interaksi kooperatif. Spiritual keyakinan akan penguasa kehidupan yaitu Tuhan, Sumber kekuatan saat sakit hanya pada Tuhan. Ritual agama yang sering dilakukan yaitu ibadah.</p> | <p>Saat melakukan pengkajian Tn. B tampak banyak tidur dan dalam semua aktivitas tampak di bantu oleh anaknya. Saat diberikan pertanyaan Tn.B terkadang nyambung dan kadang tidak dalam memberikan jawaban. Tn.B cara memberi informasi kurang lancar. selama dirumah sakit tampak tenang. Tn.B mengatakan menerima akan penyakitnya. Pasien mengatakan dirinya seorang laki-laki dan seorang ayah dan klien mengatakan ingin cepat pulang. Selama di rumah sakit Pasien dapat dan mampu beradaptasi dengan perawat dan dokter. Tn.B 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. Pasien berkomunikasi kurang jelas karena pelo. Orang yang dapat memberi rasa nyaman pada Tn.B adalah keluarga terdekat yaitu : Anak-anak dan istri pasien. Orang yang paling berharga bagi Tn.B adalah keluarganya. Hubungan dengan keluarga selama di rumah sakit tampak baik, dan dapat bersosialisasi dengan baik dengan para petugas dirumah sakit. Anak Pasien mengatakan bahwa pasien menganut keyakinan agama islam. Anak pasien mengatakan saat sakit</p> |

| | | | |
|---|-------------------------------|--|--|
| | | | ketaatan beribadah pasien kurang taat. Pasien mengatakan yakin terhadap kesembuhan atas sakitnya. |
| 8 | Pemeriksaan fisik: | | |
| a | Pemeriksaan kepala dan rambut | Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi, penyebaran rambut merata dan berwarna hitam campur dengan putih, tidak mudah patah, tidak bercabang dan tidak ada kelainan | Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi, pertumbuhan rambut tidak lebat dan berwarna hitam campur dengan putih, tidak mudah patah, tidak bercabang dan tidak ada kelainan |
| b | Mata | Mata lengkap simetris kanan dan kiri, kornea mata jernih, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor, iris berwarna hitam | Mata lengkap simetris kanan dan kiri, kornea mata jernih, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor, iris berwarna hitam |
| c | Hidung | Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi ditengah, lubang hidung bersih, penciuman baik, tidak ada kelainan | Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi ditengah, lubang hidung bersih, penciuman baik, tidak ada kelainan |
| d | Mulut dan lidah | Keadaan mukosa bibir berwarna pucat, gigi tanggal 2 bagian bawah, tidak ada karies, lidah berwarna merah muda, dan uvula terletak simetris di tengah. | Keadaan mukosa bibir kering, gigi tampak ada sisa-sisa makan, gigi tampak lengkap, lidah tampak kotor, bicara pelo, tidak ada karies, dan uvula terletak simetris di tengah. |
| e | Telinga | Pinna telinga elastis, kanalis telinga bersih, membrane timpani dengan cahaya politser (+), dan pasien dapat mendengar dengan baik | Pinna telinga elastis, kanalis telinga bersih, membrane timpani dengan cahaya politser (+), dan pasien dapat mendengar dengan baik |
| f | Leher | Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, posisi trakea terletak ditengah, dan tidak ada kelainan | Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, posisi trakea terletak ditengah, dan tidak ada kelainan |
| g | Pemeriksaan thorak | Pasien mengeluh sesak | Pasien mengeluh sesak |
| h | Sistem pernafasan | Inspeksi: Bentuk dada simetris, frekuensi pernafasan 24x/menit, tidak ada jejas, irama nafas tampak tidak teratur, tampak adanya | Inspeksi: Bentuk dada simetris, frekuensi pernafasan 26x/menit, tidak ada otot bantu pernafasan, tidak ada jejas, irama nafas tampak tidak |

| | | | |
|---|---------------------|---|---|
| | | <p>retraksi otot pernafasan, dipsnea, tampak batuk disertai lendir berwarna kuning yang sulit dikeluarkan dan terdapat penggunaan alat bantu pernafasaan nasal kanul 3lpm.</p> <p>Palpasi: Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, vokal fremitus normal teraba simetris, adanya retraksi otot pernafasaan</p> <p>Perkusi: Suara perkusi redup</p> <p>Auskultasi: Terdengar suara nafas tambahan wheezing</p> | <p>teratur, pernafasan tampak dangkal, takipnea, dan jika pasien mengeluh sesak pasien tampak memakai alat bantu pernafasaan.</p> <p>Palpasi: Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, vokal fremitus normal teraba simetris</p> <p>Perkusi: Suara perkusi redup</p> <p>Auskultasi: Terdengar suara nafas tambahan ronchi</p> |
| i | Pemeriksaan jantung | <p>Inspeksi: CRT < 2 detik, tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi: Iktus kordis teraba, akral hangat</p> <p>Auskultasi: BJ II Aorta: dup, reguler dan intensitas kuat BJ II Pulmonal: dup, reguler, dan intensitas kuat BJ I Trikuspid: lup, reguler dan intensitas kuat BJ I Mitral: lup, reguler dan intensitas kuat</p> <p>Tidak ada bunyi jantung tambahan</p> | <p>Inspeksi: CRT < 2 detik, tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi: Iktus kordis teraba, akral hangat</p> <p>Perkusi: Batas atas: ICS II line sternal dekstra Batas bawah: ICS V line midclavicula sinistra Batas kanan: ICS III line sterna dekstra Batas kiri: ICS III line sterna sinistra</p> <p>Auskultasi: BJ II Aorta: dup, reguler dan intensitas kuat BJ II Pulmonal: dup, reguler, dan intensitas kuat BJ I Trikuspid: lup, reguler dan intensitas kuat BJ I Mitral: lup, reguler dan intensitas kuat</p> <p>Tidak ada bunyi jantung tambahan</p> |
| j | Pemeriksaan abdomen | <p>Inspeksi: Bentuk abdomen datar, tidak terlihat bayangan</p> | <p>Inspeksi: Bentuk abdomen datar, tidak terlihat bayangan vena, tidak</p> |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | <p>vena, tidak ada benjolan atau masa, tidak ada luka oprasi</p> <p>Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa, hepar tidak teraba, lien tidak teraba, dan ginjal tidak teraba</p> <p>Perkusi: Tidak ada asites</p> <p>Auskultasi: Bising usus 10x/menit</p> | <p>ada benjolan atau masa, tidak ada luka oprasi</p> <p>Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa, hepar tidak teraba, lien tidak teraba, dan ginjal tidak teraba</p> <p>Perkusi: Tidak ada asites</p> <p>Auskultasi: Bising usus 8x/menit</p> |
| k | Pemeriksaan neurologi | <p>Pemeriksaan saraf cranial: N I (olfaktorius): penciuman baik N II (optikus): jarak pandang baik N III (okulomotorius): adanya reflek rangsangan pada pupil N IV (troklearis): dapat menggerakkan bola mata keatas dan bawah N V (trigeminus): tidak ada kesulitan mengunyah N VI (abdusen): dapat menggerakkan mata kekanan dan kiri N VII (facialis): pengecapan baik N VIII (vestibulo troklearis): pendengaran baik N IX (glosofaringeus): tidak ada nyeri telan N X (vagus): pasien mampu menelan N XI (accesoris): pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan N XII (hypoglossus): pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah</p> | <p>Pemeriksaan saraf cranial: N I (olfaktorius): penciuman baik N II (optikus): jarak pandang baik N III (okulomotorius): adanya reflek rangsangan pada pupil N IV (troklearis): dapat menggerakkan bola mata keatas dan bawah N V (trigeminus): tidak ada kesulitan mengunyah N VI (abdusen): dapat menggerakkan mata kekanan dan kiri N VII (facialis): pengecapan baik N VIII (vestibulo troklearis): tidak mampu mendengar perintah dengan baik N IX (glosofaringeus): tidak ada nyeri telan N X (vagus): pasien saat bicara tidak jelas/pelo N XI (accesoris): pasien mampu menggerakkan bahu dan mengangkat bahu kanan sedangkan bagian kiri pasien tidak mampu karena mengalami kelemahan N XII (hypoglossus): pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah</p> |
| l | Pemeriksaan muskuloskeletal (ekstremitas) dan integumen | <p>Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada fraktur, dan kekuatan otot:</p> $\frac{5}{5} \quad \frac{5}{5}$ | <p>Ekstermitas atas bagian kanan terpasang infuse NaCl 0,9% 20tpm, kuku kotor, akril hangat, adanya penyakit kulit di ekstermitas atas, kaki tampak bengkak, ekstremitas atas dan bawah bagian kiri</p> |

| | | | |
|--|--|----------------|---|
| | | Tidak ada luka | lemah kekuatan otot: 5/4 5/4 Tugor kulit jelek |
|--|--|----------------|---|

Sumber: (Selam, 2019) & (Samita, 2018)

c. Pemeriksaan penunjang dan terapi

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan penunjang dan terapi pada Pasien dengan *PNEUMONI* di RS. Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang Tahun 2019 pada pasien 1 dan di RSUD Dr. Achmadmochtar Bukittinggi Tahun 2018 pada pasien 2.

| No | Pemeriksaan penunjang | Pasien 1 | Pasien 2 |
|----|-----------------------|---|---|
| 1 | Laboratorium | Pemeriksaan lab darah lengkap 14 Juli 2019 Hb: 11,9 gr/dL Eritrosit: 4,12 10^6 /mm Leukosit: 13.850 /mm Hematokrit: 34, 9% Tromb : 250.000 /mm gula darah sewaktu 14 Juli 2019 ureum 14 Juli 2019 creatinin 14 Juli 2019 elektrolit 14 Juli 2019 Urine lengkap 14 Juli 2019 EKG 14 Juli 2019 foto Thorax 14 Juli 2019 | Pemeriksaan lab darah lengkap 5 Juni 2018 Hemoglobin 9,3 gr/dr Leukosit 15.900 mm/jam Eritrosit 3,55 juta Trombosit 306 ribu Hematoksit 29,3% RONTGEN THORAK di Rumah Sakit Madina 27 Juni 2018 EKG 5 Juni 2018 |

Sumber: (Selam, 2019) & (Samita, 2018)

| No | Terapi | Pasien 1 | Pasien 2 |
|----|--------------------|--|---|
| 1 | Obat yang diterima | RL 20 tpm Aspar K 2x1 tablet Lapibal 2x1 ampulAzitromycin 1x500 mg Ambroxol 3x1 tablet Aritromycin 1 x 500mg | Fluimucil 3 x 3 MI Ranitidin 2 x 2 MI Cefriaxson 2 x 1 gr Nacl 0,9 % 20tpm Condistatin 4 x 1 ml Azithromycin 1 x 500 mg Simvastatin 1 x 20 ml Bisoprolol 1 x 1,25 mg Nospirinal 1 x 80 mg Pirasetamam 3 x 800 mg Paracetamol 500 ml Levofloxacin 750 ml Fosmicin 2 x 2 gr |

Sumber: (Selam, 2019) & (Samita, 2018)

d. Analisa data

Tabel 4.4 Analisa data Pasien dengan *PNEUMONIA* di RS.Bhayangkara Drs.Titus Uly Kupang Tahun 2019 pada pasien 1 dan di RSUD Dr. Achmadmochtar Bukittinggi Tahun 2018 pada pasien 2.

| No | Data | Masalah | Etiologi |
|-----------------|---|---|---------------------------|
| Pasien 1 | | | |
| 1 | Data subyektif: Pasien mengatakan bahwa batuk berdahak dan sesak sudah sejak 4 hari yang lalu Data obyektif: Tampak batuk dan susah mengeluarkan sekret Tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg N: 62 ×/menit S: 36,8 °C RR: 24×/menit Wheezing (+) Sesak (+) | Ketidak efektifan bersihan jalan nafas | Penumpukan sekret |
| 2 | Data subyektif: Pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan sejak 4 hari yang lalu. | Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | Intake yang tidak adekuat |

| | | | |
|-----------------|--|--|--------------------------|
| | <p>Data obyektif: Makanan yang disajikan hanya habis ¼ porsi Pasien tampak lemas Mukosa tampak kering BB: 45 kg TB: 165 cm</p> | | |
| Pasien 2 | | | |
| 1 | <p>Data subyektif: Anak pasien mengatakan pasien batuk sekali-sekali. Anak pasien mengatakan pasien batuk kering Anak pasien mengatakan pasien mengeluh sesak</p> <p>Data obyektif: Pasien tampak batuk sekali-sekali Pasien tampak batuk tidak berdahak TD 120/70 mmHg N 87 x/menit RR26x/menit (takipnea) S 36,5 °C pernafasan Pasien tampak dangkal Pasien tampak tidak terpasang O₂ Bunyi nafas Ronchi</p> | Ketidak efektifan pola nafas | disfungsi neuromuscular |
| 2 | <p>Data subyektif: Anak pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun</p> <p>Data obyektif: Diet pasien MC (susu) Diet pasien tampak habis 3 sendok TD 120/70 mmHg N 87 x/menit RR 26 x/ menit S 36,5 °C Mengalami penurunan berat badan yaitu BB sehat 50 kg setelah sakit 40 kg Urin pasien tampak berwarna kemerahan Jumlah urin pasien 100 cc Jumlah minum pasien selama sakit ± 3 gelas Mukosa bibir kering Turgor kulit jelek Infuse terpasang Nacl 0,9 % dengan tetesan 20 tpm</p> | Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | kurangnya asupan makanan |

| | | | |
|---|---|--------------------------|-------------------------|
| 3 | <p>Data subyektif: Anak pasien mengatakan aktivitas pasien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah pasien yang kiri mengalami kelemahan Anak pasien mengatakan kaki pasien bengkak</p> <p>Data obyektif: pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu Selama di rumah sakit pasien banyak tidur Ekstremitas bawah pasien tampak edema Kekuatan Otot:</p> $\begin{array}{c c} 5 & 4 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$ <p>TD 120/70 mmHg N 87 x/menit RR 26 x/ menit S 36,5 °C</p> | Intoleransi aktivitas | Imobilisasi |
| 4 | <p>Data subyektif: Anak pasien mengatakan pasien belum gosok gigi Anak pasien mengatakan pasien belum potong kuku Anak pasien mengatakan di tangan pasien ada panu Anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga pasien</p> <p>Data obyektif: Gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan Kuku pasien tampak kotor Lidah pasien tampak kotor</p> | Defisit perawatan diri | Kelemahandan kelelahan |
| 5 | <p>Data subyektif: Anak pasien mengatakan aktivitas pasien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah pasien yang kiri mengalami kelemahan Anak pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun</p> | Kekurangan volume cairan | Kehilangan cairan aktif |

| | | | |
|---|---|--------------|-----------|
| | <p>Data obyektif: Mukosa bibir kering Turgor kulit pasien tampak jelek TD 120/70 mmHg N 87 x/menit RR 26 x/ menit S 36,5 0C pasien terpasang kateter Urin pasien tampak berwarna kemerahan Jumlah urin pasien 100cc Jumlah minum pasien selama sakit ± 3 gelas Infuse terpasang Nacl 0,9 % dengan tetesan 20 tpm</p> | | |
| 6 | <p>Data subyektif: Anak pasien mengatakan aktivitas pasien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah pasien yang kiri mengalami kelemahan Anak pasien mengatakan kaki pasien bengkak Anak pasien mengatakan pasien pernah jatuh ± 5 bulan yang lalu sejak saat itu pendengaran pasien mulai terganggu Anak pasien mengatakan pasien bicara pelo sajak ± 1 bulan sebelum masuk rumah sakit Selama di rumah semua aktivitas pasien di bantu seperti ke kamar mandi di gendong, duduk di bantu dan mandi di mandikan</p> <p>Data obyektif: Pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu Selama di rumah sakit pasien banyak tidur</p> | Resiko jatuh | Kelemahan |

Sumber: (Selam, 2019) & (Samita, 2018)

e. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa keperawatan Pasien dengan *PNEUMONIA* di RS.Bhayangkara Drs.Titus Uly Kupang Tahun 2019 pada pasien 1 dan di RSUD Dr. Achmadmochtar Bukittinggi Tahun 2018 pada pasien 2.

| No | Pasien 1 | |
|-----------------|--|-------------------|
| | Diagnosa Keperawatan | Tanggal ditemukan |
| 1 | Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan Penumpukan sekret | 14 Juli 2019 |
| 2 | Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Intake yang tidak adekuat | 14 Juli 2019 |
| Pasien 2 | | |
| 1 | Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular | 06 Juni 2018 |
| 2 | Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif | 06 Juni 2018 |
| 3 | Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan | 06 Juni 2018 |
| 4 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi | 06 Juni 2018 |
| 5 | Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahandan kelelahan | 06 Juni 2018 |
| 6 | Resiko jatuh berhubungan dengan Kelemahan | 06 Juni 2018 |

Sumber: (Selam, 2019) & (Samita, 2018)

f. Intervensi

Tabel 4.6 Intervensi Pasien dengan *PNEUMONIA* di RS.Bhayangkara Drs.Titus Uly Kupang Tahun 2019 pada pasien 1 dan di RSUD Dr. Achmadmochtar Bukittinggi Tahun 2018 pada pasien 2.

| No DX | Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi keperawatan |
|-----------------|--|--|--|
| Pasien 1 | | | |
| 1 | Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan Penumpukan sekret | Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapkan kebersihan jalan nafas kembali efektif kriteria hasil: pasien mampu | 1) Kaji status pernapasan sekurannya setiap 4 jam atau menurut standar yang ditetapkan 2) Mengajarkan pasien teknik batuk efektif 3) Posisikan pasien semifowler dan sangga lengan pasien 4) Bantu pasien untuk |

| | | | |
|-----------------|--|---|--|
| | | melakukan tehnik baktuk efektif setelah diajarkan. | mengubah posisi dalam setiap 2 sampai 4 jam 5) Berikan air hangat (1500-2000cc/24 jam). |
| 2 | Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Intake yang tidak adekuat | Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi pasien dapat terpenuhi. Kriteria hasil: 1) Pasien dapat meningkatkan nafsu makan 2) Pasien dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan | 1) Pantau Presentase jumlah makanan yang di konsumsi setiap kali makan 2) Timbang BB tiap hari 3) Memberikan makan kesukaan pasien 4) Berikan perawatan Mulut tiap 4 jam jika sputum berbau busuk 5) Dukungan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein. |
| Pasien 2 | | | |
| 1 | Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular | Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidak efektifan pola nafas dapat teratasi kriteria hasil: 1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih 2) Tidak ada sianosis dan dispnea 3) Tanda-tanda vital dalam rentang normal | 1) posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal dibelakang punggung pasien 2) Anjurkan klien minum air hangat 3) Monitor pernafasan klien dan monitor TTV klien. |
| 2 | Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan | Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan ketidak seimbangan nutrisi dalam kebutuhan tubuh terpenuhi Kriteria hasil: 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2) Berat badan ideal dengan tinggi badan | 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) 4) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 5) Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan. |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | <p>3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</p> <p>4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</p> <p>5) Tidak ada penurunan berat badan</p> | |
| 3 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi | <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas teratasi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tanda-tanda vital 2) Mampu melakukan aktivitas secara mandiri 3) Tanda-tanda vital normal 4) Mampu berpindah dengan atau tanpa alat bantuan 5) Pertukaran gas dan ventilasi adekuat | <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat 2) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3) Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan 4) Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang sesuai 5) Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang 6) Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas 7) Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual. |
| 4 | Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahandan kelelahan | <p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri teratasi</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien bebas dari bau badan 2) Pasien nyaman terhadap kemampuan untuk melakukan aktivitas | <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri 2) Monitor kebutuhan pasien untuk kebersihan diri 3) Sediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan self care 4) Morong pasien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. |
| 5 | Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif | <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kekurangan volume cairan teratasi</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 dan tawarkan snack (jus buah, buah segar) kepada pasien. |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan berat badan 2) Tanda-tanda vital normal 3) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi 4) Elastisitas tugor kulit baik 5) Membran mukosa lembab 6) Tidak ada rasa haus berlebihan | |
| 6 | Resiko jatuh dibuktikan dengan kelemahan | <p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko jatuh pasien teratasi</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Adanya perilaku pencegahan jatuh 2) Tidak ada kejadian jatuh | <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 dari tempat tidur 3) Sesuai kebutuhan, mendidik anggota keluarga tentang faktor resiko yang berkontribusi terhadap jatuh dan bagaimana mereka dapat menurunkan resiko tersebut 4) Tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh. |

Sumber: (Selam, 2019) & (Samita, 2018)

g. Implementasi

Tabel 4.6 Implementasi Pasien dengan *PNEUMONIA* di RS.Bhayangkara Drs.Titus Uly Kupang Tahun 2019 pada pasien 1

| No DX | Hari/tgl/jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|-----------------|---------------------------------|--|--|
| Pasien 1 | | | |
| 1 | Senin 15 Juli 2019 08.00 | 1.1) Memantau setatus pernafasan pasien setiap 4 jam sekali. RR: 24x/menit | S: Pasien mengatakan batuk sejak 4 hari yang lalu O: |
| | 08.15 | 1.2) Mengatur posisi pasien semifowler atau fowler | Wheezing(+) RR: 24x/menit |
| | 08.20 | 1.3) Memberikan O ₂ sesuai kebutuhan 3-5 lpm | A: Masalah belum teratasi |
| | 12.00 | 1.4) Memberikan obat ambroxol 1 tablet | P: Lanjutkan intervensi |
| 2 | 08.00 | 2.1) Memantau jumlah makanan yang di konsumsi | S: Pasien mengatakan mual dan tidak mampu makan |
| | 08.15 | 2.2) Menimbang berat badan/hari | O: Makanan yang di sajikan habis ¼ porsi |
| | 10.00 | 2.3) Menganjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering | A: Masalah belum teratasi |
| | 10.30 | 2.4) menganjurkan pasien untuk konsumsi makananyang tinggi kalori dan tinggi protein | P: Laanjut intervensi |
| 1 | Selasa 16 Juli 2019 08.00 | 1.1) Memantau setatus pernafasan setiap 4 jam sekali. RR: 20x/menit. | S: Pasien mengatakan batuk berkurang |
| | 08.15 | 1.2) Mempertahankan posisi fowler atau semifowler | O: Wheezing(+) RR: 20x/menit |
| | 08.20 | 1.3) Memberikan O ₂ jika perlu | A: Masalah teratasi sebagian |
| | 12.00 | 1.4) Memberikan obat Ambroxol 30 mg Azitromycin500 mg | P: Lanjutkan intervensi |
| 2 | 08.00 | 2.1) Memantau jumlah makanan yang dikonsumsi (makanan yang disajikan habis ½ porsi) | S: Pasien mengatakan mual berkurang O: Makanan yang disajikan |

| | | | |
|---|-------------------------------|---|--|
| | 08.15 | 2.2) Menimbang berat badan/hari | habis ½ porsi A: Masalah teratasi sebagian |
| | 10.30 | 2.3) Menganjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering | P: Lanjutkan intervensi |
| | 12.00 | 2.4) Menganjurkan pasien konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein | |
| 1 | Rabu 17 Juli 2019 08.00 | 1.1) Memantau setatus pernafasan pasien setiap 4 jam sekali. RR: 18x/menit | S: Pasien mengatakan tidak batuk lagi |
| | 08.15 | 1.2) Mempertahankan posisi fowler atau semifowler | O: Wheezing (+) RR: 18x/menit |
| | 08.20 | 1.3) Memberikan O ₂ jika perlu | A: Masalah teratasi |
| | 12.00 | 1.4) Memberikan obat Ambroxol 30 mg Azitromycin 500 mg | P: Intervensi dihentikan |
| 2 | 08.00 | 2.1) Memantau jumlah makanan yang dikonsumsi (makanan yang disajikan habis 1 porsi) | S: Pasien mengatakan tidak mual lagi |
| | 08.15 | 2.2) Menimbang berat badan/hari | O: Makanan yang disajikan habis 1 porsi |
| | 10.00 | 2.3) Menganjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering | A: Masalah teratasi sebagian |
| | 12.00 | 2.4) Menganjurkan pasien untuk konsumsi makanan yang tinggi protein dan tinggi kalori | P: Lanjutkan intervensi |

Sumber: (Selam, 2019)

Tabel 4.7 Implementasi Pasien dengan *PNEUMONIA* di RSUD Dr. Achmadmochtar Bukittinggi Tahun 2018 pada pasien 2.

| No DX | Hari/tgl/jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|-----------------|------------------------------|---|--|
| Pasien 2 | | | |
| 1 | Rabu 6 Juni 2018 11.00 | 1.1) Mengatur posisi pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung pasien. | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan nafas pasien tidak sesak Anak pasien mengatakan jika nafas pasien sesak pasien akan di pasang oksigen. Anak pasien mengatakan pasien banyak tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien tampak tidak terpasang O₂ pasien tampak batuk sekali- sekali pasien tampak sesak berkurang Anak pasien tampak memberikan minum air hangat kepada pasien TD 120/70 mmHg N 87 x/menit. RR 26 x/ menit S 36,5 °C. <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| | 11.10 | 1.2) Mengajukan pasien minum air hangat. | |
| | 12.00 | 1.3) Memonitor pernafasan pasien | |
| | 12.00 | 1.4) Memonitor tanda-tanda vital | |
| 2 | 11.10 | 2.1) Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan porsi makan 1/8 dalam satu hari. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi diet pasien tampak tidak habis Diet pagi pasien tampak habis 3 Sdm pasien tampak banyak |
| | 11.15 | 2.2) Mengajukan klien untuk meningkatkan intake. | |
| | 11.15 | 2.3) Memberikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi). | |
| | 11.20 | 2.4) Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi | |

| | | | |
|---|-------|---|---|
| | 11.30 | 2.5) Mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | tidur <ul style="list-style-type: none"> • Kaki pasien tampak udem • Keluarga pasien sudah mengetahui tentang kebutuhan nutrisi A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi |
| 3 | 09.00 | 3.1) Mengkolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medis dalam merencanakan program terapi yang tepat. | S: <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien untuk mengubah posisi di bantu |
| | 09.10 | 3.2) Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. | <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan kaki pasien bengkak. |
| | 09.10 | 3.3) Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan | O: <ul style="list-style-type: none"> • Kaki pasien tampak udem • Pasien makan tampak disuapkan • Merubah posisi pasien tampak dibantu • Pasien tampak banyak tidur. |
| | 09.15 | 3.4) Membantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang sesuai | A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi |
| | 09.15 | 3.5) Membantu pasien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang | |
| | 09.25 | 3.6) Membantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. | |
| | 09.40 | 3.7) Memonitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual | |
| 4 | 10.20 | 4.1) Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri | S: <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sudah di lap |
| | 10.20 | 4.2) Memonitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri | <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien belum sikat gigi |
| | 10.20 | 4.3) Menyediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan self care | <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan kuku tangan dan kaki pasien sudah panjang dan kotor. |

| | | | |
|---|-------|--|--|
| | 10.50 | 4.4) Mendorong pasien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan Kuku pasien tampak kotor Aktivitas sehari-hari pasien tampak di bantu. Melakukan perawatan oral hygiene pasien. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 5 | 11.30 | 5.1) Mempertahankan catatan intake dan output yang adekuat. | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 gelas |
| | 11.40 | 5.2) Memonitor status hidrasi. | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien hanya 3 sendok makan. |
| | 11.45 | 5.3) Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan. | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jumlah urin pasien 100 cc Pasien tampak hanya menghabiskan porsi dietnya 3 sdm Mukosa bibir pasien tampak kering Turgor kulit pasien jelek Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{2}$ snack (jus semangka). <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| | 12.00 | 5.4) Menawarkan snack (jus buah, buah segar). | |
| 6 | 11.00 | 6.1) Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sering tidur. |
| | 11.05 | 6.2) menggunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan. | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak sering tidur Rel sisi panjang tempat tidur tampak terpasang |
| | 11.20 | | <ul style="list-style-type: none"> Keluarga pasien |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | 11.20 | <p>6.3) Mendidik anggota keluarga tentang faktor resiko yang berkontribusi terhadap jatuh dan bagaimana mereka dapat menurunkan resiko tersebut.</p> <p>6.4) Memperhatikan tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh</p> | <p>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 pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien. <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 1 | <p>Kamis 7 Juni 2018 09.05</p> <p>09.45</p> <p>10.00</p> <p>10.00</p> | <p>1.1) Mengatur posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung pasien.</p> <p>1.2) Menganjurkan pasien minum air hangat.</p> <p>1.3)Memonitor pernafasan pasien</p> <p>1.4) Memonitor tanda-tanda vital</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sesak nafas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan O₂ dengan nasal kanul sebanyak 3 lpm • Pasien tampak sesak • RR: 32 x/menit • TD: 117/70 mmHg • N: 84 x/menit • S: 36,5 °C • Pasien tampak masih diberikan minum air hangat <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 2 | <p>11.30</p> <p>11.40</p> <p>11.40</p> | <p>2.1) Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien</p> <p>2.2) Menganjurkan klien untuk meningkatkan intake.</p> <p>2.3) Memberikan makanan</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan nafsu makan pasien masih menurun • Anak pasien mengatakan pasien masih sering tidur. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi diet pasien |

| | | | |
|---|-------|---|---|
| | | yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi). | tampak tidak habis hanya $\frac{1}{4}$ dari persediaan yang habis. |
| 3 | 11.45 | 2.4) Mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi |
| | 10.30 | 3.1) Mengkolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medis dalam merencanakan program terapi yang tepat. | S: <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien masih dibantu |
| | 10.30 | 3.2) Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan kaki pasien masih odema |
| | 10.50 | 3.3) Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan | O: <ul style="list-style-type: none"> Kaki pasien tampak masih odema Pasien mampu menggerakkan jari-jari tangannya sendiri |
| | 10.50 | 3.4) Membantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang sesuai | <ul style="list-style-type: none"> Pasien masih tampak sering tidur Semua aktifitas pasien tampak masih di bantu. |
| | 11.00 | 3.5) Membantu pasien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang | A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi |
| 4 | 11.05 | 3.6) Membantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. | |
| | 10.00 | 4.1) Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri | S: <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah mandi di lap |
| | 10.00 | 4.2) Memonitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien belum sikat gigi |
| | 10.00 | 4.3) Menyediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan self care | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien bisa melakukan sikat gigi sendiri |
| | 10.20 | 4.4) Mendorong pasien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. | O: <ul style="list-style-type: none"> Kuku pasien tampak panjang dan kotor Pakaian pasien tampak basah |
| | 10.20 | 4.5) Membantu pasien menyikat giginya | <ul style="list-style-type: none"> Pakaian pasien sudah di ganti Kuku pasien tampak |

| | | | |
|---|-------|--|--|
| 5 | 10.35 | 4.6) Melakukan perawatan kuku pasien | sudah bersih • Gigi pasien tampak sudah bersih |
| | 10.50 | 4.7) Mengganti pakaian pasien | • Alas tempat tidur pasien sudah bersih. |
| | 11.00 | 4.8) Mengganti alas tempat tidur pasien. | A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi |
| | 10.05 | 5.1) Mempertahankan catatan intake dan output yang adekuat. | S: • Anak pasien mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 gelas |
| | 10.10 | 5.2) Memonitor status hidrasi. | O: • Jumlah urin pasien 300 cc |
| 6 | 10.10 | 5.3) Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan. | • Pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi diet yang disediakan • Bibir pasien tampak kering • Turgor kulit pasien tampak jelek. |
| | 10.20 | 5.4) Menawarkan snack (jus buah, buah segar). | • pasien tampak menghabiskan snacknya (jus semangka). A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi |
| | 10.30 | 6.1) Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. | S: • Anak pasien mengatakan pasien sering tidur. |
| | 10.30 | 6.2) menggunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan. | O: • Pasien tampak sering tidur • Rel sisi panjang tempat tidur pasien terpasang |
| | 11.00 | 6.3) Memperhatikan tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh | • Pasien tampak terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1 | <p>Jum'at 8 Juni 2018 09.00</p> <p>09.30</p> <p>11.30</p> <p>11.30</p> | <p>1.1) Mengatur posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung pasien.</p> <p>1.2) Mengajukan pasien minum air hangat.</p> <p>1.3) Memonitor pernafasan pasien.</p> <p>1.4) Memonitor tanda-tanda vital</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan napas pasien tidak sesak lagi. • Anak pasien mengatakan pasien tidur gelisah • Pasien mengatakan letih • Anak pasien mengatakan pasien demam. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak tidak terpasang O₂ • Pasien tampak tenang • Pasien tampak letih • Mengajukan pasien banyak minum • TD 90/50 mmHg • N 85 x/menit • RR 28 x/ menit • S 37,5 °C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 2 | <p>10.00</p> <p>10.10</p> <p>10.10</p> <p>10.30</p> <p>10.45</p> | <p>2.1) Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien</p> <p>2.2) Mengajukan klien untuk meningkatkan intake.</p> <p>2.3) Memberikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).</p> <p>2.4) Mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</p> <p>2.5) Mengajukan klien makan sedikit tapi sering</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sudah mau makan dengan bubur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi diet pasien tampak habis • Pasien tampak masih sering tidur • Pasien tampak diberikan makan sering oleh anak klien. <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 3 | <p>10.10</p> | <p>3.1) Mengkolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medis dalam merencanakan program terapi yang tepat.</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien masih di bantu oleh anaknya |

| | | | |
|-------|---|---|--|
| 4 | 10.10 | 3.2) Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan kaki pasien masih bengkok Pasien mengatakan letih |
| | 10.20 | 3.3) Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Semua aktivitas pasien masih tampak di bantu oleh keluarga Pasien masih tampak banyak tidur |
| | 10.35 | 3.4) Membantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang sesuai | <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak melakukan dan memperagakan pergerakan Rom secara Aktif tapi tidak terlalu kuat melakukannya. |
| | 10.40 | 3.5) Membantu pasien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang | |
| | 10.45 | 3.6) Membantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. | <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| | 11.00 | 3.7) Mengkaji ulang klien terhadap latihan Rom Pasif | |
| | 10.00 | 4.1) Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah mandi di lap |
| 10.00 | 4.2) Memonitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah sikat gigi | |
| 10.00 | 4.3) Menyediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan self care | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah ganti baju. | |
| 10.10 | 4.4) Mendorong pasien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien sudah tampak rapi Gigi pasien tampak bersih Baju pasien tampak sudah di ganti. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | |
| 5 | 10.00 | 5.1) Mempertahankan catatan intake dan output yang adekuat. | |
| | 10.05 | 5.2) Memonitor status hidrasi. | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien minum satu hari ± 3 gelas |

| | | | |
|---|-------|--|---|
| 6 | 10.05 | 5.3) Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan. | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan porsi diet pasien |
| | 10.20 | 5.4) Menawarkan snack (jus buah, buah segar). | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jumlah urin pasien 400 cc Pasien tampak menghabiskan porsi diet yang disediakan Bibir pasien masih tampak kering Pasien tampak hanya menghabiskan ½ snack yang tersedia (jus semangka). <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> |
| | 10.00 | 6.1) Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien masih sering tidur |
| | 10.30 | 6.2) menggunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan. | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan selalu memasang rel sisi panjang tempat tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak masih sering tidur Rel sisi panjang tempat tidur pasien tampak terpasang Pasien masih terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> |
| | 11.00 | 6.3) Memperhatikan tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh | |
| | | | |

Sumber: (Samita, 2018)

h. Evaluasi

Tabel 4.8 Evaluasi Pasien dengan *PNEUMONIA* di RS.Bhayangkara Drs.Titus Uly Kupang Tahun 2019 pada pasien 1 dan di RSUD Dr. Achmadmochtar Bukittinggi Tahun 2018 pada pasien 2.

| No | DX | Pasien 1 | | |
|----|---|--|--|---|
| | | Hari I | Hari II | Hari III |
| 1 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan RR: 24x/menit, Wheezing (+), Sesak (+), dan Irama pernafasan tidak teratur. | <p>S: Pasien mengatakan batuk sejak 4 hari yang lalu</p> <p>O: Wheezing(+) RR 24x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>S: Pasien mengatakan batuk berkurang</p> <p>O: Wheezing(+) RR 20x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>S: Pasien mengatakan tidak batuk lagi</p> <p>O: Wheezing (+) RR 18x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> |
| 2 | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan Makanan yang disajikan hanya habis ¼ porsi, Pasien tampak lemas, Mukosa tampak kering, BB: 45 kg, dan TB: 165 cm | <p>S: Pasien mengatakan mual dan tidak mampu makan</p> <p>O: Makanan yang disajikan habis ¼ porsi</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> | <p>S: Pasien mengatakan mual berkurang</p> <p>O: Makanan yang disajikan habis ½ porsi</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>S: Pasien mengatakan tidak mual lagi</p> <p>O: Makanan yang disajikan habis 1 porsi</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |

Sumber: (Selam, 2019)

| No | DX | Pasien 2 | | |
|----|---|---|---|---|
| | | Hari I | Hari II | Hari III |
| 1 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular dibuktikan dengan pasien tampak batuk sesekali, pasien tampak batuk tidak berdahak, RR 26x/menit, pernafasan pasien tampak dangkal, dan bunyi nafas ronchi | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan nafas pasien tidak sesak Anak pasien mengatakan jika nafas pasien akan di pasang oksigen. Anak pasien mengatakan pasien banyak tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien tampak tidak terpasang O₂ pasien tampak batuk sekali-sekali pasien tampak sesak berkurang Anak pasien tampak memberikan minum air hangat kepada pasien TD 120/70 mmHg N 87 x/menit. RR 26 x/ menit S 36,5 °C. | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sesak nafas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan O₂ dengan nasal kanul sebanyak 3 lpm Pasien tampak sesak RR: 32 x/menit TD: 117/70 mmHg N: 84 x/menit S: 36,5 °C Pasien tampak masih diberikan minum air hangat <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan napas pasien tidak sesak lagi. Anak pasien mengatakan pasien tidur gelisah Pasien mengatakan letih Anak pasien mengatakan pasien demam. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak tidak terpasang O₂ Pasien tampak tenang Pasien tampak letih Menganjurkan pasien banyak minum TD 90/50 mmHg N 85 x/menit RR 28 x/ menit S 37,5 °C <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| | | <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | | |
| 2 | <p>Defisit nutrisi berhubungan dari ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan diet pasien tampak hanya habis 3 sendok, BB 40 kg, mukosa bibir kering, dan turgor kulit jelek</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan porsi makan 1/8 dalam satu hari. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi diet pasien tampak tidak habis Diet pagi pasien tampak habis 3 Sdm pasien tampak banyak tidur Kaki pasien tampak edema Keluarga pasien sudah mengetahui tentang kebutuhan nutrisi <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan nafsu makan pasien masih menurun Anak pasien mengatakan pasien masih sering tidur. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi diet pasien tampak tidak habis hanya 1/4 dari persediaan yang habis. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah mau makan dengan bubur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi diet pasien tampak habis Pasien tampak masih sering tidur Pasien tampak diberikan makan sering oleh anak klien. <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 3 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu, ekstremitas bawah pasien tampak udema, dan selama di rumah sakit pasien banyak tidur | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien untuk mengubah posisi di bantu Anak pasien mengatakn kaki pasien bengkak. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kaki pasien tampak udema Pasien makan tampak disuapkan Merubah posisi pasien tampak dibantu Pasien tampak banyak tidur. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien masih dibantu Anak pasien mengatakan kaki pasien masih odema <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kaki pasien tampak masih odema Pasien mampu menggerakkan jari-jari tangannya sendiri Pasien masih tampak sering tidur Semua aktifitas pasien tampak masih di bantu. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien masih di bantu oleh anaknya Anak pasien mengatakan kaki pasien masih bengkak Pasien mengatakan letih <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Semua aktivitas pasien masih tampak di bantu oleh keluarga Pasien masih tampak banyak tidur Pasien tampak melakukan dan memperagakan pergerakan Rom secara Aktif tapi tidak terlalu kuat melakukannya. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 4 | Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan, kuku pasien tampak kotor, dan lidah pasien tampak kotor | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah di lap Anak pasien mengatakan pasien belum sikat gigi Anak pasien mengatakan | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah mandi di lap Anak pasien mengatakan pasien belum sikat gigi Anak pasien mengatakan pasien bisa melakukan sikat gigi sendiri | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah mandi di lap Anak pasien mengatakan pasien sudah sikat gigi Anak pasien mengatakan pasien sudah ganti baju. <p>O:</p> |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| | | <p>kuku tangan dan kaki pasien sudah panjang dan kotor.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan Kuku pasien tampak kotor Aktivitas sehari-hari pasien tampak di bantu. Melakukan perawatan oral hygiene pasien. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuku pasien tampak panjang dan kotor Pakaian pasien tampak basah Pakaian pasien sudah di ganti Kuku pasien tampak sudah bersih Gigi pasien tampak sudah bersih Alas tempat tidur pasien sudah bersih. <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <ul style="list-style-type: none"> Pasien sudah tampak rapi Gigi pasien tampak bersih Baju pasien tampak sudah di ganti. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 5 | Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dibuktikan dengan mukosa bibir kering, turgor kulit pasien tampak jelek, lidah pasien tampak kotor, dan urine pasien berwarna merah dengan jumlah 100cc | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 gelas Anak pasien mengatakan pasien hanya 3 sendok makan. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jumlah urin pasien 100 cc Pasien | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 gelas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jumlah urin pasien 300 cc Pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi diet yang disediakan Bibir pasien tampak kering Turgor kulit pasien tampak jelek. | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 gelas Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan porsi diet pasien <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jumlah urin pasien 400 cc Pasien tampak menghabiskan porsi diet yang disediakan Bibir pasien |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | | <p>tampak hanya menghabiskan porsi dietnya 3 sdm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mukosa bibir pasien tampak kering • Turgor kulit pasien jelek • Pasien tampak menghabiskan 1/2 snack (jus semangka). <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak menghabiskan snacknya (jus semangka). <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>masih tampak kering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak hanya menghabiskan 1/2 snack yang tersedia (jus semangka). <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 6 | Resiko jatuh dibuktikan dengan riwayat jatuh | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sering tidur. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sering tidur • Rel sisi panjang tempat tidur tampak terpasang • Keluarga pasien tampak sudah menjadi tahu terhadap faktor resiko jatuh dan keluarga sudah | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sering tidur. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sering tidur • Rel sisi panjang tempat tidur pasien terpasang • Pasien tampak terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien masih sering tidur • Anak pasien mengatakan selalu memasang rel sisi panjang tempat tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak masih sering tidur • Rel sisi panjang tempat tidur pasien tampak terpasang • Pasien masih terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien |

| | | | | |
|--|--|---|-------------------|---|
| | | <p>mengetahui cara menurunkan resiko jatuh dengan cara memasang rel sisi panjang yang ada ditempat tidur dan selalu berada disebelah pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien. <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>intervensi</p> | <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
|--|--|---|-------------------|---|

Sumber: (Samita, 2018)

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini saya akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil dari review proses asuhan keperawatan pada pasien 1 dan 2 dengan kasus *Pneumonia* yang telah dilakukan sejak tanggal 14 Juli 2019 hingga 17 Juli 2019 di Ruang Cendana RS. Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang pada pasien 1 dan pada pasien 2 dilakukan sejak tanggal 06 Juni 2018 hingga 08 Juni 2018 di ruang rawat inap paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan. Sebenarnya, pengkajian tersebut ialah proses berkesinambungan yang dilakukan pada semua fase proses keperawatan. Misalnya, pada fase evaluasi, pengkajian dilakukan untuk menentukan hasil strategi keperawatan dan mengevaluasi pencapaian tujuan. Semua fase proses keperawatan bergantung pada pengumpulan data yang lengkap dan akurat (Muttaqin, 2008).

Pengkajian yang cermat oleh perawat merupakan hal penting untuk mendeteksi masalah ini. Melakukan pengkajian pada pernafasan lebih jauh dengan mengidentifikasi manifestasi klinis pneumonia yaitu

nyeri, takipnea, penggunaan otot pernafasan untuk bernafas, nadi cepat, bradikardi, batuk, dan sputum purulen (*Brunner & Suddarth*, 2013). Keluhan utama pasien pneumonia pada sistem pernafasan, yaitu batuk, batuk darah, produksi sputum berlebih, sesak napas, nyeri dada, batuk tidak efektif, mengi, wheezing, atau ronchi kering, sputum berlebih (Muttaqin, 2008). Pada pengkajian aktivitas dan istirahat akan timbul gejala seperti kelemahan, kelelahan, dan insomnia yang ditandai dengan penurunan intoleransi terhadap aktivitas. Pengkajian pada sirkulasi pasien pneumonia akan tampak pucat dan takikardi. Pada pasien pneumonia akan timbul gejala seperti kehilangan nafsu makan, mual/muntah serta ditandai dengan distensi abdomen, hiperaktif bunyi bising usus, kulit kering dan turgor kulit buruk serta penampilan malnutrisi. Akan timbul juga gejala seperti sakit kepala, nyeri dada meningkat disertai batuk, myalgia, dan artralgia. Pada penderita pneumonia hasil pemeriksaan fisik yang biasanya muncul yaitu di pemeriksaan mata terdapat konjungtiva tampak anemis, pemeriksaan hidung jika pasien mengalami sesak akan terdengar nafas cuping hidung. Pemeriksaan pada paru-paru saat infeksi terlihat ada penggunaan otot bantu nafas. Palpasi di dapatkan adanya nyeri tekan, peningkatan vocal fremitus pada daerah yang terkena. Perkusi terdengar suara redup karena terjadi penumpukan cairan di alveoli. Dan saat dilakukan auskultasi terdengar ronki. Pada. Pemeriksaan ekstremitas tampak sianosis.

Pada kasus pasien 1 yaitu Tn. A.D ditemukan bahwa pasien mengeluh batuk berlendir/sekret disertai sesak, demam naik turun, dan nafsu makan menurun. Terdapat nyeri tekan di dada kiri atas karena batuk, terdengar suara redup saat dilakukan perkusi, Terdengar suara tambahan wheezing. Pasien mengalami susah tidur karena batuk dan sesak nafas yang dialaminya untuk tidur siang pasien hanya tidur < 1 jam dan tidur pada malam hari hanya 3-4 jam, serta pasien tampak pucat. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh TD: 110/70 mmHg, N: 62x/menit, S: 38,6 °C, dan RR: 24x/menit. Sedangkan untuk kasus pada pasien 2 yaitu Tn. B ditemukan bahwa pasien mengeluh sesak, demam naik turun, serta nafsu makan menurun, pernafasan pasien dangkal, tidak ada otot bantu pernafasan, pada palpasi dada ditemukan suara redup, adanya suara tambahan ronchi. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh TD: 120/70 mmHg, N: 87x/menit, S: 36,5 °C, dan RR: 26x/menit (takipnea). Serta semua aktivitas pasien dibantu dengan keluarganya.

Terdapat kesamaan dengan teori dari hasil pengkajian pada review kedua kasus yakni kedua pasien mengeluh ada demam naik turun, sesak nafas, dan nafsu makan menurun. Pada pasien 1 didapatkan bahwa pasien batuk berlendir/sekret disertai dengan sesak. Pada pasien pneumonia akan mengalami gangguan pada system pernafasan, saluran pernafasan yang normal memiliki

berbagai mekanisme pertahanan terhadap infeksi. Seperti reflek batuk, gerak silia trakea, sekresi musin oleh sel goblet, imunitas humoral, dan system fagositosis (Nursalam, 2016). Selain itu tanda dan gejala pada pasien 1 yang sama dengan teori yaitu pasien ada mengeluh nyeri tekan di dada kiri atas saat batuk, terdapat suara nafas tambahan yaitu wheezing, gangguan pola tidur, serta tampak pucat.

Pada pasien 2 ditemukan tanda dan gejala yang sama dengan teori yang didapatkan dari pengkajian yaitu terdapat suara tambahan ronchi, pada perkusi terdengar suara redup, pernafasan dangkal, takipnea, dan mengalami kelemahan.

Dari data diatas ditemukan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasusnya dimana kedua kasus tidak ditemukannya penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada batuk berdarah, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada muntah, dan tidak ada ekstermitas sianosis. Pada kasus pasien 2 yaitu Tn. B tidak ditemukannya batuk, nyeri dada dan seputum.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang

berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan pada kasus pneumonia berdasarkan pathway (Mansjoer & Suriadi dan rita Y, 2006) dan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), diagnosa yang mungkin muncul yaitu

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan **D.0001**
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler **D.0003**
- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas **D.0005**
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **D.0077**
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan **D.0019**
- f. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit **D.0130**
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen **D.0056**
- h. Resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif **D.0034**.

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data pada pasien 1 di tegakkan 2 diagnosa sedangkan pada pasien 2 ditegakkan 6 diagnosa. Adapun diagnose yang di tegakkan pada pasien 1 yaitu

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan.

Sedangkan diagnosa yang ditegakkan pada pasien 2 yaitu

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- e. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- f. Resiko jatuh dibuktikan dengan riwayat jatuh.

Diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori yaitu

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Diagnosa yang sama dengan teori yang ditemukan pada pasien 1 adalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Saat pengkajian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan data subyektif yaitu Pasien

mengatakan bahwa batuk berdahak dan sesak sudah sejak 4 hari yang lalu. Data objektif yang didapatkan antara lain yaitu Tampak batuk dan susah mengeluarkan sekret, pada pemeriksaan Tanda-tanda vital diperoleh TD: 110/70 mmHg; N: 62 x/menit; S: 36,8 °C; RR: 24x/menit, terdengar suara tambahan yaitu Wheezing, dan tampak Sesak.

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan memiliki definisi yaitu Ketidak mampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Gejala dan tanda mayor yang dapat ditemukan yaitu data objektif batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk, sputum berlebih/obstruksi dijalan nafas, mengi, wheezing, dan/atau ronkhi kering. Sedangkan gejala dan tanda minor yang dapat ditemukan yaitu data subjektif dispnea, sulit bicara, ortopnea. dan pada data objektif dapat ditemukan yaitu gelisah, sianosis, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, dan pola nafas berubah.

Bersihan jalan nafas tidak efektif diakibatkan karena adanya infeksi pada saluran pernafasan bagian bawah sehingga mengakibatkan peroduksi sputum meningkat dan mengakibatkan konsolidasi cairan sputum dijalan nafas. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Smeltzer dan

Bare, 2013) bahwa bersihan jalan nafas tidak efektif karena adanya reaksi inflamasi yang dapat terjadi di alveoli, menghasilkan eksudat yang dapat mengganggu jalan nafas.

Menurut penulis diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan pada pasien 1, gejala dan tanda mayor yang didapatkan sudah memenuhi validasi untuk menegakkan diagnosis sesuai dengan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu 80% hingga 100% data mayor.

Menurut penulis pada pasien 1 gejala dan tanda mayor yang dapat mendukung ditegakkannya diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan yaitu data objektif Tampak batuk dan susah mengeluarkan sekret, pada pemeriksaan Tanda-tanda vital diperoleh TD: 110/70 mmHg; N: 62 ×/menit; S: 36,8 °C; RR: 24×/menit, terdengar suara tambahan yaitu Wheezing, dan tampak Sesak.

Pada penulisan diagnosa aktual belum sesuai dengan metode penulisan diagnose aktual berdasarkan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah berhubungan dengan ***Penyebab*** dibuktikan
dengan ***Tanda/gejala***

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan.

Diagnosa yang sama dengan teori yang ditegakkan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan. Pada saat pengkajian dilakukan pada pasien 1 didapatkan data subjektif pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan sudah sejak 4 hari yang lalu. Data objektif porsi makanan yang disajikan hanya habis $\frac{1}{4}$ porsi, tampak lemas, mukosa tampak kering, mengalami penurunan berat badan yang sebelum sakit 54 kg setelah sakit menjadi 45 kg, dan tinggi badan 165 cm.

Sedangkan hasil dari pengkajian pada pasien 2 didapatkan data subyektif anak pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun, mengalami penurunan berat badan selama sakit, berat badan pasien saat sehat 50 kg pada saat sakit mengalami penurunan menjadi 40 kg. Data objektif diet pasien tampak hanya habis 3 sendok, mukosa bibir tampak kering, turgor kulit jelek, jumlah minum air dalam sehari \pm 3 gelas, dan jumlah urin pasien sebanyak 100 cc tampak berwarna kemerahan.

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Gejala dan tanda mayor yang dapat ditemukan yaitu data objektif berat badan menurun

minimal 10% dibawah rentang ideal. pada gejala dan tanda minor dapat ditemukan data subjektif cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun. Data objektif bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebih dan diare (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Peroduksi sputum yang berlebihan berpotensi tertelan ke dalam lambung sehingga dapat mengakibatkan konsolidasi cairan sputum didalam lambung yang dapat membuat asam lambung meningkat kemudian tubuh merespon dengan mual dan muntah (Mansjoer & suriadi dan Rita Y, 2006)

Menurut penulis diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan pada pasien 1 maupun pasien 2 tanda mayor yang ditemukan telah memenuhi validasi penegakkan diagnose sesuai dengan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu 80% hingga 100%.

Menurut penulis pada pasien 1 data mayor yang mendukung untuk menegakkan diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan yaitu pada data objektif mengalami penurunan berat badan yang sebelum sakit 54 kg setelah sakit menjadi 45 kg.

Pada pasien 2 data mayor yang mendukung untuk menegakkan diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan yaitu pada data subjektif mengalami penurunan berat badan selama sakit, berat badan pasien saat sehat 50 kg pada saat sakit mengalami penurunan menjadi 40 kg.

Pada penulisan diagnosa aktual belum sesuai dengan metode penulisan diagnose aktual berdasarkan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah berhubungan dengan ***Penyebab*** dibuktikan dengan

Tanda/gejala

- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Diagnosa yang ditegakkan pada pasien 2 yaitu Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Saat dilakukan pengkajian pada pasien 2 ditemukan data subjektif anak pasien mengatakan pasien batuk sekali-sekali, anak pasien mengatakan pasien batuk kering, anak pasien mengeluh sesak. Data objektif Pasien tampak batuk sekali-sekali, Pasien tampak batuk tidak berdahak, pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh TD 120/70 mmHg, N 87 x/menit, RR26x/menit (takipnea), S 36,5 °C, pernafasan Pasien tampak

dangkal, Pasien tampak tidak terpasang O₂ dan bunyi nafas tambahan ronchi.

Berdasarkan buku standar diagnosis keperawatan Indonesia pola nafas tidak efektif didefinisikan adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Pada pengkajian dapat ditemukan tanda dan gejala mayor yaitu data subjektif dyspnea. Dan pada data objektif penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola nafas abnormal (mis.takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes). Gejala dan tanda minor dapat ditemukan data subjektif ortopnea. Dan data objektif pernafasan pursed-lip, pernafasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Secara teori, terdapat pernafasan cuping hidung, pada dada terlihat adanya peningkatan usaha pernafasan, frekuensi dan irama pernafasan tidak teratur, pada paru terdapat suara tambahan, ronchi pada saat auskultasi (muttaqin Arif, 2014). Pada pasien pneumonia akan mengalami masalah keperawatan pola nafas tidak efektif dikarenakan adanya proses peradangan yang menyebabkan cairan eksudat masuk kedalam alveoli sehingga mengakibatkan compliance paru/kemampuan paru-

paru mengembang menurun (Mansjoer & suriadi dan Rita Y, 2006).

Pada pasien 2 diagnosa Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular tanda dan gejala mayor yang didapatkan yaitu data subjektif anak pasien mengatakan pasien mengeluh sesak. Data objektif pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh RR 26x/menit (takipnea). Dari data mayor diagnosa Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular pada pasien 2 yang didapatkan belum memenuhi validasi penegakan diagnosis yang sesuai dengan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu data harus mencapai 80% hingga 100% data mayor.

Pada penulisan diagnosa aktual belum sesuai dengan metode penulisan diagnose aktual berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah berhubungan dengan ***Penyebab*** dibuktikan dengan

Tanda/gejala

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien 2 yang sesuai dengan teori adalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. Saat pengkajian pada pasien 2 ditemukan data subjektif yaitu Anak pasien mengatakan aktivitas pasien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah pasien yang kiri mengalami kelemahan dan Anak pasien mengatakan kaki pasien bengkak. Data objektif ditemukan pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu, Selama di rumah sakit pasien banyak tidur, Ekstremitas bawah pasien tampak udem, pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh TD 120/70 mmHg, N 87 x/menit, RR 26 x/ menit, S 36,5 °C dan Kekuatan

Otot:

| | |
|---|---|
| 5 | 4 |
| 5 | 4 |

Intoleransi aktivitas adalah ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Pada gejala dan tanda mayor dapat ditemukan data subjektif mengeluh lelah. Dan data objektif frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. Gejala dan tanda minor yang dapat ditemukan saat pengkajian yaitu data subjektif dispnea saat atau setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah. Data objektif tekanan darah berubah >20% dari kondisi

istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, dan sianosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada pasien pneumonia intoleransi aktivitas disebabkan karena proses peradangan yang membuat cairan eksudat masuk kedalam alveoli yang kemudian compliance paru menurun sehingga mengakibatkan suplai O₂ menurun (Mansjoer & suriadi dan Rita Y, 2006).

Pada pasien 2, diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas tanda mayor tidak ditemukan. Sehingga tidak memenuhi validasi penegakan diagnosis sesuai dengan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu sekitar 80% hingga 100%.

Menurut penulis pada penulisan diagnosa aktual belum sesuai dengan metode penulisan diagnose aktual berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah berhubungan dengan ***Penyebab*** dibuktikan dengan

Tanda/gejala

Menurut penulis, terdapat ketidak sesuaian data yang digunakan untuk menegakkan diagnosa dengan data yang ada pada pengkajian. Diimana gejala dan tanda mayor yang mendukung untuk menegakkan diagnosa Intoleransi aktivitas

berhubungan dengan imobilitas tidak ditemukan pada hasil pengkajian.

e. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Diagnosa yang sesuai dengan teori yang ditemukan pada pasien 2 adalah Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Saat pengkajian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan data subyektif yaitu anak pasien mengatakan aktivitas pasien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah pasien yang kiri mengalami kelemahan, anak pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun. Data objektif yang didapatkan antara lain yaitu Mukosa bibir kering, turgor kulit pasien tampak jelek, pada pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh TD 120/70 mmHg, N 87 x/menit, RR 26 x/ menit, S 36,5 0C, pasien terpasang kateter, urin pasien tampak berwarna kemerahan, jumlah urin pasien 100cc, jumlah minum pasien selama sakit \pm 3 gelas, dan infuse terpasang NaCl 0,9 % dengan tetesan 20 tpm.

Hipovolemia adalah penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler. Pada gejala dan tanda mayor dapat ditemukan data objektif frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa

kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat. Gejala dan tanda minor dapat ditemukan data subjektif merasa lemah, mengeluh haus. Dan data objektif yaitu pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urine meningkat, berat badan turun tiba-tiba (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Masalah keperawatan hipovolemia pada pasien pneumonia dapat muncul diakibatkan dari peruses peradangan yang menyebabkan tubuh penderita mengalami demam tinggi yang mengakibatkan tubuh banyak mengeluarkan keringat dan disertai nafsu makan dan minum menurun (Mansjoer & suriadi dan Rita Y, 2006).

Menurut penulis diagnosa Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif pada pasien 2, gejala dan tanda mayor yang didapatkan belum memenuhi validasi untuk menegakkan diagnosis sesuai dengan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu 80% hingga 100% data mayor.

Pada penulisan diagnosa aktual belum sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan
dengan Tanda/gejala

Menurut penulis, terdapat ketidak sesuaian data yang digunakan untuk menegakkan diagnosa dengan data yang ada pada pengkajian. Dimana gejala dan tanda mayor yang mendukung untuk menegakkan diagnosa Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif tidak memenuhi 80% pada hasil pengkajian.

Pada pasien 2 yaitu Tn. B ditegakkan 2 diagnosa keperawatan tambahan yaitu

a. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Diagnosa yang terdapat kesenjangan dengan teori yang ditemukan pada pasien 2 adalah Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Saat pengkajian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan data subyektif yaitu anak pasien mengatakan pasien belum gosok gigi, anak pasien mengatakan pasien belum potong kuku, anak pasien mengatakan di tangan pasien ada panu, anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga pasien. Data objektif yang didapatkan antara lain yaitu gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan, kuku pasien tampak kotor, dan lidah pasien tampak kotor.

Defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Pada tanda dan gejala mayor yang dapat ditemukan saat pengkajian yaitu data subjektif menolak melakukan perawatan diri. Data objektif ditemukan tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketolilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut penulis diagnose Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan pada pasien 2, gejala dan tanda mayor yang didapatkan sudah memenuhi validasi untuk menegakkan diagnosis sesuai dengan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu 80% hingga 100% data mayor.

Gejala dan tanda mayor yang didapatkan saat pengkajian untuk mendukung dalam menegakkan diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan yaitu data subyektif anak pasien mengatakan pasien belum gosok gigi, anak pasien mengatakan pasien belum potong kuku, anak pasien mengatakan ditangan pasien ada panu, anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga pasien. Data objektif yang didapatkan antara lain yaitu Gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan, Kuku pasien tampak kotor,

dan Lidah pasien tampak kotor.

Pada penulisan diagnosa aktual belum sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan formulasi sebagai berikut:

***Masalah berhubungan dengan Penyebab** dibuktikan dengan
Tanda/gejala*

b. Resiko jatuh dibuktikan dengan riwayat jatuh

Resiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Faktor resiko pada diagnose resiko jatuh yaitu usia ≥ 65 tahun, riwayat jatuh, penurunan kesadaran, lingkungan tidak aman, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 06 Juni 2018 ditemukan bahwa anak pasien mengatakan aktivitas pasien selama dirumah sakit dibantu oleh keluarga pasien dikarenakan ekstremitas atas dan bawah bagian kiri pasien mengalami kelemahan, kaki pasien bengkak, pasien memiliki riwayat jatuh ± 5 bulan yang lalu sejak itu pendengaran pasien mulai terganggu, ± 1 bulan sebelum masuk rumah sakit bicara pasien pelo, dan selama dirumah sakit pasien banyak tidur.

Menurut penulis pada penulisan diagnosa resiko belum sesuai dengan metode penulisan diagnose resiko berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah dibuktikan dengan Faktor Resiko

Pada pasien 1 dilihat dari data hasil pengkajian, ditemukannya data yang dapat mendukung dalam penegakan diagnose keperawatan namun peneliti pada pasien 1 tidak menegakkan diagnose keperawatan tersebut. diagnosa yang tidak diangkat peneliti antara lain:

a. Hipertermia berhubungan dengan peroses penyakit

Dari hasil pengkajian pada pasien 1 menurut penulis diagnose hipertermia dapat ditegakkan karena ditemukannya data subjektif pasien mengeluh demam naik turun sejak 4 hari sebelum masuk rumah sakit. Data objektif didapatkan suhu tubuh pasien 38,6 °C.

Hipertermia adalah suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh. Gejala dan tanda mayor yang dapat ditemukan pada data objektif yaitu suhu tubuh di atas nilai normal. Gejala dan tanda minor yang dapat ditemukan yaitu pada data objektif kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, dan kulit terasa hangat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Dilihat dari buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) data mayor yang terdapat pada pasien 1 dengan diagnose keperawatan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit sudah

memenuhi validasi untuk menegakkan diagnosis yaitu data telah mencapai 80% hingga 100% data mayor.

Gejala dan tanda yang dapat mendukung untuk ditegakkannya diagnose keperawatan hipertermia yaitu pada saat pengkajian ditemukan bahwa pasien mengeluh demam naik turun dan pada data objektif didapatkan suhu tubuh diatas nilai normal yaitu 38,6 °C.

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya Kontrol tidur

Dari hasil pengkajian pada pasien 1 menurut penulis diagnose gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur dapat ditegakkan karena ditemukannya data subjektif pasien mengeluh pola tidur terganggu karena batuk dan sesak yang di deritanya, pasien mengatakan pola tidur berubah sebelum sakit pasien mengatakan tidur malam selama 7 jam dan tidur siang 1-2 jam setelah sakit pasien tidur malam selaman 3-4 jam dan tidur siang kurang dari 1 jam.

Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. gejala dan tanda mayor yang dapat ditemukan yaitu mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup. Gejala dan tanda minor data subjektif yang ditemukan yaitu mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Dilihat dari buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) data mayor yang terdapat pada pasien 1 dengan diagnosa

keperawatan gangguan pola tidur sudah memenuhi validasi untuk menegakkan diagnosis yaitu data telah mencapai 80% hingga 100% data mayor.

Data yang dapat mendukung untuk ditegakkannya diagnosa keperawatan gangguan pola tidur pada pasien 1 yaitu pasien mengeluh pola tidur terganggu karena batuk dan sesak yang di deritanya, pasien mengatakan pola tidur berubah sebelum sakit pasien mengatakan tidur malam selama 7 jam dan tidur siang 1-2 jam setelah sakit pasien tidur malam selaman 3-4 jam dan tidur siang kurang dari 1 jam.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian kelinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Berdasarkan kasus pasien 1 dan pasien 2, tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah peneliti susun masing-masing peneliti berdasarkan NANDA NIC-NOC. Dalam menyusun rencana Keperawatan kepada pasien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat dilakukan pada tinjauan kasus, karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien.

Dari intervensi yang telah disusun oleh peneliti dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif terdapat kesamaan dengan teori yang digunakan oleh penulis yaitu terdapat komponen edukasi dan terapeutik didalam penyusunan intervensi. Intervensi keperawatan yang masuk dalam komponen edukasi yaitu mengajarkan pasien teknik batuk efektif serta intervensi keperawatan yang masuk dalam komponen terapeutik yaitu posisikan pasien semifowler dan sangga lengan pasien, bantu pasien ubah posisi dalam setiap 2 hingga 4 jam.

Pada masalah keperawatan defisit nutrisi didalam penyusunan intervensi keperawatan yang disusun oleh peneliti terdapat tiga komponen yaitu komponen observasi, terapeutik dan kolaborasi. Intervensi keperawatan yang masuk kedalam observasi yaitu Pantau Presentase jumlah makanan yang di konsumsi setiap kali makan, Timbang BB tiap hari dan memberikan makan kesukaan pasien. Intervensi keperawatan yang masuk kedalam komponen terapeutik yaitu berikan perawatan mulut tiap 4 jam jika sputum berbau busuk, dukung klien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Dan intervensi yang masuk kedalam komponen kolaborasi yaitu kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien.

Pada penyusunan intervensi keperawatan dengan diagnosa pola nafas tidak efektif terdapat intervensi keperawatan yang masuk kedalam komponen observasi dan terapeutik. Intervensi keperawatan yang disusun peneliti yang masuk kedalam komponen observasi yaitu monitor pernafasan klien dan monitor TTV klien. Kemudian intervensi keperawatan yang disusun peneliti yang masuk kedalam komponen terapeutik yaitu posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal dibelakang punggung klien dan anjurkan klien minum air hangat.

Didalam penyusunan intervensi keperawatan pada diagnosa defisit perawatan diri yang telah disusun oleh peneliti terdapat kesamaan dengan teori yang digunakan oleh penulis yang mana intervensi keperawatan yang disusun peneliti masuk dalam komponen observasi, yaitu monitor kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri.

Pada diagnosa hipovolemia intervensi keperawatan yang telah disusun peneliti terdapat kesesuaian dengan teori yang digunakan oleh penulis, yaitu adanya intervensi keperawatan yang disusun peneliti masuk kedalam komponen observasi. Intervensinya adalah pertahankan catatan intake dan output yang adekuat.

Kemudian intervensi keperawatan yang telah disusun oleh peneliti pada diagnosa resiko jatuh terdapat kesamaan dengan teori yang digunakan oleh penulis. Adanya intervensi keperawatan yang

masuk kedalam komponen observasi dan terapeutik. Intervensi keperawatan yang masuk dalam komponen observasi yaitu mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. Sedangkan intervensi keperawatan yang masuk kedalam komponen terapeutik yaitu gunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson.M.J, 2012).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dilakukan selama 3 hari dirumah sakit pada tanggal 14 Juli 2019 s/d 17 Juli 2019 di ruang Cendana RS. Bhayangkara Drs.Titus Ully Kupang,

sedangkan pada pasien 2 dilakukan selama 3 hari di rumah sakit mulai dari tanggal 06 Juni 2018 s/d 08 Juni 2018 di ruang rawat inap paru RSUD Dr. Achmadmochtar Bukittinggi.

Sebelum diterapkan pada pasien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada pasien dan keluarga pasien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui pasien dan keluarga pasien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien.

Implementasi keperawatan yang dilakukan kedua peneliti pada literatur yang penulis review telah menunjukkan bahwa semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya oleh masing-masing peneliti dan tidak ada intervensi yang tidak dilaksanakan.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut setiadi (2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data

dan perencanaan.

1) pasien 1

- a) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dibuktikan dengan RR: 24x/menit, Wheezing (+), Sesak (+), dan Irama pernafasan tidak teratur. Masalah teratasi karena pasien mengatakan tidak sesak lagi dengan respirasi 18x/menit serta tidak batuk lagi.
- b) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan dibuktikan dengan Makanan yang disajikan hanya habis ¼ porsi, Pasien tampak lemas, Mukosa tampak kering, BB: 45 kg, dan TB: 165 cm. Masalah teratasi sebagian karena pasien mengatakan tidak mual lagi dan makanan yang di sajikan dalam 1 porsi habis.

2) Pasien 2

- a) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular dibuktikan dengan pasien tampak batuk sesekali, pasien tampak batuk tidak berdahak, RR 26x/menit, pernafasan pasien tampak dangkal, dan bunyi nafas ronchi. Masalah tidak teratasi karena anak pasien mengatakan pasien masih menggunakan oksigen (O₂) pada saat pasien mengalami sesak napas.
- b) Defisit nutrisi berhubungan dari ketidak mampuan mencerna makanan dibuktikan dengan diet pasien tampak hanya habis 3

sendok, BB 40 kg, mukosa bibir kering, dan tugor kulit jelek. Masalah teratasi sebagian karena pasien sudah mulai menghabiskan menu diet yang disediakan.

- c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu, ekstremitas bawah pasien tampak udem, dan selama di rumah sakit pasien banyak tidur. Masalah tidak teratasi karena semua aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga pasien dan pasien masih kurang dalam beraktivitas dan lebih banyak tidur.
- d) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan, kuku pasien tampak kotor, dan lidah pasien tampak kotor. Masalah tidak teratasi karena semua aktivitas dan perawatan diri pasien sepenuhnya masih dibantu keluarga pasien.
- e) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dibuktikan dengan mukosa bibir kering, tugor kulit pasien tampak jelek, lidah pasien tampak kotor, dan urine pasien berwarna merah dengan jumlah 100cc. Masalah teratasi sebagian karena pasien mulai menghabiskan makanan dan snack yang disediakan di rumah sakit
- f) Resiko jatuh dibuktikan dengan riwayat jatuh. Masalah teratasi karena keluarga pasien telah mengetahui bagaimana cara pencegahan resiko jatuh agar tidak terjadi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah saya melakukan review dua kasus asuhan keperawatan pasien 1 yaitu Tn. A.D dirawat diruangan Cendana RS. Bhayangkara Drs. Titus Ulyy Kupang dengan peneliti atas nama Jahya Bukhari Adnan Selam dari Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang. Dan pasien 2 yaitu Tn. B dirawat diruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmadmochtar Bukittinggi peneliti atas nama Puspa Rhamadhani dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis, dapat saya simpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dan peneliti pada pasien 2 sesuai dengan teori meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari, data psikososial, data status mental pasien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan terapi. Salah satu fokus utama pengkajian pada pasien dengan pneumonia yakni pada system pernafasan.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut teori yang dikemukakan oleh penulis pada bab sebelumnya diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien PNEUMONIA sebanyak 8 diagnosa. Namun pada pasien 1 dan pasien 2 peneliti menemukan 5 diagnosa yang sama dengan teori.

Ditinjau dari analisa data dari kedua kasus dapat ditegakkannya 2 diagnosa pada pasien 1 Tn. A.D yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan. Sedangkan diagnosa yang ditegakkan pada pasien 2 Tn. B ada 6 diagnosa yang ditegakkan yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan resiko jatuh dibuktikan dengan riwayat jatuh.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan disusun dengan menyesuaikan keluhan dan kondisi pada pasien. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah disusun. Implementasi keperawatan pada kedua kasus yang saya review telah dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah disusun oleh peneliti.

5. Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti padapatient 1 selama 3 hari dan pada pasien 2 selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Respon pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan baik, pasien cukup kooperatif dalam pelaksanaan setiap tindakan keperawatan.

B. Saran

1. Bagi peneliti

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan penulis tentang pasien dengan diagnosa medis pneumonia sehingga dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh dibangku kuliah dan pengalaman nyata dalam melaksanakan praktek nyata.

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi Rumah Sakit

Karya tulis ilmiah ini diharapkan sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai bahan pertimbangan untuk waktu yang akan datang serta digunakan untuk tambahan informasi kepustakaan dalam ilmu keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2019). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018. In *Riset Kesehatan Dasar 2018* (pp. 182–183). <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-kesehatan-dasar-riskesdas/>
- Brunner & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Dahlan. (2007). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan..., Reny Kristiyana, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2013. *Fakultas Ilmu Kesehatan UMP*, 10–43.
- Djojodibroto. (2012). No Titleالاجراءات الجنائية. *ABA Journal*, 102(4), 24–25. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2570>
- Kemenkes RI. (2011). *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis* (Vol. 16, Issue 2). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0625>
- Lantu, M. G., Loho, E., & Ali, R. H. (2016). Gambaran Foto Toraks Pada Efusi Pleura Di Bagian/Smf Radiologi Fk Unsrat Rsup Prof. Dr. R.D. Kandou Manado Periode November 2014 – Oktober 2015. *E-CliniC*, 4(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.4.1.2016.10966>
- Malaysia, D. of S. (2016). *Department of Statistic Malaysia, 2016*.
- Mansjoer & Suriadi dan rita Y. (2006). *Pathway-Pneumonia*.
- Misnadiarly. (2008). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Tingkat Pendidikan dengan Perilaku Pencegahan Pneumonia Pada Balita. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 1(4), 1–10.
- Muttaqin, Arif (2014). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Novard, M. F. A., Suharti, N., & Rasyid, R. (2019). Gambaran Bakteri Penyebab Infeksi Pada Anak Berdasarkan Jenis Spesimen dan Pola Resistensinya di Laboratorium RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2014-2016. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(2S), 26. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i2s.955>
- Nursalam, 2016, *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Potter & Perry, 2009, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan ; Konsep, Proses dan Praktik*, edisi 4, volume 1, EGC, Jakarta
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI
- PPNI, T. Pokja S.D.K.I (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Indikasi dan indikator Diagnostik* (Cetakan II). Jakarta
- Radji. (2011). Uji Daya Hambat Ekstrak Rimpang Lengkuas Merah (*Alpinia purpurata* K.Schum) Terhadap Pertumbuhan Bakteri *Klebsiella pneumoniae* Isolat Sputum pada Penderita Pneumonia Resisten Antibiotik Seftriakson. *Pharmacon*, 8(1), 11–21.
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/pharmacon/article/view/22611/22307>
- Ryusuke, O. (2017). *Tugas Responsi Mendeleey*. <https://ejournal.unisayogya.ac.id>
- Samita, L. (2018). *Program studi d iii keperawatan sekolah tinggi ilmu kesehatan perintis padang tahun 2018*. 1–104.
- Selam, jahya bukhari adnan. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A.D DENGAN PNEUMONIA DI RUANG CENDANA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA Drs. TITUS ULLY KUPANG. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- shaleh. (2013). No Title No Title. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Smeltzer, Suzanne. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Vol 2 Edisi 8. EGC: Jakarta
- M.J. Wilkinson. (2014). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*, Jakarta: EGC

*Lampiran 1***LEMBAR KONSULTASI**

NAMA : Kris Wahyudi

NIM : P07220117057

JUDUL : Proposal Asuhan Keperawatan pada pasien dengan
Pneumonia

NAMA PEMBIMBING : Nurhayati,S.ST., M.Pd

| No | HARI/ TANGGAL | MATERI | SARAN | TANDA TANGAN DOSEN PEMBIMBING |
|----|----------------------|--|---|-------------------------------------|
| 1 | RABU/ 15-01-2020 | 1. Pembahasan judul 2. BAB I 3. Latar belakang masalah | 1. Penulisan sesuai dengan buku panduan 2. Penulisan judul sesuai buku panduan | |
| 2 | SELASA/ 4-02-2020 | 1. Pembahasan phatway pneumonia | 1. Revisi phatway 2. Penulisan diagnose sesuaikan dengan SDKI | |
| 3 | RABU/ 19-02-2020 | 1. Pembahasan phatway pneumonia 2. BAB I | 1. Tambahkan penelitian sebelumnya 2. Pengetikan diperbaiki | |

| | | | | |
|---|---------------------|--------------------|--|--|
| 4 | RABU/ 26-02-2020 | 1. Revisi Proposal | <ol style="list-style-type: none">1. Pengetikan untuk sampul2. Pengetikan kata pengantar3. Pengetikan daftar isi4. Peran perawat di bagian promotif dan rehabilitative untuk contohnya diperbaiki5. Diagnosa diperbaiki6. Kondisi klinis yang terkait ditulis sesuai dengan masalah keperawatan | |
|---|---------------------|--------------------|--|--|

LEMBAR KONSULTASI KTI

NAMA MAHASISWA : Kris Wahyudi
 NIM : P07220117057
 JUDUL :Literatur review asuhan keperawatan pada pasien
 dengan pneumonia
 NAMA PEMBIMBING : Nurhayati, S.ST., M.Pd

| NO. | HARI/ TANGGAL | MATERI PEMBAHASAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|-----|------------------|----------------------|---|-------------------|
| 1. | 1 Mei 2020 | 1. Bab IV | 1 Pahami konsep penyakit dan asuhan keperawatan berdasarkan judul yang diambil 2 Harus teliti dalam mereview literature dalam dua kasus tersebut 3 Menjabarkan kekurangan dan kelebihan dari literature review dari 2 data kasus tersebut 4 Memperhatikan kasus berdasarkan SDKI, SLKI dan SIKI. 5 Menjabarkan penambahan diagnosa yang muncul berdasarkan data pada literature review 6 Harus memahami pengkajian secara komprehensif | |


LEMBAR KONSULTASI HASIL KTI

NAMA MAHASISWA : Kris Wahyudi NIM : P07220117057
 JUDUL : Asuhan Keperawatan Pasien
 Dengan Pneumonia
 NAMA PEMBIMBING : Nurhayati, S.ST., M.Pd

| NO. | HARI/ TANGGAL | MATERI PEMBAHASAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|-----|--------------------------|----------------------|---|-------------------|
| 1. | Jumat, 15 Mei 2020 | 1. Abstrak | 1 Pendahuluan berisi latar belakang masalah dan tujuan 2 Metode yang digunakan 3 Hasil dan pembahasan 4 Kesimpulan dan saran 5 Tempat dan tahun penelitian harus sesuai | |
| 2 | Sabtu, 22 Mei 2020 | | ACC KaryatulisIlmiah | |


LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Kris Wahyudi
 NIM : PO. 7220117057
 JUDUL : Proposal Asuhan Keperawatan Pada Klien Dewasa dengan
 Pneumonia di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
 NAMA PEMBIMBING : Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd

| No. | HARI/ TANGGAL | MATERI | SARAN | TANDA TANGAN DOSEN PEMBIMBING |
|-----|--------------------------|---------------------------|--|--|
| 1 | Jum'at 10 - 01 - 2020 | Latar Belakang masalah | <ul style="list-style-type: none"> - Penulisan dan kata bahasa - masukkan para paragraf - Penulisan latar belakang menjadi kerangka untuk pro/cons kasus. |  |

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Kris Wahyudi
 NIM : PO. 7220117057
 JUDUL : Proposal Asuhan Keperawatan Pada Klien Dewasa dengan
 Pneumonia di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
 NAMA PEMBIMBING : Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd

| No. | HARI/ TANGGAL | MATERI | SARAN | TANDA TANGAN DOSEN PEMBIMBING |
|-----|------------------------|----------------------------------|--|---|
| 2 | Rabu 29-01- 2020 | - BAB I - BAB II - BAB III | - Revisi BAB I pindah sebelumnya di tambah - BAB II tambahkan nomor diagnosis - pengalokkan. |  |



LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Kris Wahyudi
 NIM : PO. 7220117057
 JUDUL : Proposal Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
 Pneumonia di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
 NAMA PEMBIMBING : Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd

| No. | HARI/ TANGGAL | MATERI | SARAN | TANDA TANGAN DOSEN PEMBIMBING |
|-----|------------------------------|----------------------------------|--|--|
| 3 | Rabu 19 Februari 2020 | - BAB I - BAB II - BAB III | - Pengantar. - Perbaiki pengantar sebelumnya - Masukkan no. Diagnosis sesuai sdi - Ganti intervensi diagno sis Berikan jalan napas hidu efektif dengan manajemen batuk efektif. | |
| 4 | Senin 24 Februari 2020 | BAB I BAB II BAB III | Acc siap untuk ujra. | |

LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Kris Wahyudi
 NIM : PO. 7220117057
 JUDUL : Proposal Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
 Pneumonia di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
 NAMA PEMBIMBING : Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd

| No. | HARI/ TANGGAL | MATERI | SARAN | TANDA TANGAN DOSEN PEMBIMBING |
|-----|----------------------|--------------------|---|---|
| 1 | Rabu 26/02/2020 | Revisi Proposal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetikan kata pengantar 2. Pengetikan untuk spasi di BAB II (before: 0 pt) 3. Kriteria hasil harus disesuaikan dengan kondisi yang terkait dengan kasusnya 4. Definisi oprasional diperbaiki 5. Spasi untuk daftar pustaka |  |
| 2 | Jum'at 06/03/2020 | Revisi Proposal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetikan untuk disampul 2. Penulisan daftar isi 3. BAB II dibuat menjadi 3 bagian: <ol style="list-style-type: none"> a. Konsep dasar teori b. Konsep masalah keperawatan c. Konsep asuhan keperawatan |  |

LEMBAR KONSULTASI KTI

NAMA MAHASISWA : Kris Wahyudi NIM : P07220117057
 JUDUL : Literatur review asuhan
 keperawatan pada pasien
 dengan pneumonia
 NAMA PEMBIMBING : Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI PEMBAHASAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|-------------------------|---|--|-------------------|
| 1. | Senin, 27 April 2020 | 1. Literature kasus yang direview | 1 Askep yang diambil tidak perlu perbaikan 2 Pembahasan dibahas mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi 3 Sebutkan kelebihan dan kekurangan dikaitkan dengan teori sesuai bab II | |
| 2. | Jumat, 8 Mei 2020 | 1. Bab IV | 1 Perhatikan redaksi kembali 2 Literature yang diambil dicantumkan namanya 3 URL dari literature yang sudah di publish | |

LEMBAR KONSULTASI HASIL KTI

NAMA MAHASISWA : Kris Wahyudi NIM : P07220117057

JUDUL : Literatur review asuhan
keperawatan pada pasien
dengan pneumonia

NAMA PEMBIMBING : Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd

| NO. | HARI/ TANGGAL | MATERI PEMBAHASAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|-----|-------------------------|----------------------|--|-------------------|
| 1. | Minggu, 28 Juni 2020 | 1 Karya Tulis Ilmiah | 1 Dalam penulisan judul diperbaiki 2 Kata pengantar diperbaiki 3 Dalam penulisan daftar gambar diberi nama gambar 4 Pada penulisan table diberi sumber data 5 Intervensi dijabarkan secara umum 6 Implementasi dijabarkan secara umum 7 Dalam penulisan saran lebih diperjelas | |

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya tidak jenis:

GENOGRAM**PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN****Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan**

Alkohol ya Tidak

Keterangan:

Merokok ya Tidak

Keterangan:

Obat ya Tidak

Keterangan:

Olahraga ya Tidak

Keterangan:

OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK**1. Keadaan Umum :**

Posisi pasien :

Alat medis/ invasif yang terpasang :

Tanda klinis yang mencolok : () sianosis () perdarahan

Sakit ringan Sakit sedang Sakit berat

2. Kesadaran:

Kualitatif :

Compos Mentis Apatis Somnolen Sopor Koma

Kuantitatif : GCS : E....M.....V.....

Tabel 1: Skor Pemeriksaan GCS ([Glasgow Coma Scale](#))

| Parameter yang dinilai | Nilai/Skor |
|---|----------------------------|
| 1. Membuka Mata/Eye (E) <ul style="list-style-type: none"> Klien dapat membuka mata spontan Klien dapat membuka mata dengan perintah Klien dapat membuka mata dengan rangsang nyeri Klien tidak berespon | 4 3 2 1 |
| 2. Respon Motorik (M) <ul style="list-style-type: none"> Klien dapat melakukan gerakan sesuai instruksi Klien hanya mampu melokalisir nyeri Klien hanya mampu menghindar sumber nyeri Adanya gerakan fleksi abnormal (dekortikasi) Adanya gerakan ekstensi abnormal (decerebrasi) Klien tidak berespon | 6 5 4 3 2 1 |
| 3. Respon Verbal (V) <ul style="list-style-type: none"> Klien mampu menjawab dengan benar, orientasi sempurna Klien mengalami disorientasi, bingung Kata-kata tidak dapat dimengerti/tidak bermakna Suara tidak jelas/hanya mengerang Klien tidak berespon | 5 4 3 2 1 |

Masalah Keperawatan :

.....

3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital

S : N : TD : RR :

MAP : $\frac{\text{Tekanan sistolik} + (2 \times \text{tekanan diastolik})}{3}$ = mmHg

4. Kenyamanan/nyeri

Nyeri ya Tidak

P : Provokatif dan palliatif:
 Q : Quality dan Quantitas:
 R : Regio :
 S : Severity:
 T : Time :

Masalah Keperawatan :

.....

5. Status Fungsional/Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks

| No | Fungsi | Skor | Uraian | NilaiSkor |
|----|---------------------------------------|------|---|-----------|
| 1. | Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) | 0 | Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) | |
| | | 1 | Kadang-kadang tak terkendali | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 2. | Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) | 0 | Tak terkendali/pakai kateter | |
| | | 1 | Kadang-kadang tak terkendali (1 x 24 jam) | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 3. | Membersihkan diri (cuci | 0 | Butuh pertolongan orang lain | |

| | | | | |
|-----|--|---|--|--|
| | muka, sisir rambut, sikat gigi) | 1 | Mandiri | |
| 4. | Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram) | 0 | Tergantung pertolongan orang lain | |
| | | 1 | Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 5. | Makan | 0 | Tidak mampu | |
| | | 1 | Perlu ditolong memotong makanan | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 6. | Berubah sikap dari berbaring ke duduk | 0 | Tidak mampu | |
| | | 1 | Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) | |
| | | 2 | Bantuan (2 orang) | |
| | | 3 | Mandiri | |
| 7. | Berpindah/berjalan | 0 | Tidak mampu | |
| | | 1 | Bisa (pindah) dengan kursi roda | |
| | | 2 | Berjalan dengan bantuan 1 orang | |
| | | 3 | Mandiri | |
| 8. | Memakai baju | 0 | Tidak mampu | |
| | | 1 | Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju) | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 9. | Naik turun tangga | 0 | Tidak mampu | |
| | | 1 | Butuh pertolongan | |
| | | 2 | Mandiri | |
| 10. | Mandi | 0 | Tergantung orang lain | |
| | | 1 | Mandiri | |
| | Total skor | | | |

Kategori tingkat ketergantungan pasien:

Keterangan:

20 = Mandiri

12 – 19 = Ketergantungan ringan

9 – 11 = Ketergantungan sedang

5 – 8 = Ketergantungan berat

0 – 4 = Ketergantungan total

Masalah Keperawatan :

.....

6. Pemeriksaan Kepala

Finger print di tengah frontal : () Terhidrasi () Dehidrasi

Kulit kepala () Bersih () Luka

Rambut :

Penyebaran :
 Warna :
 Mudah patah :
 Bercabang :
 Cerah / kusam :
 Kelainan :

Mata:

Sklera : () Putih () Ikterik
 Konjungtiva : () Merah muda () Anemia
 Palpebra : () Tidak ada edema () Edema
 Kornea : () Jernih () Keruh
 Reflek cahaya : () + () -
 TIO :

Pupil : () Isokor () anisokor ()
 diameter
 Visus : OSOD
 Kelainan :

Hidung :

Pernafasan Cuping hidung: () Ada () Tidak ada
 Posisi septum nasi: () Ditengah () Deviasi
 Lubang hidung:
 Ketajaman penciuman:
 Kelainan :

Rongga Mulut :

Bibir : Warna

Gigi geligi :



Lidah : Warna

Mukosa: () Lembab () Kering ()

Stomatitis

Tonsil: Ukuran

Uvula: Letak () Simetris Ditengah () Deviasi

Telinga:

Daun/pina telinga :

Kanalis telinga :

Membran Timpani Cahaya politser

Ketajaman pendengaran :

Tes weber : 256 Hz

Tes Rinne : 512 Hz

Tes Swabach : 512 Hz

Telinga kiri

Telinga kanan

Kesimpulan

Masalah Keperawatan :

.....

7. Pemeriksaan Leher

Kelenjar getah bening : () Teraba () Tidak teraba
 Tiroid : () Teraba () Tidak teraba
 Posisi trakea : () Letak di tengah () Deviasi ke arah
 JVP :cmH₂O
 Masalah Keperawatan :

.....

8. Pemeriksaan Thorak : Sistem Pernafasan

- a. Keluhan: Sesak nyeri waktu bernafas
 Batuk Produktif Tidak produktif
 Sekret: Konsistensi :
 Warna: Bau :
- b. Inspeksi
 Bentuk dada simetris simetris barrel chest
 Funnel chest Pigeons chest
 Frekuensi:
 Irama nafas : teratur tidak teratur
 Pola pernafasan : Dispnoe Kusmaul
 Cheyne Stokes
 Bradipnae Takipnea
 Hyperventilasi
 Pernafasan cuping hidung: Ada Tidak
 Otot bantu pernafasan : Ada Tidak
 Usaha nafas: Posisi duduk menunduk
 Alat bantu nafas: Ya Tidak
 JenisFlow.....lpm
- c. Palpasi
 Vocal premitus : anterior dada
 Posterior dada.....
 Ekspansi paru : anterior dada
 Posterior dada
 Kelainan
 Krepitasi Deviasi trakea Trakeostomy
- d. Perkusi : Sonor Redup Pekak Hipersonor/timpani
 Batas Paru Hepar :

- e. Auskultasi:
 Suara Nafas : Vesikuler Bronko vesikuler
 Ronki Wheezing Suara nafas
 tambahan lainnya:
 Suara Ucapan:.....
- f. Penggunaan WSD :
 1. Jenis :
 2. Jumlah Cairan :
 3. Undulasi :
 4. Tekanan :
 Masalah Keperawatan:

9. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskuler

- a. Keluhan: Nyeri dada Ada Tidak
 P:
 Q:
 R:
 S:
 T:
- b. Inspeksi:
 CRT :detik
 Sianosis :
 Ujung jari: Jari tabuh
- c. Palpasi :
 ictus cordis
 Akral () hangat () panas () dingin ()
 Kering () basah
- d. Perkusi:
 Batas Atas :
 Batas Bawah:.....
 Batas Kanan :
 Batas Kiri :
- e. Auskultasi :
 BJII – Aorta :
 BJ II – Pulmunal :
 BJ I – Trikuspidalis :
 BJ I – Mitral :
 Bunyi jantung tambahan :
 Kelainan :
- f. CVP :
 g. CTR :

h. ECG & Interpretasinya :

Lain-lain :

.....

Masalah Keperawatan :

.....

10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB

BB : TB : IMT : ----- =kg m²

Kategori :(TB m)²

| <i>Parameter</i> | Skor |
|---|------|
| Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ? | |
| a. Tidak ada penurunan berat badan | 0 |
| b. Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar | 1 |
| c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut: | 2 |
| 1 – 5 kg | 1 |
| 6 – 10 kg | 2 |
| 11 – 15 kg | 3 |
| > 15 kg | 4 |
| Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan | |
| a. Ya | 1 |
| b. Tidak | 0 |
| Total Skor | |

Keterangan: Bila skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor ≤ 2, skrining ulang 7 hari.

BAB :x hari terakhir tanggal:

Konsistensi : keras lunak cair lendir/darah

Diet : padat lunak cair

Jenis diet :

Nafsu makan : baik menurunfrekuensi :x/hari

Porsi makan : habis tidak

Keterangan lainnya:

Abdomen

Inspeksi :

Bentuk :

Bayangan vena :

Benjolan / massa :

Luka operasi : ada tidak Tanggal operasi :

Jenis operasi :

Keadaan : Drain baik tidak

Jumlah :

Warna :

Kondisi area sekitar insersi:

Auskultasi : Peristaltik :x/menit

Palpasi : tegang kembung ascites
 Nyeri tekan : ya tidak Titik Mc Burney:
 Massa :
 Hepar :
 Ginjal :

Perkusi:
 Pemeriksaan ascites: undulasi: Sfiting Dullnes:
 Ginjal : nyeri ketuk ada tidak
 Masalah Keperawatan

11. Sistem Persyarafan

a. Memori : Panjang Pendek
 b. Perhatian : Dapat mengulang Tidak dapat mengulang
 c. Bahasa : Baik Tidak (ket:.....)
 d. Kognisi : Baik Tidak
 e. Orientasi : Orang Tempat Waktu
 f. Saraf sensori : Nyeri tusuk Suhu Sentuhan
 Lainnya:
 Saraf koordinasi (cerebral) : Ya Tidak

Tingkat kekuatan reflek:

g. Refleks Fisiologis Patella 0 1 2 3 4 0 = tidak ada reflek
 Achilles 0 1 2 3 4 1 = hipoaktif
 Bisep 0 1 2 3 4 2 = normal
 Trisep 0 1 2 3 4 3 = hiperaktif
 Brakioradialis 0 1 2 3 4 4 =hiperaktif

h. Refleks patologis: babinsky brudzinsky kernig

i. Keluhan pusing : Ya Tidak

j. Istirahat tidur:jam/hari Gangguan tidur:

k. Pemeriksaan saraf kranial

N1 : Normal Tidak Ket:
 N2 : Normal Tidak Ket:
 N3 : Normal Tidak Ket:
 N4 : Normal Tidak Ket:
 N5 : Normal Tidak Ket:
 N6 : Normal Tidak Ket:
 N7 : Normal Tidak Ket:
 N8 : Normal Tidak Ket:
 N9 : Normal Tidak Ket:

- N10 : Normal Tidak Ket:
 N11 : Normal Tidak Ket:
 N12 : Normal Tidak Ket:

Masalah Keperawatan :

12. Sistem Perkemihan

- a. Kebersihan : Bersih Kotor
- b. Keluhan kencing: Nokturi Inkontinensia
 Gross hematuri Poliuria
 Disuria Oliguria
 Retensi Hesistensi
 Anuria
- c. Kemampuan berkemih
 Spontan Alat bantu, sebutkan:
 Jenis :
 Ukuran :
 Hari ke :

- d. Produksi urine :ml/hari Warna : Bau:
 e. Kandung kemis : Membesar ya tidak
 Nyeri tekan ya tidak

f. Balance cairan:

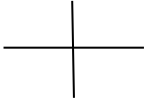
| Intake | | Output | |
|-----------------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|
| Minum peroral | :ml/hr | Urine (0,5 – 1 ml/kg/BB/jam) | :ml/hr |
| Cairan infus | :ml/hr | Drain | :ml/hr |
| Obat IV | :ml/hr | IWL (10 – 15 ml/kg/BB/24 jam) | :ml/hr |
| NGT | :ml/hr | Diare | :ml/hr |
| Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari) | :ml/hr | Muntah | :ml/hr |
| | | Perdarahan | :ml/hr |
| | | Feses (1x = 20 ml/hari) | :ml/hr |
| Total | :ml/hr | Total | :ml/hr |

Balance cairan/hari perawatan:

.....

Masalah Keperawatan :

13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen

- a. Pergerakan sendi : Bebas Terbatas
- b. Kekuatan otot: 
- c. Kelainan ekstremitas: ya tidak
- d. Kelainan tulang belakang : ya tidak
- e. Fraktur : ya tidak
- f. Traksi / spalk / gips : ya tidak
- g. Kompartemen syndrome : ya tidak
- h. Kulit : ikterik sianosis kemerahan
hiperpigmentasi
- i. Turgor: baik kurang jelek
- j. Luka : Tidak ada
- Luas luka panjang cm Diametercm
- Derajat luka :
- Warna dasar luka merah kuning
hitam
- Tipe eksudat/cairan luka :
- Goa : ada, ukuran
- Tepi luka :
- Jaringan granulasi :%
- Warna kulit sekitar luka :
- Edema sekitar luka :
- Tanda-tanda infeksi : Tidak Ya
- Lokasi: beri tanda X
- k. Edema eksktremitas:
- l. Pitting edema : +/- grade :
- Ekstremitas atas:
- | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------------|
| RU | +1 | +2 | +3 | +4 | LU | +1 | +2 | +3 | +4 | Penilaian Edema: |
| RL | +1 | +2 | +3 | +4 | LL | +1 | +2 | +3 | +4 | +1 : kedalaman 1 – |
- 3 mm, waktu kembali 3 detik
- Ekstremitas bawah:
- | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------------|
| RU | +1 | +2 | +3 | +4 | LU | +1 | +2 | +3 | +4 | +2 : kedalaman 3 – |
| RL | +1 | +2 | +3 | +4 | LL | +1 | +2 | +3 | +4 | +3 : kedalaman 5 – |
- 5 mm, waktu kembali 5 detik
- 7 mm, waktu kembali 7 detik
- 7 mm, waktu kembali 7 detik
- 7 mm, waktu kembali 7 detik
- Orther:
- m. Ekskoriasis : ya tidak
- n. Psoriasis : ya tidak
- o. Urtikaria : ya tidak

p. Lain-lain:

.....

Penilaian risiko decubitus:

| Aspek yang dinilai | KRITERIA YANG DINILAI | | | | NILAI |
|---|-----------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Persepsi Sensori | Terbatas Sepenuhnya | Sangat Terbatas | Keterbatasan Ringan | Tidak Ada Gangguan | |
| Kelembaban | Terus Menerus Basah | Sangat Lembab | Kadang-kadang Basah | Jarang Basah | |
| Aktivitas | Bedfast | Chairfast | Kadang-kadang Jalan | Lebih Sering Jalan | |
| Mobilisasi | Immobile Sepenuhnya | Sangat Terbatas | Keterbatasan Ringan | Tidak Ada Keterbatasan | |
| Nutrisi | Sangat Buruk | Kemungkinan Tidak Adekuat | Adekuat | Sangat Baik | |
| Gesekan & Pergeseran | Bermasalah | Potensial Bermasalah | Tidak Menimbulkan Masalah | | |
| Note: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus (<i>Pressure ulcers</i>) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk) | | | | TOTAL NILAI | |

Kategori pasien :

Masalah Keperawatan :

14. Sistem Endokrin

- Pembesaran kelenjar tyroid: ya tidak
- Pembesaran kelenjar getah bening: ya tidak
- Pankreas: ya tidak
- Trias DM: ya tidak
- Hipoglikemia: ya tidak Nilai GDA:
- Hiperglikemia: ya tidak Nilai GDA:
- Kondisi kaki DM:
- Luka ganggren ya tidak
- Jenis luka :
- Lama luka :
- Warna :
- Luas luka :
- Kedalaman :
- Kulit Kaki :
- Kuku Kaki :
- Telapak Kaki :
- Jari Kaki :

- Infeksi : ya tidak
- Riwayat luka sebelumnya : ya tidak
- Tahun :
- Jenis luka :
- Lokasi :
- Riwayat amputasi sebelumnya : ya tidak
- Jika Ya
- Tahun :
- Lokasi :
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

15. Seksualitas dan Reproduksi

- a. Payudara : benjolan : ada/tidak *
- Kehamilan : ya/tidak *
- HPHT
- b. Genetalia :
- Wanita : flour albus : ya/tidak *
- Prolaps uteri : ada/tidak *
- Pria : masalah prostat/kelainan: ada/tidak *

Masalah Keperawatan :

16. Keamanan Lingkungan

Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)

| Faktor Risiko | Skala | Skor | |
|---|---|-------|---------|
| | | Hasil | Standar |
| Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir | Ya | | 25 |
| | Tidak | | 0 |
| Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa | Ya | | 15 |
| | Tidak | | 0 |
| Menggunakan alat bantu | Berpegangan pada benda-benda sekitar | | 30 |
| | Kruk, tongkat, walker | | 15 |
| Menggunakan IV dan cateter | Bedrest/dibantu perawat | | 0 |
| | Ya | | 20 |
| Kemampuan berjalan | Tidak | | 0 |
| | Gangguan (pincang/diseret) | | 20 |
| Status mental | Lemah | | 10 |
| | Normal/bedrest/imobilisasi | | 0 |
| | Tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam | | 15 |
| | Orientasi sesuai kemampuan diri | | 0 |
| Total skor | | | |

Kesimpulan : Kategori pasien :

Risiko = ≥ 45

Sedang = 25 – 44

Rendah = 0 – 24

Masalah Keperawatan :

PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

a. Persepsi klien terhadap penyakitnya

- Cobaan Tuhan Hukuman Lainnya

b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya

- Murung/diam Gelisah Tegang

Marah/mena s

c. Reaksi saat interaksi

- Kooperatif Tidak

Curiga

d. Gangguan Konsep Diri

- ya Tidak

Masalah Keperawatan :

PERSONAL HYGIENE & KEBIASAAN

a. Mandi :x/hari

f. Ganti pakaian :x/hari

b. Keramas :x/hari

g. Sikat Gigi :x/hari

c. Memotong kuku :

d. Merokok: ya Tidak

e. Alkohol: ya Tidak

Masalah Keperawatan :

PENGKAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah

a. Sebelum sakit: Sering Kadang-kadang Tidak pernah

b. Selama sakit: Sering Kadang-kadang Tidak pernah

PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Radiologi, EKG, USG)

| Tanggal | Jenis pemeriksaan | Hasil |
|---------|-------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

OBAT YANG DITERIMA

| Nama Obat | Dosis | Nama Obat | Dosis |
|------------------|--------------|------------------|--------------|
| 1. | | 6. | |
| 2. | | 7. | |
| 3. | | 8. | |
| 4. | | 9. | |
| 5. | | 10. | |

Balikpapan,2020

Perawat.

*Lampiran 3***ANALISA DATA**

Nama Pasien :
Umur :

Jenis Kelamin :
Ruangan :

| No. | Data (DO & DS) | Masalah | Penyebab |
|-----|----------------|---------|----------|
| | | | |

*Lampiran 4***DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

| No. | Diagnosa Keperawatan | Tanggal ditemukan | Tanggal Teratasi |
|-----|----------------------|-------------------|------------------|
| | | | |

*Lampiran 5***PERENCANAAN**

Nama Pasien :
Umur :

Jenis Kelamin :
Ruangan :

| No | Hari/Tgl/Jam | Diagnosa Keperawatan | Tujuan & Kriteria Hasil | Rencana Tindakan |
|----|--------------|----------------------|-------------------------|------------------|
| | | | | |

*Lampiran 6***PELAKSANAAN TINDAKAN**

Nama Pasien :
Umur :

Jenis Kelamin :
Ruangan :

| No | Hari/Tgl/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|----|--------------|----------------------|----------|
| | | | |

Lampiran 7


EVALUASI
(CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN)

Nama Pasien :
Umur :


Jenis Kelamin :
Ruangan :

| No. | Hari/Tgl/Jam | Dx. Kep. | Evaluasi (S O A P) |
|-----|--------------|----------|--------------------|
| | | | |

Lampiran 8



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



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

Format Pengkajian Dewasa

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

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. A.D Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Umur/Tanggal Lahir : 65/Ende, 28-03-1959 Status : Kawin (Duda)
 Agama : Katholik Perkawinan :
 Pendidikan Terakhir : SMP Suku Bangsa : Ende/Indonesia
 Alamat : Jln. Damai, No. 25, Kel. Oebobo Pekerjaan : Wiraswasta

Identitas Penanggung

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

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama Batuk, Demam TB, napsu makan ↓
 • Kapan Sejak 4 hari yg lalu
 • Lokasi

2. Riwayat Keluhan Utama

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

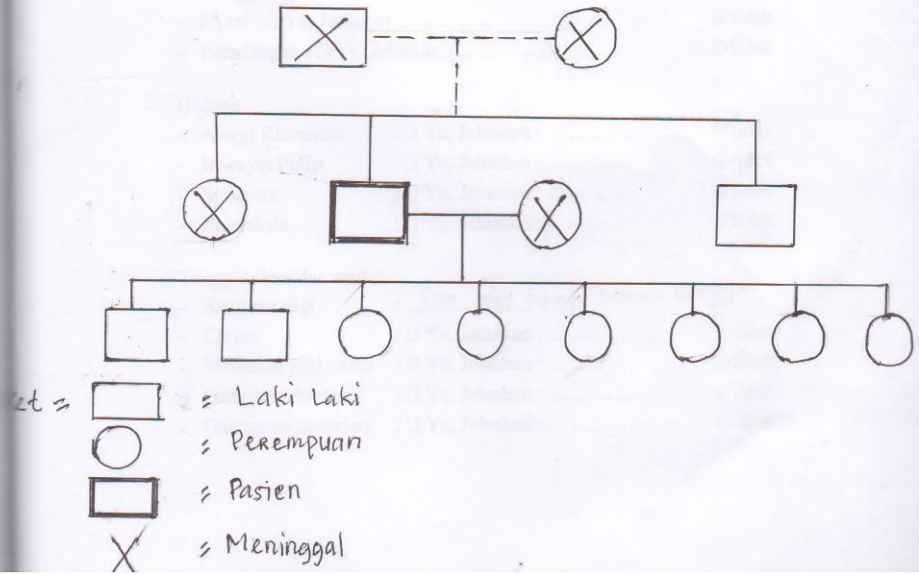
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya , Sebutkan klien pernah mengalami sakit jantung
 - Cara Mengatasi : *Kel... Larikan ke UGD RSB tempat Rutin klien berobat*
 - Tidak
- Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis Waktu
 - Cara Mengatasi :
 - Tidak
- Riwayat Operasi
 - Ya , Jenis Waktu
 - Tidak

4. Kebiasaan

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

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



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital
- Tekanan darah : $110/70$ mmHg - Nadi : 62 x/mt
 - Pernapasan : 24 x/mt - Suhu badan : $38.6^{\circ}C$
2. Kepala dan leher
- Kepala
 - Sakit kepala : *tidak batuk* Pusing : *tidak Demam mulai naik*
 - ya tidak
 - Bentuk, ukuran dan posisi:
 - normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, Jelaskan : tidak ada
 - Masa : ada, Jelaskan : tidak ada
 - Observasi Wajah : simetris asimetri, Jelaskan
 - Penglihatan : *Dbn*
 - Konjungtiva : *Merah muda*
 - Sklera : *Dbn*
 - Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : tidak
 - Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : tidak
 - Nyeri : *tidak*
 - Peradangan :
 - Operasi :
 - Jenis :
 - Waktu :
 - Tempat :
 - Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : tidak
 - Nyeri : Ya, Jelaskan : tidak
 - Peradangan : Ya, Jelaskan : tidak
 - Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya, Jelaskan : tidak
 - Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : tidak
 - Sinusitis : Ya, Jelaskan : tidak
 - Epistaksis : Ya, Jelaskan : tidak
 - Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : *Dua gigi bagian bawah tanggal*
 - Caries : Ya, Jelaskan : tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : tidak
 - Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : tidak
 - Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : tidak

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

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

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

- Pola makan : Pagi bubur, Siang & malam makan nasi Cakak.
- Frekuensi makan : 3x1 sehari
- Nafsu makan : baik
- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : Ikan & sayur
- Banyaknya minuman dalam sehari : +1000 cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Alkohol & Babi serta anjing
- BB : 54. kg TB : 165. cm
- Kenaikan/Penurunan BB : ↑.kg, dalam waktu: 3 hari Ranap → 56 kg

2. Perubahan selama sakit : Bertambah baik

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

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

b. Perubahan selama sakit : Membaik

2. Buang air besar (BAB)

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

Konsistensi : Lembek
b. Perubahan selama sakit : Membaik

C. Olah raga dan Aktivitas

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

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21⁰⁰
- Bangun jam : 03³⁰
- Tidur siang jam : 14⁰⁰ (Baring)
- Bangun jam : 14¹⁵
- Apakah mudah terbangun : Jika batuk & Bising
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman :

Pola Interaksi Sosial

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

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

- Kegiatan Keagamaan/ Spiritual**
1. Ketaatan menjalankan ibadah : Ketaatan menjalankan ibadah ^{ibadah ke} gereja tiap hari
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : ^{ibadah ke} ibadah dari rumah ke rumah

- Keadaan Psikologis Selama Sakit**
1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Optimis
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Ada peningkatan kes sth para i ke yankee
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Komunikasi terbuka merespon dg baik

Data Laboratorium & Diagnostik
a. Pemeriksaan Darah

| No | Jenis Pemeriksaan | Nilai Normal | Hasil Pemeriksaan | | | |
|----|-------------------|------------------|-------------------|-------|--|--|
| | | | Tanggal | | | |
| | WBC | 5.00 - 10.00 | 19-07-19 | 7-30 | | |
| | HGB | 14.0 - 17.9 | | 14.7 | | |
| | HCT | 45.0 - 52.0 | | 43.1 | | |
| | PLT | 150 - 400 | | 215 | | |
| | Ur | 10 - 50 mg/dl | | 18 | | |
| | Cr | 0.6 - 1.3 mg/dl | | 0.6 | | |
| | BDS | (SD - 120 mg/dl) | | 102 | | |
| | Elektrolit, Na | 136 - 145 | | 142 | | |
| | K | 3.50 - 5.30 | | 3.32 | | |
| | Cl | 97.0 - 111.0 | | 108.7 | | |
| | Ca | 1.120 - 1.320 | | 1.150 | | |

b. Pemeriksaan faeces:

| No | Jenis Pemeriksaan | Nilai Normal | Hasil Pemeriksaan | | | |
|----|-------------------|--------------|-------------------|--|--|--|
| | | | Tanggal | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

c. Pemeriksaan urine:

| No | Jenis Pemeriksaan | Nilai Normal | Hasil Pemeriksaan | | | |
|----|-------------------|--------------|-------------------|--|--|--|
| | | | Tanggal | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Diagnostik Test

- 1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut :
 -
 -
 -
 - b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :
 -
 -
 -
 - c. Cholescystogram :
 -
 -
 -
 - d. Foto colon :
 -
 -
 -

- 2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
 - Ultrasonographi :
 -
 -
 -

Biopsy :

Colonoscopy :

DII :

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

- Pembedahan

- Obat

- IVFD RL 20 tpm - AZITHROMYCIN 1x500mg
 - ASPIRIN 2x1 - AMBROXOL 3x1 tab
 - Ins. Lantus 2x1 Amp/IV
 - Ins. PUMPICEL 2x40mg/IV

- Lain-lain

Lab: s.d.t, GDS, Ur, er,
 - Elektrolit
 - EKG
 - Thorax PA

ANALISA DATA

| DATA DATA | MASALAH | PENYEBAB/ETIOLOGI |
|--|---|---------------------------|
| Data Subyektif: Pasien mengatakan bahwa batuk sejak 4 hari yang lalu | Ketidak efektifan jalan napas | Penumpukan secret |
| Data Obyektif: - Suhu : 38.6°C - RR : $24\text{x}/\text{menit}$ - Wheezing (+) | | |
| Data subyektif: Pasien mengatakan mual, tdk makan sejak 4 hari yang lalu | Pemenuhan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | Intake yang tidak adekuat |
| Data Obyektif: - Makanan yg disajikan cuma habi 1/4 porsi - pasien nampak lemas - Mucosa bibir kering - BB = 54 kg - TB = 165 cm | | |

DIAGNOSA KEPERAWATAN

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

3. INTERVENSI KEPERAWATAN

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

4. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

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

| TGL | DIAGNOSA KEPERAWATAN | WAKTU | IMPLEMENTASI | EVALUASI |
|------------|---|------------------|--|--|
| 16-07-2019 | ketidak efektifan jalan napas b/d penumpukan secret | 08 ⁰⁰ | 1. Memantau status pernapasan pasien tiap 4 jam - RR/20x/menit | S= Pasien mengatakan batuk berkurang O= Wheezing ⊕ RR/20x/mnt. |
| | | 08 ¹⁵ | 2. Mempertahankan posisi Fowler/ semi Fowler. | A= Masalah teratasi sebagian P= Intervensi lanjut. |
| | | 08 ²⁰ | 3. Memberikan O ₂ jika perlu | |
| | | 02 ⁰⁰ | 4. Memberikan obat - Ambroxol 30 mg - Azitromycin 500mg | |
| 16-07-2019 | pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yg tidak adekuat | 08 ⁰⁰ | 1. Memanta jumlah makanan yang dikonsumsi habis hanya 1/2 porsi | S= pasien mengatakan mual ber ⊖ O= Makanan yg disajikan habis 1/2 porsi |
| | | 08 ¹⁵ | 2. Menimbang BB/ hari (BB=55 kg) | A= Masalah teratasi sebagian |
| | | 10 ³⁰ | 3. Menganjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering (makan tiap jam) | P= Intervensi lanjutkan. |
| | | 12 ⁰⁰ | 4. Menganjurkan pasien untuk konsumsi makanan TKP - 3 butir putih telur dan susu / hari | |

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

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara, Observasi dan pemeriksaan fisik pada tanggal 14 Juni 2019 jam 17.00 Wita dengan hasil sebagai berikut : **Identitas Pasien/Keluarga** Kasus ini diambil di ruangan Cendana RS Bhayangkara Drs.Titus Ully Kupang pada tanggal 14 Juni 2019 Pasien yang dirawat berinisial Tn.A.D Umur 65 tahun, jenis kelamin Laki-Laki, Suku Ende, Agama Kristen Khatolik, Pekerjaan Wiraswasta, Pendidikan SMP, Alamat Jln.Damai No.25 Kelurahan Oebobo, status perkawinan Menikah (duda). No MR: 105832, penanggung jawab BPJS. **Keluhan utama:** Pasien mengatakan batuk disertai sesak, demam $\uparrow\downarrow$ dan napsu makan menurun. **Riwayat Keluhan Utama :** Pasien mengatakan sejak 4 hari yang lalu batuk disertai sesak, demam $\uparrow\downarrow$ dan napsu makan menurun, lalu keluarga membawa pasien pergi berobat ke RS Bhayangkara Drs.Titus Ully Kupang pada tanggal 14 Juni 2019. **Keluhan Saat Dikaji :** Pasien mengatakan batuk, demam $\uparrow\downarrow$ dan napsu makan menurun dan hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ dari porsi makan yang diberikan. **Riwayat Keluarga :** Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit seperti dirinya. **Genogram (Tiga generasi diatas pasien) :** Tn. A.D adalah anak ke dua dari empat bersaudara terdiri dari dua laki-laki dan dua perempuan. Tn. A.D dan istri memiliki delapan orang anak terdiri dari dua laki-laki dan enam perempuan. Orangtua dari Tn. A.D sudah meninggal.

Observasi Keadaan umum sedang, Kesadaran Composmentis, GCS: E4V5M6, Tekanan darah : 110/70 mmHg, Nadi : 62 x/Menit, Suhu : $38,6^{\circ}\text{C}$, Respirasi rate: 24x/Menit. TB: 165 Cm, BB :45 Kg, BB ideal : kg,

Pasien tampak kurus, pucat, akral teraba panas, bagian ekstermitas kiri atas terpasang infus RL 20 tetes/menit. Tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak ada edema, ada nyeri tekan dibagian dada kiri atas, terdengar suara whezing, terdapatcairan/secret.

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

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

Pola eliminasi sebelum sakit : Pasien mengatakan kebiasaan BAK tiga kali sehari dengan produksi urinnya kurang lebih 1500 cc/jam dan BAB dua kali sehari konsistensi lembek dan warna kuning, Sesudah sakit : kebiasaan BAK tiga kali sehari dengan produksi urinnya 1200 cc/jam. dan BAB satu sampai dua kali sehari konsistensi lembek dan warna coklat. Psikososial hubungan sosial baik, dukungan keluarga aktif, dukungan

teman serta masyarakat aktif, reaksi saat interaksi kooperatif. Spiritual keyakinan akan penguasa kehidupan yaitu Tuhan, Sumber kekuatan saat sakit hanya pada Tuhan. Ritual agama yang sering dilakukan yaitu ibadah.

Pemeriksaan penunjang, Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 14 July 2019 : Darah lengkap, gula darahsewaktu, ureum, creatinin, elektrolit, urine lengkap, EKG, foto Thorax. Terapi medik : RL 20 tpm, Aspar K 2x1 tablet, Lapibal 2x1 ampul, Azitromycin 1x500 mg, Ambroxol 3x1tablet.

*Lampiran 9***TINJAUAN KASUS****Pengkajian.**

TanggalPengkajian : 6 Juni2018

JamPengkajian : 09.00WIB

1. IdentitasKlien

Nama : Tn.B

Umur : 79tahun

JenisKelamin : Laki-laki

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

Status :Menikah

Agama :Islam

Suku :Caniago

Pekerjaan : PensiunanGuru

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:

| | |
|---|---|
| 5 | 4 |
| 5 | 4 |

b. Riwayat kesehatandahulu.

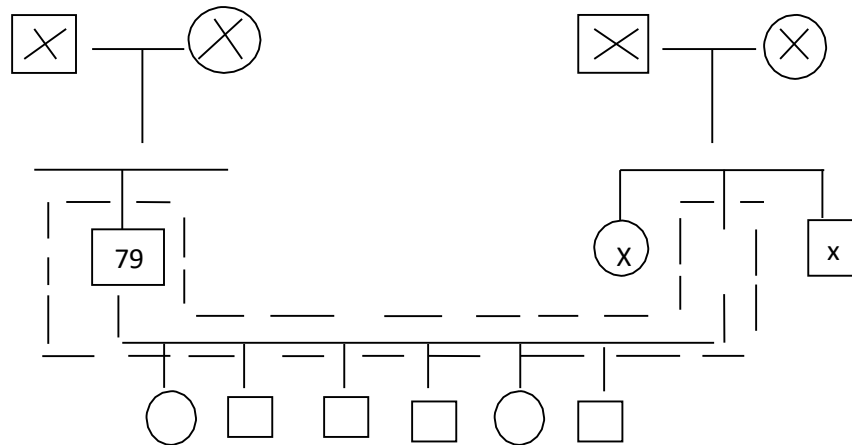
Anak klien mengatakan klien pernah di rawat pada tahun 2016 dengan panas tinggi di rumah sakit Lubuk Basung selama ± 1 minggu, anak klien mengatakan klien pernah jatuh ± 5 bulan yang lalu sejak saat itu pendengaran klien mulai terganggu dan anak klien mengatakan klien bicara pelo sajak ± 1 bulan sebelum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

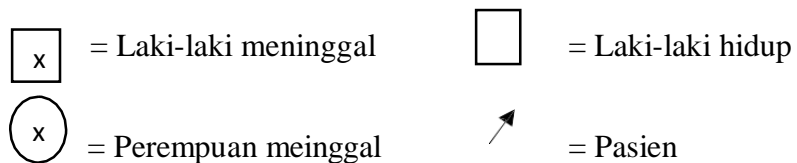
c. Riwayat KesehatanKeluarga

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



=Perempuanhidup-----= Tinggalserumah

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 M6)

BB/TB : BB sakit 40 kg / 158Cm

BB sakit 50kg

Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 120/70mmHg

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 padamata.

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 secret, 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 getahbening.

c. Thorak

a) Paru-paru

- Inspeksi : Dada klien tampak simetris kiridan

kanan, pernafasan klien tampak dangkal, RR : 26 x/ menit (*tachypnea*), klien tidak terpasang O₂, klien tidak menggunakan otot bantu pernafasan, klien terpasangelektroda.

- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak adateraba massa atau benjolan, *fremitus traktil* terasa bergetar pada bagian kiri dan kanan.

- Perkusi : Terdengar bunyiredup.

- Auskultasi : *Ronchi*

b) Jantung

- Inspeksi : Dada klien tampak simetris kiridan kanan, Ictus cordis tampak jelas, tidak terdapat lesi, tidak tampak odema.
- Palpasi : Denyutan jantung teraba jelas,tidak terabaadanya pembengkakan, ichtus cordisteraba.
- Perkusi : Terdengar bunyipekak
- Auskultasi : Terdengar bunyi jantung 1 dan 2(dup dan lup).

d. Abdomen

- 1) 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 yanglain.
- 2) Auskultasi : Bising usus8x/menit
- 3) Perkusi : Terdengar suaratimpani.
- 4) Palpasi : Hepar tidak teraba, tidak ada nyeritekan.

e. Punggung

Punggung klien tampak tidak ada lesi dan luka dekubitus.

f. Ekstremitas

1) 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.

2) Bawah

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

Kekuatan Otot :

| | |
|---|---|
| 5 | 4 |
| 5 | 4 |

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 langsungjatuh.

g. Genetalia

Pada saat melakukan pengkajian klien tampak terpasang kateter, urin klien tampak berwarna kemerahan karna faktor pengeruh 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 trochlearis* 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 Abdusen* 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.

NVIII: 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, dank lien mampu mengangkat bahu bagian kanan, karena tidak ada kelainan.

N XII : Pada saat dilakukan pengakajian pemeriksaan *nervus hipoglosus* 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 alfaktorius, nervus optikus, nervus trokhlearis, nervus okulomotorius* dan *nervus Abdusen, nervus vestibulocochlearis, nervus glosofaringius* dan *nervus vagus* dengan hasil klien bicara tidak jelas/pelo, klien tersedak saat minum, lidah klien deviasi ke kiri, fungsi pendengaran klien mengalamigangguan.

5. Data biologis.

| NO | AKTIFITAS | SEHAT | SAKIT |
|----|-------------------------------|---------------------|---------------------------------------|
| 1 | Makan dan Minum | | |
| | Makan | | |
| | - Menu | Nasi + lauk | MC (susu) |
| | - Porsi | 1 piring | 3 sendok |
| | - Makankesukaan | Bubur kacang hijau. | Bubur kacang hijau |
| | - Pantangan | Tidak ada | Tidak ada |
| | - Cemilan | Roti | Roti dan buah. |
| | Minum | | |
| | - Jumlah | ± 5 gelas sehari | ± 3 gelas sehari |
| | - Minumankesukaan | 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 | khasCai |
| | - Konsistensi | Cair | r |
| | - Kesulitan | Tidak ada | Tidak ada |
| 3 | Istirahat dantidur | | |
| | - Waktutidur. | Siang dan malam | Pagi, Siang dan malam |
| | - Lamatidur | ± 8 jam | ± 10 jam |
| | - Waktubangun. | Subuhhari | Malam hari dan pagihari. |
| | - Hal yang mempermudah bangun | Tidak ada | Tidak ada |
| | - Kesulitan | Tidakada | Tidak ada |

| | | | | |
|----------|------------------------|--|--|-----------------------|
| 4 | Personalhygiene | | | |
| | - Mandi | | 2 kalisehari | 1 kali sekali (dilap) |
| | - Cucirambut | | Setiap hari | Belumada |
| | - Gosokgigi | | 2 kalisehari | Belum ada |
| | - Potongkuku | | 1 kali semiggu | Belumada |
| 5 | Rekreasi | | | |
| | - Hobby | | Olah raga | Tidak ada |
| | - Minatkhusus | | Tidakada | Tidak ada |
| | - Penggunaan waktu | | Berkumpul dengan keluarga | Tidur |
| 6 | Ketergantungan | | | |
| | - Merokok | | Sudah berhenti \pm 2 tahun yang lalu | Tidak ada |
| | - Minum | | Tidak ada | Tidak ada |
| | - Obat-obatan | | Tidak ada | Iya |

Table 3.1 Data biologis.

6. RiwayatAlergi

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

7. DataPsikologis

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 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) Konsepdiri

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 pertahananandiri

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. DataSosial

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 bagiklien

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 di rumah 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 mengatakan yakin terhadap penyembuhan 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/dl | L : 14 - 17,5gr/dl P : 12 - 15,3gr/dl |
| 2. | Leukosit | 15.900 | mm ³ /jam | 5.000-10.000 mm ³ /jam |
| 3. | Eritrosit | 3,55 | Juta | L : 4,5 - 5,5juta P : 4,0 - 5,0juta |
| 4. | Trombosit | 306.000 | Ribu | 150 - 400 ribu |
| 5. | hematokrit | 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 |
|----|--------------|-------------|--------------------------------------|
| 1 | Fluimucil | 3 x 3ml | Jam 06 jam 12 jam 18 |
| 2 | Ranitidin | 2 x 2ml | Jam 06 Jam 18 |
| 3 | Ceftriaxson | 2 x 1 gr | Jam 06 Jam 18 |
| 4 | Nacl 0,9 % | 20 tpm | Per 8 jam |
| 5 | Condistatin | 4 x 1 ml | Jam 06 jam 12 jam 18 jam 24 |
| 6 | Azithromycin | 1 x 500 mg | Jam 12 |
| 7 | Simvastatin | 1 x 20 ml | Jam 22 |
| 8 | Bisoprolol | 1 x 1,25 mg | Jam 06 |
| 9 | Nospirinal | 1 x 80 mg | Jam 13 |
| 10 | Pirasetamam | 3 x 800 mg | Jam 06 jam 12 jam 18 |
| 11 | Paracetamol | 500 ml | Jika Demam |
| 12 | Levofloxacin | 750 ml | Per 8 jam |
| 13 | Fosmicin | 2 x 2 gr | Jam 06 jam 18 |

12. Data Fokus

1) Data Subjektif (DS).

- a) Anak klien mengatakan nafsu makan klien menurun.
- b) Anak klien mengatakan aktivitas klien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah klien yang kiri mengalami kelemahan.
- c) Anak klien mengatakan klien pernah jatuh ± 5 bulan yang lalu sejak saat itu pendengaran klien mulai terganggu
- d) Anak klien mengatakan klien bicara pelo sejak ± 1 bulan sebelum masuk rumah sakit,
- e) Selama di rumah semua aktivitas klien di bantu seperti ke kamar mandi di

gendong, duduk di bantu dan mandi di mandikan.

- f) Anak klien mengatakan kaki klien bengkak.
- g) Anak klien mengatakan klien batuk sekali-sekali.
- h) Anak klien mengatakan klien batuk kering.
- i) Anak klien mengatakan klien pernah dirawat sebelumnya pada tahun 2016.
- j) Anak klien mengatakan klien ada menkomsumsi obat 6 bulan.
- k) Anak klien mengatakan klien berbicara tidak jelas sejak ± 1 bulan ini.
- l) Anak klien mengatakan klien mengguk oksigen bila klien sesak saja.
- m) Anak klien mengatakan klien belum gosok gigi.
- n) Anak klien mengatakan klien belum potong kuku.

2) Data Objektif (DO).

- a) Klien tampak batuk sekali-sekali.
- b) Klien tampak batuk tidak berdahak.
- c) Umur : 79 tahun
- d) Klien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu.
- e) Diet klien MC (susu).
- f) Diet klien tampak habis 3 sendok.
- g) Tekanan darah 120/70 mmHg
- h) Nadi 87x/menit.
- i) Pernapasan 26 x/menit
- j) Suhu 36,5°C.
- k) pernafasan klien tampak dangkal
- l) BB sakit 40 kg bb sehat 50kg.
- m) Telinga klien tampak tidak berfungsi dengan normal.
- n) Gigi klien tampak ada sisa-sisa makan.
- o) Kuku klien tampak kotor.
- p) Mukosa bibir kering.
- q) Lidah klien tampak kotor.
- r) Ekstremitas bawah klien tampak edema.
- s) Klien terpasang kateter.

- t) Urin klien tampak berwarnakemerahan.
- u) Jumlah urin klien 100cc.
- v) Jumlah minum klien selama sakit \pm 3 gelas.
- w) Turgor kulit klien tampak jelek.
- x) Klien bicarapelo.
- y) Selama di rumah sakit klien banyak tidur.
- z) Bunyi nafas *Ronchi*, Pernafasan dangkal, Infuse terpasang NaCl 0,9 % dengan tetesan 20x/I, Klien tampak tidak terpasang O_2 , dan Kekuatan Otot:

| | |
|---|---|
| 5 | 4 |
| 5 | 4 |

13. Analisa Data

| No | Data | Masalah | Etiologi |
|----|--|--|--------------------------|
| 1 | Data subyektif: Anak pasien mengatakan pasien batuk sekali-sekali. Anak pasien mengatakan pasien batuk kering Anak pasien mengatakan pasien mengeluh sesak Data obyektif: Pasien tampak batuk sekali-sekali Pasien tampak batuk tidak berdahak TD 120/70 mmHg N 87 x/menit RR 26x/menit (takipnea) S 36,5 °C pernafasan Pasien tampak dangkal Pasien tampak tidak terpasang O_2 Bunyi nafas <i>Ronchi</i> | Ketidak efektifan pola nafas | disfungsi neuromuscular |
| 2 | Data subyektif: Anak pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun Data obyektif: Diet pasien MC (susu) Diet pasien tampak habis 3 sendok TD 120/70 mmHg N 87 x/menit | Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | kurangnya asupan makanan |

| | | | |
|---|---|------------------------|------------------------|
| | <p>RR 26 x/ menit S 36,5 °C Mengalami penurunan berat badan yaitu BB sehat 50 kg setelah sakit 40 kg Urin pasien tampak berwarna kemerahan Jumlah urin pasien 100 cc Jumlah minum pasien selama sakit ± 3 gelas Mukosa bibir kering Turgor kulit jelek Infuse terpasang Nacl 0,9 % dengan tetesan 20 tpm</p> | | |
| 3 | <p>Data subyektif: Anak pasien mengatakan aktivitas pasien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah pasien yang kiri mengalami kelemahan Anak pasien mengatakan kaki pasien bengkak</p> <p>Data obyektif: pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu Selama di rumah sakit pasien banyak tidur Ekstremitas bawah pasien tampak udema Kekuatan Otot:</p> $\begin{array}{r l} 5 & 4 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$ <p>TD 120/70 mmHg N 87 x/menit RR 26 x/ menit S 36,5 °C</p> | Intoleransi aktivitas | Imobilisasi |
| 4 | <p>Data subyektif: Anak pasien mengatakan pasien belum gosok gigi Anak pasien mengatakan pasien belum potong kuku Anak pasien mengatakan di tangan pasien ada panu Anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga pasien</p> <p>Data obyektif: Gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan Kuku pasien tampak kotor</p> | Defisit perawatan diri | Kelemahandan kelelahan |

| | | | |
|---|--|--------------------------|-------------------------|
| | Lidah pasien tampak kotor | | |
| 5 | <p>Data subyektif: Anak pasien mengatakan aktivitas pasien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah pasien yang kiri mengalami kelemahan Anak pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun</p> <p>Data obyektif: Mukosa bibir kering Turgor kulit pasien tampak jelek TD 120/70 mmHg N 87 x/menit RR 26 x/ menit S 36,5 0C pasien terpasang kateter Urin pasien tampak berwarna kemerahan Jumlah urin pasien 100cc Jumlah minum pasien selama sakit ± 3 gelas Infuse terpasang Nacl 0,9 % dengan tetesan 20 tpm</p> | Kekurangan volume cairan | Kehilangan cairan aktif |
| 6 | <p>Data subyektif: Anak pasien mengatakan aktivitas pasien selama dirumah sakit di bantu karena ekstremitas atas bagian kiri dan ekstremitas bawah pasien yang kiri mengalami kelemahan Anak pasien mengatakan kaki pasien bengkak Anak pasien mengatakan pasien pernah jatuh ± 5 bulan yang lalu sejak saat itu pendengaran pasien mulai terganggu Anak pasien mengatakan pasien bicara pelo sejak ± 1 bulan sebelum masuk rumah sakit Selama di rumah semua aktivitas pasien di bantu seperti ke kamar mandi di gendong, duduk di bantu dan mandi di mandikan</p> <p>Data obyektif: Pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu</p> | Resiko jatuh | Kelemahan |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Selama di rumah sakit pasien banyak tidur | | |
|--|---|--|--|

Diagnosakeperawatan.

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 asupanmakanan.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan denganimobilisasi.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dankelelahan.
6. Resiko jatuh berhubungan dengankelemahan.

14. Intervensi Keperawatan

| No DX | Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi keperawatan |
|-------|---|--|--|
| 1 | Ketidak efektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neuromuscular | <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidak efektifan pola nafas dapat teratasi</p> <p>kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih 2) Tidak ada sianosis dan dispnea 3) Tanda-tanda vital dalam rentang normal | <ol style="list-style-type: none"> 1) posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal dibelakang punggung pasien 2) Anjurkan klien minum air hangat 3) Monitor pernafasan klien dan monitor TTV klien. |
| | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 2 | Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan | <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan ketidak seimbangan nutrisi dalam kebutuhan tubuh terpenuhi</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2) Berat badan ideal dengan tinggi badan 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5) Tidak ada penurunan berat badan | <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) 4) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 5) Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan. |
| 3 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi | <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas teratasi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tanda-tanda vital 2) Mampu melakukan aktivitas secara mandiri 3) Tanda-tanda vital normal 4) Mampu berpindah dengan atau tanpa alat bantuan 5) Pertukaran gas dan ventilasi adekuat | <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medik dalam merencanakan program terapi yang tepat 2) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3) Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan 4) Bantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai 5) Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang 6) Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas 7) Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual. |
| 4 | Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahandan kelelahan | <p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri teratasi</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri 2) Monitor kebutuhan pasien untuk kebersihan diri 3) Sediakan bantuan sampai |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | <p>Kriteria hasil:</p> <p>3) Pasien bebas dari bau badan</p> <p>4) Pasien nyaman terhadap kemampuan untuk melakukan aktivitas</p> | <p>pasien mampu secara utuh untuk melakukan self care</p> <p>4) Morong pasien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</p> |
| 5 | <p>Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif</p> | <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kekurangan volume cairan teratasi</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>7) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan berat badan</p> <p>8) Tanda-tanda vital normal</p> <p>9) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi</p> <p>10) Elastisitas turgor kulit baik</p> <p>11) Membran mukosa lembab</p> <p>12) Tidak ada rasa haus berlebihan</p> | <p>4) Pertahankan catatan intake dan output yang adekuat</p> <p>5) Monitor status hidrasi</p> <p>6) Dorong keluarga untuk membantu pasien makan dan tawarkan snack (jus buah, buah segar) kepada pasien.</p> |
| 6 | <p>Resiko jatuh dibuktikan dengan kelemahan</p> | <p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko jatuh pasien teratasi</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>3) Adanya perilaku pencegahan jatuh</p> <p>4) Tidak ada kejadian jatuh</p> | <p>5) Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh</p> <p>6) Gunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur</p> <p>7) Sesuai kebutuhan, mendidik anggota keluarga tentang faktor resiko yang berkontribusi terhadap jatuh dan bagaimana mereka dapat menurunkan resiko tersebut</p> <p>8) Tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh.</p> |

15. Implementasi Keperawatan

| No DX | Hari/tgl/jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi |
|-----------------|------------------------------|--|--|
| Pasien 2 | | | |
| 1 | Rabu 6 Juni 2018 11.00 | 1.1) Mengatur posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung pasien. | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan nafas pasien tidak sesak Anak pasien mengatakan jika nafas pasien sesak pasien akan di pasang oksigen. Anak pasien mengatakan pasien banyak tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien tampak tidak terpasang O₂ pasien tampak batuk sekali- sekali pasien tampak sesak berkurang Anak pasien tampak memberikan minum air hangat kepada pasien TD 120/70 mmHg N 87 x/menit. RR 26 x/ menit S 36,5 °C. <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| | 11.10 | 1.2) Menganjurkan pasien minum air hangat. | |
| | 12.00 | 1.3)Memonitor pernafasan pasien | |
| | 12.00 | 1.4) Memonitor tanda-tanda vital | |
| 2 | 11.10 | 2.1) Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan porsi makan 1/8 dalam satu hari. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi diet pasien tampak tidak habis Diet pagi pasien tampak habis 3 Sdm pasien tampak banyak tidur |
| | 11.15 | 2.2) Mengganjurkan klien untuk meningkatkan intake. | |
| | 11.15 | 2.3) Memberikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi). | |
| | 11.20 | 2.4) Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi | |

| | | | |
|---|-------|---|---|
| | 11.30 | 2.5) Mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | <ul style="list-style-type: none"> • Kaki pasien tampak edema • Keluarga pasien sudah mengetahui tentang kebutuhan nutrisi <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 3 | 09.00 | 3.1) Mengkolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medis dalam merencanakan program terapi yang tepat. | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien untuk mengubah posisi di bantu |
| | 09.10 | 3.2) Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. | <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakn kaki pasien bengkak. <p>O:</p> |
| | 09.10 | 3.3) Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan | <ul style="list-style-type: none"> • Kaki pasien tampak edema • Pasien makan tampak disuapkan • Merubah posisi pasien tampak dibantu • Pasien tampak banyak tidur. |
| | 09.15 | 3.4) Membantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai | <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> |
| | 09.15 | 3.5) Membantu pasien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang | |
| | 09.25 | 3.6) Membantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. | |
| | 09.40 | 3.7) Memonitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual | |
| 4 | 10.20 | 4.1) Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sudah di lap |
| | 10.20 | 4.2) Memonitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri | <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien belum sikat gigi |
| | 10.20 | 4.3) Menyediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan self care | <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan kuku tangan dan kaki pasien sudah panjang dan kotor. |
| | 10.50 | 4.4) Mendorong pasien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan • Kuku pasien tampak |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | <p>11.30</p> <p>11.40</p> <p>11.45</p> <p>12.00</p> | <p>5.1) Mempertahankan catatan intake dan output yang adekuat.</p> <p>5.2) Memonitor status hidrasi.</p> <p>5.3) Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan.</p> <p>5.4) Menawarkan snack (jus buah, buah segar).</p> | <p>kotor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitas sehari-hari pasien tampak di bantu. Melakukan perawatan oral hygiene pasien. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 gelas • Anak pasien mengatakan pasien hanya 3 sendok makan. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah urin pasien 100 cc • Pasien tampak hanya menghabiskan porsi dietnya 3 sdm • Mukosa bibir pasien tampak kering • Turgor kulit pasien jelek • Pasien tampak menghabiskan 1/2 snack (jus semangka). <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 6 | <p>11.00</p> <p>11.05</p> <p>11.20</p> <p>11.20</p> | <p>6.1) Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh.</p> <p>6.2) menggunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan.</p> <p>6.3) Mendidik anggota keluarga tentang faktor resiko yang berkontribusi terhadap jatuh dan bagaimana mereka dapat menurunkan resiko tersebut.</p> <p>6.4) Memperhatikan tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sering tidur. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sering tidur • Rel sisi panjang tempat tidur tampak terpasang • Keluarga pasien tampak sudah menjadi tahu terhadap faktor resiko jatuh dan keluarga sudah mengetahui cara menurunkan resiko jatuh dengan cara memasang rel sisi panjang yang ada |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | | <p>ditempat tidur dan selalu berada disebelah pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien. <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 1 | <p>Kamis 7 Juni 2018 09.05</p> <p>09.45</p> <p>10.00</p> <p>10.00</p> | <p>1.1) Mengatur posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung pasien.</p> <p>1.2) Menganjurkan pasien minum air hangat.</p> <p>1.3) Memonitor pernafasan pasien</p> <p>1.4) Memonitor tanda-tanda vital</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sesak nafas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan O₂ dengan nasal kanul sebanyak 3 lpm • Pasien tampak sesak • RR: 32 x/menit • TD: 117/70 mmHg • N: 84 x/menit • S: 36,5 °C • Pasien tampak masih diberikan minum air hangat <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 2 | <p>11.30</p> <p>11.40</p> <p>11.40</p> <p>11.45</p> | <p>2.1) Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien</p> <p>2.2) Mengganjurkan klien untuk meningkatkan intake.</p> <p>2.3) Memberikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).</p> <p>2.4) Mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan nafsu makan pasien masih menurun • Anak pasien mengatakan pasien masih sering tidur. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi diet pasien tampak tidak habis hanya ¼ dari persediaan yang habis. <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 3 | <p>10.30</p> | <p>3.1) Mengkolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medis dalam merencanakan program terapi yang tepat.</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien masih |

| | | | |
|---|-------|---|--|
| 4 | 10.30 | 3.2) Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. | dibantu <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan kaki pasien masih odema |
| | 10.50 | 3.3) Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan | O: <ul style="list-style-type: none"> Kaki pasien tampak masih odema Pasien mampu menggerakkan jari-jari tangannya sendiri |
| | 10.50 | 3.4) Membantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang sesuai | <ul style="list-style-type: none"> Pasien masih tampak sering tidur Semua aktifitas pasien tampak masih di bantu. |
| | 11.00 | 3.5) Membantu pasien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang | A: Masalah belum teratasi |
| | 11.05 | 3.6) Membantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. | P: Lanjutkan intervensi |
| | 10.00 | 4.1) Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri | S: <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah mandi di lap |
| | 10.00 | 4.2) Memonitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien belum sikat gigi |
| | 10.00 | 4.3) Menyediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan self care | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien bisa melakukan sikat gigi sendiri |
| | 10.20 | 4.4) Mendorong pasien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. | O: <ul style="list-style-type: none"> Kuku pasien tampak panjang dan kotor |
| | 10.20 | 4.5) Membantu pasien menyikat giginya | <ul style="list-style-type: none"> Pakaian pasien tampak basah |
| | 10.35 | 4.6) Melakukan perawatan kuku pasien | <ul style="list-style-type: none"> Pakaian pasien sudah di ganti Kuku pasien tampak sudah bersih |
| | 10.50 | 4.7) Mengganti pakaian pasien | <ul style="list-style-type: none"> Gigi pasien tampak sudah bersih |
| | 11.00 | 4.8) Mengganti alas tempat tidur pasien. | <ul style="list-style-type: none"> Alas tempat tidur pasien sudah bersih. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi |
| 5 | 10.05 | 5.1) Mempertahankan catatan intake dan output yang adekuat. | S: <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 |
| | 10.10 | 5.2) Memonitor status hidrasi. | |

| | | | |
|---|-------|--|--|
| 6 | 10.10 | 5.3) Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan. | <p>gelas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah urin pasien 300 cc |
| | 10.20 | 5.4) Menawarkan snack (jus buah, buah segar). | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak hanya menghabiskan ¼ porsi diet yang disediakan • Bibir pasien tampak kering • Turgor kulit pasien tampak jelek. • pasien tampak menghabiskan snacknya (jus semangka). <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| | 10.30 | 6.1) Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sering tidur. |
| | 10.30 | 6.2) menggunakan rel sisi panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan. | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sering tidur • Rel sisi panjang tempat tidur pasien terpasang |
| | 11.00 | 6.3) Memperhatikan tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| | 1 | Jum'at 8 Juni 2018 09.00 | 1.1) Mengatur posisikan pasien semi fowler dengan cara meletakkan bantal di belakang punggung pasien. |
| | 09.30 | 1.2) Menganjurkan pasien minum air hangat. | <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien tidur gelisah |
| | 11.30 | 1.3) Memonitor pernafasan pasien. | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan letih • Anak pasien mengatakan pasien demam. |
| | 11.30 | 1.4) Memonitor tanda-tanda vital | <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak tidak terpasang O2 • Pasien tampak tenang |

| | | | |
|---|-------|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak letih • Menganjurkan pasien banyak minum • TD 90/50 mmHg • N 85 x/menit • RR 28 x/ menit • S 37,5 °C <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> |
| | 10.00 | 2.1) Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien | S: <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sudah mau makan dengan bubur |
| | 10.10 | 2.2) Menganjurkan klien untuk meningkatkan intake. | O: <ul style="list-style-type: none"> • Porsi diet pasien tampak habis |
| | 10.10 | 2.3) Memberikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi). | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak masih sering tidur • Pasien tampak diberikan makan sering oleh anak klien. |
| | 10.30 | 2.4) Mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi |
| | 10.45 | 2.5) Mengajarkan klien makan sedikit tapi sering | |
| 2 | 10.10 | 3.1) Mengkolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medis dalam merencanakan program terapi yang tepat. | S: <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien masih di bantu oleh anaknya |
| | 10.10 | 3.2) Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. | <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan kaki pasien masih bengkok |
| | 10.20 | 3.3) Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan letih |
| | 10.35 | 3.4) Membantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai | O: <ul style="list-style-type: none"> • Semua aktivitas pasien masih tampak di bantu oleh keluarga • Pasien masih tampak banyak tidur • Pasien tampak melakukan dan memperagakan pergerakan Rom secara Aktif tapi tidak terlalu kuat melakukannya. |
| 3 | 10.40 | 3.5) Membantu pasien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang | |
| | 10.45 | 3.6) Membantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. | A: Masalah belum teratasi |

| | | | |
|---|-------|---|---|
| 4 | 11.00 | 3.7) Mengkaji ulang klien terhadap latihan Rom Pasif | P: Lanjutkan intervensi |
| | 10.00 | 4.1) Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri | S: <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah mandi di lap |
| | 10.00 | 4.2) Memonitor kebutuhan klien untuk kebersihan diri | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah sikat gigi |
| | 10.00 | 4.3) Menyediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan self care | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah ganti baju. |
| | 10.10 | 4.4) Mendorong pasien melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. | O: <ul style="list-style-type: none"> Pasien sudah tampak rapi Gigi pasien tampak bersih Baju pasien tampak sudah di ganti. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi |
| 5 | 10.00 | 5.1) Mempertahankan catatan intake dan output yang adekuat. | S: <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 gelas |
| | 10.05 | 5.2) Memonitor status hidrasi. | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan porsi diet pasien |
| | 10.05 | 5.3) Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan. | O: <ul style="list-style-type: none"> Jumlah urin pasien 400 cc Pasien tampak menghabiskan porsi diet yang disediakan Bibir pasien masih tampak kering Pasien tampak hanya habiskan $\frac{1}{2}$ snack yang tersedia (jus semangka). A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi |
| | 10.20 | 5.4) Menawarkan snack (jus buah, buah segar). | S: <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien masih sering tidur |
| 6 | 10.00 | 6.1) Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh. | P: Lanjutkan intervensi |
| | 10.30 | 6.2) menggunakan rel sisi | S: <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien masih sering tidur |

| | | | |
|--|-------|--|---|
| | 11.00 | panjang yang sesuai dan tinggi untuk mencegah jatuh dari tempat tidur, sesuai kebutuhan. 6.3) Memperhatikan tanda-tanda posting untuk mengingatkan staf bahwa pasien yang beresiko tinggi untuk jatuh | <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan selalu memasang rel sisi panjang tempat tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak masih sering tidur Rel sisi panjang tempat tidur pasien tampak terpasang Pasien masih terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> |
|--|-------|--|---|

16. Evaluasi Keperawatan

| No | DX | Pasien 2 | | |
|----|---|---|---|--|
| | | Hari I | Hari II | Hari III |
| 1 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular dibuktikan dengan pasien tampak batuk sesekali, pasien tampak batuk tidak berdahak, RR 26x/menit, pernafasan pasien tampak dangkal, dan bunyi nafas ronchi | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan nafas pasien tidak sesak Anak pasien mengatakan jika nafas pasien sesak pasien akan di pasang oksigen. Anak pasien mengatakan pasien banyak tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien tampak tidak terpasang O₂ pasien tampak | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sesak nafas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan O₂ dengan nasal kanul sebanyak 3 lpm Pasien tampak sesak RR: 32 x/menit TD: 117/70 mmHg N: 84 x/menit S: 36,5 °C Pasien tampak masih diberikan minum air hangat <p>A: Masalah belum</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan napas pasien tidak sesak lagi. Anak pasien mengatakan pasien tidur gelisah Pasien mengatakan letih Anak pasien mengatakan pasien demam. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak tidak terpasang O₂ Pasien tampak tenang Pasien tampak letih Menganjurkan pasien banyak minum TD 90/50 mmHg |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> batuk sekali-sekali pasien tampak sesak berkurang Anak pasien tampak memberikan minum air hangat kepada pasien TD 120/70 mmHg N 87 x/menit. RR 26 x/menit S 36,5 °C. <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <ul style="list-style-type: none"> N 85 x/menit RR 28 x/menit S 37,5 °C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 2 | Defisit nutrisi berhubungan dari ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan diet pasien tampak hanya habis 3 sendok, BB 40 kg, mukosa bibir kering, dan turgor kulit jelek | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien nafsu makan berkurang Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan porsi makan 1/8 dalam satu hari. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi diet pasien tampak tidak habis Diet pagi pasien tampak habis 3 Sdm pasien | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan nafsu makan pasien masih menurun Anak pasien mengatakan pasien masih sering tidur. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi diet pasien tampak tidak habis hanya 1/4 dari persediaan yang habis. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak pasien mengatakan pasien sudah mau makan dengan bubur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi diet pasien tampak habis Pasien tampak masih sering tidur Pasien tampak diberikan makan sering oleh anak klien. <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| | | <p>tampak banyak tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaki pasien tampak udem • Keluarga pasien sudah mengetahui tentang kebutuhan nutrisi <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> | | |
| 3 | <p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan pasien tampak mobilisasi dan aktivitas dibantu, ekstremitas bawah pasien tampak udem, dan selama di rumah sakit pasien banyak tidur</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien untuk mengubah posisi di bantu • Anak pasien mengatakan kaki pasien bengkak. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaki pasien tampak udem • Pasien makan tampak disuapkan • Merubah posisi pasien tampak dibantu • Pasien tampak banyak tidur. <p>A:</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien masih dibantu • Anak pasien mengatakan kaki pasien masih odema <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaki pasien tampak masih odema • Pasien mampu menggerakkan jari-jari tangannya sendiri • Pasien masih tampak sering tidur • Semua aktifitas pasien tampak masih di bantu. <p>A: Masalah belum teratasi</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan semua aktivitas pasien masih di bantu oleh anaknya • Anak pasien mengatakan kaki pasien masih bengkak • Pasien mengatakan letih <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semua aktivitas pasien masih tampak di bantu oleh keluarga • Pasien masih tampak banyak tidur • Pasien tampak melakukan dan memperagakan pergerakan Rom secara Aktif tapi tidak terlalu kuat melakukannya. <p>A: Masalah belum</p> |

| | | Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi | P: Lanjutkan intervensi | teratasi P: Lanjutkan intervensi |
|---|---|---|--|--|
| 4 | Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan, kuku pasien tampak kotor, dan lidah pasien tampak kotor | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sudah di lap • Anak pasien mengatakan pasien belum sikat gigi • Anak pasien mengatakan kuku tangan dan kaki pasien sudah panjang dan kotor. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gigi pasien tampak ada sisa-sisa makanan • Kuku pasien tampak kotor • Aktivitas sehari-hari pasien tampak di bantu. Melakukan perawatan oral hygiene pasien. <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sudah mandi di lap • Anak pasien mengatakan pasien belum sikat gigi • Anak pasien mengatakan pasien bisa melakukan sikat gigi sendiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuku pasien tampak panjang dan kotor • Pakaian pasien tampak basah • Pakaian pasien sudah di ganti • Kuku pasien tampak sudah bersih • Gigi pasien tampak sudah bersih • Alas tempat tidur pasien sudah bersih. <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sudah mandi di lap • Anak pasien mengatakan pasien sudah sikat gigi • Anak pasien mengatakan pasien sudah ganti baju. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudah tampak rapi • Gigi pasien tampak bersih • Baju pasien tampak sudah di ganti. <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 5 | Hipovolemia berhubungan | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | <p>dengan kehilangan cairan aktif dibuktikan dengan mukosa bibir kering, turgor kulit pasien tampak jelek, lidah pasien tampak kotor, dan urine pasien berwarna merah dengan jumlah 100cc</p> | <p>pasien mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 gelas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien hanya 3 sendok makan. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah urin pasien 100 cc • Pasien tampak hanya menghabiskan porsi dietnya 3 sdm • Mukosa bibir pasien tampak kering • Turgor kulit pasien jelek • Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{2}$ snack (jus semangka). <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 gelas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah urin pasien 300 cc • Pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi diet yang disediakan • Bibir pasien tampak kering • Turgor kulit pasien tampak jelek. • pasien tampak menghabiskan snacknya (jus semangka). <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>mengatakan pasien minum satu hari \pm 3 gelas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan porsi diet pasien <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah urin pasien 400 cc • Pasien tampak menghabiskan porsi diet yang disediakan • Bibir pasien masih tampak kering • Pasien tampak hanya habiskan $\frac{1}{2}$ snack yang tersedia (jus semangka). <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> |
| 6 | <p>Resiko jatuh dibuktikan dengan riwayat jatuh</p> | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sering tidur. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sering tidur | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien sering tidur. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sering tidur • Rel sisi panjang | <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak pasien mengatakan pasien masih sering tidur • Anak pasien mengatakan selalu memasang rel sisi panjang |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Rel sisi panjang tempat tidur tampak terpasang • Keluarga pasien 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 pasien • Pasien tampak terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien. <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>tempat tidur pasien terpasang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> | <p>tempat tidur</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak masih sering tidur • Rel sisi panjang tempat tidur pasien tampak terpasang • Pasien masih terpasang tanda (simbol) berwarna kuning (resiko jatuh) di atas tempat tidur pasien <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> |
|--|--|---|---|---|

