

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan :
Pneumonia di Ruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi Manado**

**Disusun dalam Rangka Menyelesaikan
Tahap Profesi Ners**



Oleh :

Namira Indah Arahmayani 22062072

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE MANADO
2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN : PNEUMONIA DI RUANGAN ICU RS ROBERT WOLTER MONGINSIDI MANADO

Nama : Namira Indah Arahmayani

Nim : 22062071

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Program Studi : Profesi Ners

Menyetujui,

Manado, 02 Juli 2023

Pembimbing



Natalia E. Rakinaung, S.Kep.,Ns.MNS

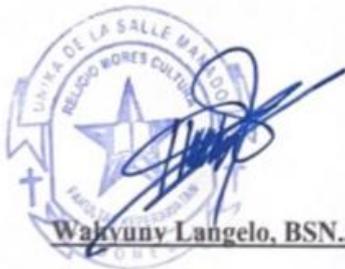
Dekan Fakultas Keperawatan

Unika De La Salle Manado

Ketua Program Studi Profesi Ners

Fakultas Keperawatan Unika

De La Salle Manado



Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes.



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep.

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN : PNEUMONIA DI RUANGAN ICU RS ROBERT WOLTER MONGINSIDI MANADO

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :
Namira Indah Arahmayani, S.Kep
22062072

Telah berhasil dipertahankan di hadapan tim penguji ujian KIAN
Pada 02 Juli 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

TIM PENGUJI



Natalia E. Rakinaung, S.Kep.,Ns.MNS

Dekan Fakultas Keperawatan
Unika De La Salle Manado

Ketua Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan Unika
De La Salle Manado



Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes.



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep.

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Namira Indah Arahmayani

NIM : 22062072

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah profesi ners ini benar merupakan karya hasil sendiri dan sepanjang pengetahuan serta keyakinan saya, saya tidak mencantumkan pengakuan bahan – bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar Ners atau ijazah pada Universitas Katolik De La Salle Manado atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.



Manado, 02 Juli 2023

Namira Indah Arahmayani

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN
PERNAFASAN PNEUMONIA DI RUANGAN ICU
RS ROBERT WOLTER MONGINSIDI**

Arahmayani, Indah, Namira¹, Rakinaung, Natalia²

Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

Email : indahnamira6@gmail.com

Abstrak

Pneumonia merupakan infeksi yang menyebabkan peradangan paru. Kemampuan kantung paru-paru menyerap oksigen menjadi berkurang. Kekurangan oksigen tersebut membuat sel-sel di dalam tubuh tidak dapat bekerja. Hal inilah yang menyebabkan penderita pneumonia meninggal, selain dari penyebaran infeksi virus ke seluruh tubuh. Karya Ilmiah ini mempergunakan metode wawancara dengan observasi pada pasien di ruangan ICU RS Robert Wolter Monginsidi Manado. Mempergunakan metode penulisan deskriptif serta pendekatan asuhan keperawatan melalui pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, maupun evaluasi. Didapatkan tiga diagnosa yang diperoleh yakni pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Kesimpulan penulis mendapatkan kesenjangan antara teori, dan penelitian sebelumnya dengan asuhan keperawatan yang sudah diselenggarakan.

Kata Kunci : *Pneumonia, Asuhan Keperawatan Pneumonia*

NURSING CARE FOR CLIENTS WITH PNEUMONIA RESPIRATORY DISORDERS IN THE ICU ROOM OF ROBERT WOLTER WONGINSIDI HOSPITAL

Arahmayani, Indah, Namira¹, Rakinaung, Natalia²

Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

Email : indahnamira6@gmail.com

Abstract

Pneumonia is an infection that causes lung inflammation. The ability of the lung sacs to absorb oxygen is reduced. This lack of oxygen makes the cells in the body unable to work. This is what causes pneumonia sufferers to die, apart from the spread of the viral infection throughout the body. This scientific work uses the interview method by observing patients in the ICU room at Robert Wolter Monginsi Hospital in Manado. Using descriptive writing methods and nursing care approaches through assessment, formulation of diagnoses, planning, implementation and evaluation. Three diagnoses were obtained, namely ineffective breathing patterns related to difficulty breathing, nutritional deficits related to the inability to swallow food, and activity intolerance related to an imbalance between oxygen supply and demand. In conclusion, the author finds a gap between theory and previous research with nursing care that has been implemented.

Keyword : *Pneumonia, Pneumonia Nursing Care*

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena kasih dan Anugerahnya kepada saya sehingga saya bisa menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ners ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Pernafasan : Pneumonia di Ruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi Manado”.

Dengan rasa hormat peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitumur. Rektor Universitas Katolik De La Salle Manado.
2. Wahyuny Langelo, BSN., M.Kes Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.
3. Natalia E. Rakinaung, S.Kep., Ns., MNS. Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.
4. Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep. Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Katolik De La Salle Manado.
5. Natalia E. Rakinaung, S.Kep., Ns., MNS. selaku dosen pembimbing selama profesi ners yang dengan baik memberikan bimbingan, motivasi, serta pengarahan dalam menyelesaikan tahap profesi ners dan juga membantu dalam penyusunan karya ilmiah akhirs ners ini.
6. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado, yang telah membantu dan memotivasi dalam penyusunan skripsi.
7. Keluarga yang sangat luar biasa yaitu orang tua saya mama Dewi Santiago Naue, S.Kep., Ns dan papa Asrianto, SH beserta adik – adik yang selalu

memberikan dukungan, doa, dan semangat untuk saya agar dapat menyelesaikan skripsi ini

8. Teman – teman kelompok 12 Profesi Ners Universitas Katolik De La Salle Manado yang telah berjuang bersama – sama selama perkuliahan profesi ners.
9. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada semua pihak yang tidak terlibat secara langsung, yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Manado, 02 Juli 2023

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'N' followed by a series of loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Namira Indah Arahmayani, S.Kep

DAFTAR ISI

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | i |
| LEMBAR PENGESAHAN | Error! Bookmark not defined. |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS..... | iii |
| Abstrak..... | iv |
| Abstract..... | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR TABEL..... | x |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xi |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 2 |
| 1.3 Tujuan..... | 3 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 3 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 3 |
| 1.4 Manfaat..... | 3 |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis | 3 |
| 1.4.2 Manfaat Praktis..... | 3 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| 2.1 Landasan Teori | 5 |
| 2.1.1 Definisi | 5 |
| 2.1.2 Etiologi | 6 |
| 2.1.3 Anatomi dan Fisiologi | 8 |
| 2.1.4 Pathway | 11 |
| 2.1.5 Patofisiologi..... | 11 |
| 2.1.6 Manifestasi Klinis..... | 12 |
| 2.1.7 Prognosis | 13 |
| 2.1.8 Penatalaksanaan..... | 13 |
| 2.1.9 Pencegahan | 15 |

| | |
|--|----|
| 2.1.10 Pemeriksaan Penunjang | 16 |
| 2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis | 17 |
| BAB III GAMBARAN KASUS | 31 |
| 3.1 Pengkajian | 31 |
| 3.2 Klasifikasi Dan Analisa Data | 36 |
| 3.3 Diagnosa Keperawatan..... | 37 |
| 3.4 Intervensi Keperawatan..... | 38 |
| 3.5 Implementasi | 40 |
| BAB IV PEMBAHASAN..... | 44 |
| 4.1 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL | 44 |
| 4.2 Keterbatasan Pelaksanaan | 48 |
| BAB V PENUTUP | 49 |
| 5.1 Kesimpulan..... | 49 |
| 5.2 Saran..... | 50 |
| DAFTAR PUSTAKA | 51 |
| LAMPIRAN..... | 52 |

DAFTAR TABEL

2.2 Penelitian Terkait

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Format Pengkajian

Lampiran 2 : Format Daftar Obat

Lampiran 3 : Asuhan Keperawatan

BAB 1

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Pneumonia merupakan penyakit infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) dengan gejala seperti batuk pilek disertai sesak nafas ataupun nafas cepat. Penyakit ini biasanya ditemukan pada anak balita, namun tidak jarang juga ditemukan pada orang dewasa, dan usia lanjut. Terjadinya Pneumonia biasanya bersamaan dengan proses infeksi akut pada bronkus (Bronchopneumonia). (Dinkes RI, 2018).

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, 2019).

Menurut Riskesdas 2018 dan 2020, Prevalensi pengidap pneumonia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan di Indonesia pada tahun 2013 mencapai 1,6% dan pada tahun 2018 meningkat sampai 2,0% (Riskesdas, 2018). Dari tahun 2018 sampai dengan 2020 penyakit pneumonia mengalami peningkatan sampai 0,4%. Selain itu, pneumonia merupakan salah satu dari 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit dengan proporsi kasus sampai 53,95% laki-laki dan 46,05% perempuan. Lalu, menurut (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2020) Pneumonia merupakan penyakit yang memiliki

tingkat *crude fatality rate* (CFR) yang tinggi, yaitu sekitar 7,6%. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi pneumonia pada usia lanjut mencapai 15,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Dalam penelitian Arjanardi, tanda dan gejala yang umum terjadi pada pasien pneumonia komunitas dewasa berupa sesak napas (60,93%), batuk (54,88%), dan demam (48,37%) (Ranny, 2019).

Dalam mengurangi atau mengatasi penyebab masalah keperawatan pada penderita pneumonia diatas maka di butuhkan peran perawat secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. 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, 2021).

Berdasarkan observasi selama dinas di RS Robert Wolter Monginsidi Manado sejak bulan oktober 2022 sampai dengan bulan februari 2023 penulis tertarik untuk mengambil kasus gangguan pernafasan yaitu Pneumonia dan ingin menyusunnya menjadi laporan akhir yaitu Karya Ilmiah Profesi Ners (KIAN). Karya akhir profesi ners ini sebagai gambaran penerapan pengasuhan keperawatan kepada penderita Pneumonia. Adanya karya ilmiah berikut direkonstruksi guna memenuhi satu diantara sejumlah tugas dari penulis dalam tingkat pendidikan profesi ners.

Berdasarkan uraian fenomena di atas, penulis begitu berkeinginan guna mempelajari secara mendetail perihal kasus pneumonia. Serta peranan perawat guna memberi pengasuhan keperawatan seperti memberi tindakan keperawatan, intervensi sampai dengan evaluasi agar pasien bisa mendapatkan terapi yang tepat, dan penulis berharap dikemudian hari nanti ada kemajuan ke arah yang lebih bagus terkait penerapan Asuhan keperawatan kepada penderita pneumonia.

Rumusan Masalah

Didasari permasalahan yang melatar belakangnya, penulis tertarik mengaplikasikan hasil riset tentang pengelolaan kasus yang dipaparkan dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah Pneumonia Di Ruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi Manado” yaitu bagaimanakah pengasuhan keperawatan yang bisa disajikan dengan permasalahan gangguan pernafasan: Pneumonia di Ruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi Manado ?

Tujuan

Tujuan Umum

Menganalisis pengasuhan keperawatan mengenai pasien dengan masalah kesehatan Pneumonia di Ruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi Manado.

Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pemaparan kasus Pneumonia di Ruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi Manado.
- b. Menganalisis asuhan keperawatan Pneumonia di Ruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi Manado.
- c. Menganalisis praktik pengelolaan terhadap kasus Pneumonia di Ruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi Manado.

Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat menjadi literatur serta acuan untuk setiap pendidikan tinggi dibidang kesehatan terlebih khusus bidang profesi ners oleh setiap mahasiswa keperawatan serta mahasiswa profesi ners untuk kedepannya.

1.4.2 Manfaat Praktis

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat digunakan sebagai acuan ataupun alternatif pelengkap penelitian berikutnya serta praktik dalam

cakupan keperawatan gawat darurat khususnya perihal intervensi keperawatan dengan permasalahan Pneumonia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab berikut ini penulis akan memuat landasan pemikiran yang akan di telaah dan disimpulkan. Dan untuk pembahasan konsep terkait landasan teori Pneumonia penulis mengambil beberapa literatur tentang asuhan keperawatan teoritis serta penelitian terkait kasus Pneumonia yang pernah dilakukan sebelumnya.

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Definisi

Pneumonia adalah salah satu bentuk infeksi saluran nafas bawah akut (ISNBA) yang merupakan peradangan parenkim paru yang berasal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius, dan alveoli serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran udara (Dahlan, 2017).

Pneumonia merupakan infeksi yang menyebabkan peradangan paru. Kemampuan kantung paru-paru menyerap oksigen menjadi berkurang. Kekurangan oksigen tersebut membuat sel-sel di dalam tubuh tidak dapat bekerja. Hal inilah yang menyebabkan penderita pneumonia meninggal, selain dari penyebaran infeksi virus ke seluruh tubuh (Misnadiarly, 2018).

Pneumonia adalah suatu infeksi atau peradangan pada organ paru-paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, ataupun parasite. Dimana pulmonary alveolus (alveoli), organ yang bertanggung jawab menyerap oksigen dari atmosfer, mengalami peradangan dan terisi oleh cairan (shaleh, 2018).

Jadi, pneumonia merupakan penyakit infeksi saluran nafas bawah akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) disertai dengan gejala

seperti batuk, sesak nafas, suara nafas ronchi dan tampak infiltrasi pada foto rontgen.

2.1.2 Etiologi

Penyebab pneumonia pada orang dewasa biasanya adalah bakteri. Penyebab paling umum pneumonia di Amerika Serikat yaitu bakteri seperti *Streptococcus pneumoniae*, atau *Pneumococcus*. Sedangkan pneumonia yang disebabkan karena virus adalah Respiratory Syncytial Virus, rhinovirus, Herpes Simplex Virus, Severe Acute Respiratory Syndrome (Nursalam, 2019).

a. Bakteri

Pneumonia bakterial terbagi dua, yaitu :

1) Typical organisme

Penyebab pneumonia berasal dari gram positif berupa :

a) *Streptococcus pneumoniae*

merupakan bakteri anaerob fakultatif. Bakteri patogen ini di temukan oleh komunitas rawat inap di luar ICU sebanyak 20-60%, sedangkan pada 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, seperti peradangan, nekrosis dan pembentukan abses.

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

2) Atipikal organisme

Bakteri yang termasuk atipikal adalah *Mycoplasma* sp, *Chlamydia* 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.

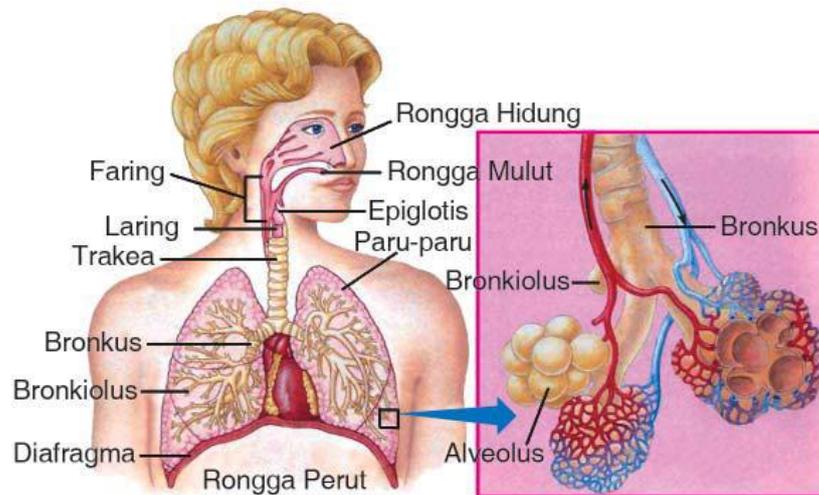
c. Fungi

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 merupakan faktor yang paling mempengaruhi terjangkitnya pneumonia salah satu faktornya adalah pencemaran udara. Pencemaran udara dalam rumah dipengaruhi oleh berbagai factor seperti, bahan bangunan (contohnya; asbestos), struktur bangunan (contohnya; ventilasi), bahan pelapis untuk furniture dan 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 mempengaruhi. Kegiatan dalam rumah seperti penggunaan energy yang tidak ramah lingkungan, penggunaan sumber energi yang relative murah seperti batu bara dan biomasa (kayu, kotoran kering dari hewan ternak, residu pertanian), perokok aktif dalam rumah, penggunaan pestisida, penggunaan bahan kimia pembersih, dan kosmetika. Bahan-bahan kimia tersebut dapat mengeluarkan polutan yang bisa bertahan dalam rumah untuk jangka waktu yang cukup lama (Kemenkes RI, 2017).

2.1.3 Anatomi dan Fisiologi



Sumber Gambar : Kris Wahyudi, 2019

a. Rongga Hidung (Cavum Nasalis)

Udara dari luar akan masuk melalui rongga hidung (cavum nasalis). Rongga hidung berlapis selaput lendir, di dalamnya terdapat kelenjar minyak (kelenjar sebacea) dan kelenjar keringat (kelenjar sudorifera). Selaput lendir tersebut berfungsi untuk menangkap benda asing yang masuk lewat saluran pernapasan. Selain itu, terdapat juga rambut pendek dan tebal yang berfungsi untuk menyaring partikel kotoran yang masuk dengan udara. Juga terdapat konka yang mempunyai banyak kapiler darah yang berfungsi untuk menghangatkan udara yang masuk. Di sebelah belakang rongga hidung terhubung dengan nasofaring melalui dua lubang yang disebut dengan choanae. Pada permukaan rongga hidung terdapat rambut-rambut halus dan selaput lender 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 terletakinya 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.

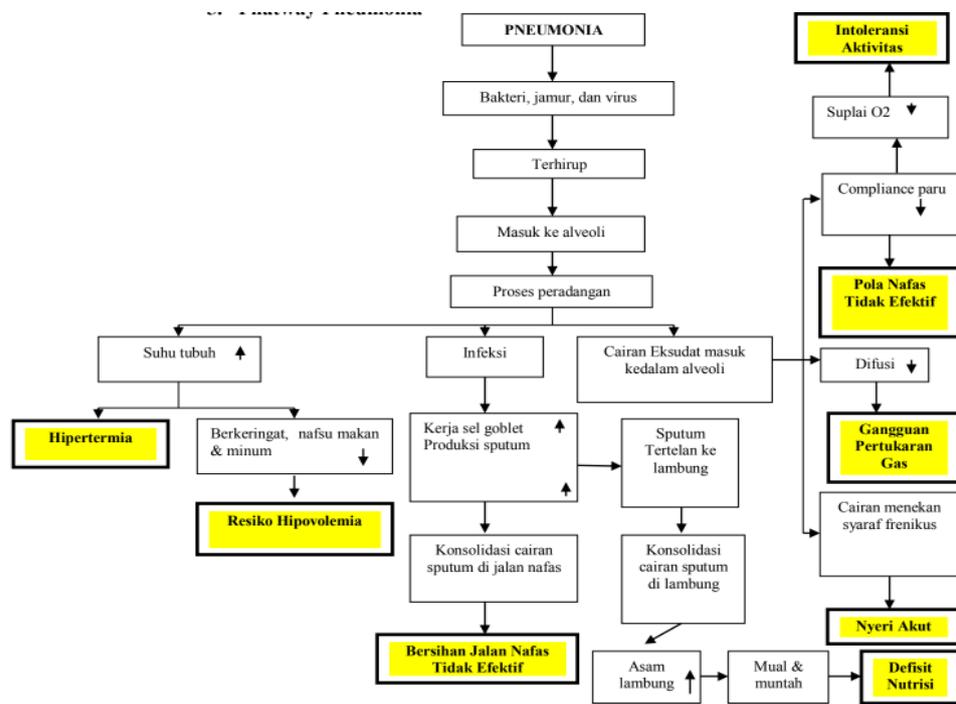
f. Bronchiolus

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.

2.1.4 Pathway



Sumber: (Mansjoer & Suriadi dan rita Y, 2018) dan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.1.5 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 serbuk fibrin, eritrosit, cairan edema, dan ditemukannya kuman di alveoli. Stadium ini disebut stadium hepatitis merah. Selanjutnya, deposisi fibrin semakin bertambah, terdapat fibrin dan leukosit di alveoli dan terjadi proses fagositosis yang cepat. Stadium ini disebut stadium hepatitis 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, 2019).

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 plura visceralis. 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, 2019).

2.1.6 Manifestasi Klinis

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 ronchi (Nursalam, 2019). Sedangkan menurut (Nursalam, 2019) pneumonia menunjukkan gejala klinis sebagai berikut:

- a. Batuk
- b. Sputum produktif
- c. Sesak nafas
- d. Ronchi
- e. Demam tidak setabil
- f. Leukositosis
- g. Infiltrat

2.1.7 Prognosis

Prognosis pasien pneumonia komunitas atau CAP dipengaruhi oleh berbagai faktor. Pada pasien tanpa komorbid umumnya memiliki prognosis yang sangat baik. Akan tetapi, pada pasien dengan faktor risiko yang dapat memperburuk kondisi penyakit pasien seperti usia tua, penyakit paru seperti penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), imunokompromais seperti human immunodeficiency virus (HIV), infeksi gram negatif seperti *Klebsiella*, *Pseudomonas*, serta komorbid lainnya dapat memiliki outcome yang lebih buruk.

Pada pneumonia yang tidak diobati, angka mortalitas dapat mencapai 25%. Pneumonia juga dapat menyebabkan morbiditas permanen akibat kerusakan jaringan paru.

Pasien CAP yang dirawat di ruang perawatan intensif juga memiliki angka mortalitas yang sangat tinggi, mencapai 23%. Risiko mortalitas di masa yang akan datang juga meningkat pada pasien dengan riwayat CAP. Angka mortalitas pasien pneumonia komunitas dalam satu tahun mencapai 17 sampai 40% dan terus meningkat setiap tahun.

2.1.8 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, 2017).

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, 2017).

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, 2017).

2) Untuk bakteri *Hemophilus Influenzae*

Antibiotik yang bermanfaat dalam kasus ini adalah generasi cephalosporins kedua dan ketiga, amoxicillin dan clavulanic acid, fluoroquinolones (leofloxacin), maxifloxacin oral, gatifloxacin oral, serta sulfamethoxazole dan trimethoprim (shaleh, 2017).

3) Untuk bakteri *Mycoplasma*

Dengan cara memberikan antibiotik macrolides (erythromycin, clarithromycin, azithromycin dan fluoroquinolones), antibiotik ini umum diresepkan untuk merawat mycoplasma pneumonia (shaleh, 2017).

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, 2017).

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, 2017).

2.1.9 Pencegahan

Bagaimana cara mencegah penyakit pneumonia? Seseorang dapat melakukan upaya pencegahan terhadap penyakit pneumonia dengan empat jenis upaya pencegahan yang dapat dilakukan (dr. Febriani Kezia Haryanto, MARS, 2022), meliputi :

1. Rajin Mencuci Tangan

Rajin mencuci tangan merupakan salah satu cara untuk menjaga diri agar terhindar dari berbagai jenis penyakit termasuk infeksi pneumonia. Gunakan air dan sabun untuk mendapatkan busa. Lalu, gosoklah selama kurang lebih 20 detik. Hindari menyentuh wajah dan mata jika tangan dalam kondisi kotor.

2. Berhenti Merokok

Merokok dapat menyakiti paru-paru dan bahkan bisa menimbulkan infeksi pneumonia. Perokok berisiko lebih besar terkena pneumonia yang mengancam jiwa dan komplikasi penyakit lainnya. Berhenti merokok dapat membantu paru-paru menjadi lebih kuat dan mampu melawan infeksi paru-paru.

3. Hindari Alkohol

Peminum alkohol akan berisiko lebih besar terkena pneumonia dan komplikasi lainnya. Penyalahgunaan alkohol menyebabkan tubuh tidak

mampu melawan infeksi dan menurunkan kekebalan tubuh. Para ahli merekomendasikan agar wanita minum tidak lebih dari satu minuman dalam sehari, sedangkan pria tidak lebih dari dua minuman.

4. Menjaga Pola Hidup Sehat

Menjaga pola hidup sehat merupakan salah satu pilihan terbaik terhadap infeksi penyakit. Guna meningkatkan sistem kekebalan tubuh, seseorang perlu melakukan olahraga secara teratur, mengikuti diet sehat, mengonsumsi buah dan sayuran, tidur cukup, serta mengurangi stres.

Selain itu, mengimbangi dengan makan makanan sehat serta olahraga teratur juga dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh terhadap penyakit. Melakukan diet sehat dapat dilakukan serta dianjurkan berdasarkan hasil konsultasi dokter supaya bisa terpantau dengan baik.

2.1.10 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 interstitial 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.

Asuhan Keperawatan Teoritis

Pada tahap pengasuhan keperawatan terbagi atas pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, aplikasi, serta evaluasi. Pengkajian adalah tahap awal yang berisi komponen awal dari satu prosedur keperawatan untuk melakukan pengkajian secara menyeluruh, dikarenakan lewat pengumpulan data secara akurat, sistematika bakal membantu guna menetapkan status kesehatan pasien (Luki, 2020). Pada tahap pengkajian terdapat proses pengumpulan data antara lain menanyakan identitas yang berisi: nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, agama, suku, dan pendidikan terakhir. Serta menanyakan keluhan utama, riwayat penyakit kini, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, perilaku yang mempengaruhi kesehatan (Cahyani, 2020).

Menurut (Herdman, 2018). Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis dari kepekaan respon manusia terhadap penyakit kesehatan / proses kehidupan atau respon individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Menurut nanda I 2018-2020 masalah keperawatan utama atau diagnosis yang disebabkan oleh Pneumonia diantaranya adalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler, Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif.

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. Pola jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan,
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan nafas meningkat. Kriteria hasil: Batuk efektif meningkat, Produksi sputum menurun, Mengi menurun, Wheezing menurun, Dispnea menurun, Sianosis menurun, Frekuensi nafas membaik, Pola nafas membaik,

Intervensi keperawatan: Latihan batuk efektif : 1) Observasi : Identifikasi kemampuan batuk, Monitor adanya retensi sputum, Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas, Monitor input dan output cairan (mis. jumlah dan karakteristik), 2) Terapeutik : Atur posisi semi-fowler atau fowler, Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien, Buang sekret pada tempat sputum, 3) Edukasi : Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik ditahan selama 2 detik kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mecupu (dibulatkan) selama 8 detik, Anjurkan tarik nafas dalam hingga 3 kali, Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3, 4) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat. Kriteria hasil: Dispnea menurun, Bunyi nafas tambahan menurun, Pusing menurun, Penglihatan kabur menurun, Nafas cuping hidung menurun, PCO₂ dan PO₂ membaik, Takikardi membaik, Sianosis membaik, Pola nafas membaik

Intervensi keperawatan: Pemantauan respirasi : 1) Observasi : Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas, Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi), Monitor kemampuan batuk efektif, Monitor adanya produksi sputum, Monitor adanya sumbatan

jalan nafas, Palpasi kesimetrisan ekspansi paru, Auskultasi bunyi nafas, Monitor saturasi oksigen, Monitor AGD, Monitor hasil x-ray toraks, 2) Terapeutik : Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, Dokumentasikan hasil pemantauan, Edukasi, Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik. Kriteria hasil: Kapasitas vital meningkat, Tekanan ekspirasi meningkat, Tekanan inspirasi meningkat, Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu nafas menurun, Pernafasan cuping hidung menurun, Frekuensi nafas membaik, Kedalaman nafas membaik, Ekskursi dada membaik

Intervensi keperawatan: Manajemen jalan nafas : 1) Observasi : Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronchi), Monitor sputum (jumlah, warna, aroma), 2) Terapeutik : Posisikan semi-fowler atau fowler, Berikan minum hangat, Lakukan fisioterapi dada, jika perlu, Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Berikan oksigen, jika perlu, 3) Edukasi : Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi, Ajarkan teknik batuk efektif, 4) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. jika perlu

- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun Kriteria hasil: Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi membaik, Pola nafas membaik, Tekanan darah membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik

Intervensi keperawatan: Manajemen nyeri : 1) Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi

pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Monitor efek samping penggunaan analgetic, 2) Terapeutik : Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (misalkan suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, 3) Edukasi : Jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, 4) Kolaborasi : Kolaborasi dalam pemberian analgetik

e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan
 Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan status nutrisi membaik. Kriteria hasil: Porsi makan yang dihabiskan meningkat, Perasaan cepat kenyang menurun, Frekuensi makan membaik, Nafsu makan membaik, Membran mukosa membaik.

Intervensi keperawatan: Manajemen nutrisi : 1) Observasi : Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dari intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastik, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, 2) Terapeutik : Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, Fasilitasi menentukan pedoman diet, Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makanan, jika perlu, 3) Edukasi : Anjurkan posisi duduk, jika mampu, Ajarkan diet yang diprogramkan, 4) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalkan pereda nyeri, antilemetik), jika perlu, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

f. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik. Kriteria hasil: Menggigil menurun, Kulit merah menurun, Suhu tubuh membaik, Tekanan darah membaik

Intervensi keperawatan: Manajemen hipertermia : 1) Observasi : Identifikasi penyebab hipertermia, Monitor suhu tubuh, Monitor kadar elektrolit, Monitor haluaran urine, Monitor komplikasi akibat hipertermia, 2) Terapeutik : Sediakan lingkungan yang dingin, Longgarkan atau lepaskan pakaian, Basahi dan kipasi permukaan tubuh, Berikan cairan oral, Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih), Lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, dan aksilia), Berikan oksigen, jika perlu, 3) Edukasi : Anjurkan tirah baring, 4) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Kriteria hasil: Saturasi oksigen meningkat, Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun, Dispnea setelah aktivitas menurun, Sianosis menurun, Tekanan darah membaik, Frekuensi nafas membaik.

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

perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, Ajarkan koping untuk mengurangi kelelahan, 4) Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

h. Resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik. Kriteria hasil: Turgor kulit meningkat, Dispnea menurun, Frekuensi nadi membaik, Tekanan darah membaik, Tekanan nadi membaik, Membrane mukosa membaik, Suhu tubuh membaik.

Intervensi keperawatan: Manajemen hipovolemia : 1) Observasi : Periksa tanda dan gejala hipovolemia (misalnya nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, dan lemah), Monitor intake dan output cairan, 2) Terapeutik : Hitung kebutuhan cairan, Berikan asupan cairan oral, 3) Edukasi : Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, 4) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL), Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%), Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan di mana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien (Perry, 2019).

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, 2018).

Tahap terakhir evaluasi ialah tahapan penghujung dari proses keperawatan. Evaluasi ialah aktivitas yang disengaja serta kontinu dengan melibatkan pasien, perawat serta anggota tim kesehatan lainnya. Evaluasi ditujukan guna mengenali abilitas pasiennya terkait pencapaian tujuan yang disesuaikan dengan kriteria output pada tahapan perencanaan. Dikenali 3 probabilitas output evaluasi guna tercapainya tujuan keperawatan, yakni Tujuan tercapainya/permasalahan terselesaikan, Tujuan tercapainya separuh/permasalahan terselesaikan, separuh permasalahan tak/belum terselesaikan. (Santos M, n.d. 2019).

2.1 Penelitian Terkait

| No | Penulis | Tempat | Tahun | Tujuan | Desain/Metode/ Statistik Test | Populasi/Sampling/Sampel | Hasil | Manfaat dan/ataupun Limitasi dari Penelitian |
|----|-----------------|---------------------------------|-------|---|----------------------------------|--------------------------|--|---|
| 1 | Kris Wahyudi | Poltekkes Kemenkes Kaltim | 2020 | Bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan pneumonia | Metode Literature Review | 1 orang pasien | 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 | Diharapkan perawat lebih mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif serta meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melakukan |

| | | | | | | | | |
|---|------------|-----------------------------|------|---|-------------|---------------|--|--|
| | | | | | | | 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. | asuhan keperawatan pada pasien Pneumonia. |
| 2 | Bunga Tang | Poltekes Kemenkes Samarinda | 2021 | Bertujuan untuk mempelajari dan memahami asuhan keperawatan keluarga pada anak dengan pneumonia | Studi Kasus | 2 orang klien | Berdasarkan analisa data kedua klien diperoleh diagnose bersihan jalan napas tidak efektif. Klien 1 disebabkan batuk dan lender sulit keluar, klien 2 batuk disertai flu. Klien 1 usia 3 bulan keluarga defisit pengetahuan ditandai | Manfaat dari penelitian ini kita dapat mengetahui bahwa keberhasilan perawatan anak dengan Pneumonia bergantung pada peran serta |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>keluarga belum memahami tentang masalah kesehatan keluarga. Klien 2 usia 5 tahun diagnosa kesiapan peningkatan pengetahuan, keluarga memahami penyebab Pneumonia berulang pada anaknya. Diagnosa 1 kedua klien teratasi dengan tidak ada batuk, defisit pengetahuan dan kesiapan peningkatan pengetahuan teratasi, keluarga lebih memahami tentang masalah kesehatan</p> | <p>keluarga dalam merawat dan memelihara kesehatan untuk membantu pemulihan dan pencegahan penyakit.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | |
|---|--------------|------------------------------------|------|---|-------------|---------|---|--|
| | | | | | | | dan melakukan pencegahan penyakit. Perencanaan dan pelaksanaan dilakukan sesuai dengan kebutuhan klien. Evaluasi kedua klien semua teratasi. | |
| 3 | Silvia Basri | Universitas Bhakti Kencana Bandung | 2020 | Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien pneumonia dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas | Studi Kasus | 5 orang | Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada kasus 1 dapat teratasi sebagian pada hari ke 3 dan kasus 2 dapat teratasi sebagian pada hari ke 4 | Manfaat dari penelitian ini adalah kita mengetahui bahwa pneumonia memerlukan waktu untuk penyembuhan batuk dengan dahak pada klien yang diberikan |

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|------|----------------------------------|-------------|---------|---|--|
| | | | | | | | | antibiotik. Pemberian antibiotik diberikan agar membantu mengurangi secret yang di sebabkan karena adanya infeksi pada parenkim paru. Serta perawat harus mengembangkan pemberian asuhan keperawatan pneumonia. |
| 4 | Betricks Diansarx Marak | Poltekes Kemenkes Kendar | 2021 | Untuk mengetahui penatalaksanaan | Studi kasus | 1 orang | Mengetahui keefektifan dari tindakan keperawatan yang | Perawat dapat mengetahui untuk memberikan |

| | | | | | | | | |
|---|---------------|--------------------------|------|--|--|---------|--|---|
| | | | | asuhan keperawatan pneumonia | | | dilakukan sesuai dari kriteria hasil yang didapatkan | pelayanan yang komprehensif demi mempercepat proses kesembuhan pasien. |
| 5 | Jahya Bukhari | Poltekes Kemenkes Kupang | 2019 | Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia | Pengumpulan data (wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi) | 1 orang | Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia | Penelitian yang dilakukan oleh Jahya Bukhari ini dalam asuhan keperawatan tak terlepas dari beberapa batasan yang dikenali lewat observasi pada sepanjang pelaksanaan studinya. Dalam |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | | studi ini sekadar merujuk ke satu pasien dalam penelitiannya. |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

BAB III

GAMBARAN KASUS

3.1 Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapatkan pada pukul 13:10 wita tanggal 04 Februari 2023 diruangan ICU RS TK. II RW. Monginsidi Manado didapatkan bahwasanya Tn. Y. S lahir di Manado pada tanggal 11 Desember 2000 dengan usia 18 tahun dan Tn. Y. S beralamat di Sumompo, Jenis kelamin laki-laki, agama islam serta status warga Negara Indonesia dan belum menikah. Pendidikan terakhir Tn. Y. S Yakni Sekolah Menengah Atas (SMA), pekerjaan pelajar/mahasiswa. Sebagai penanggungjawab Ny. A. M beralamat di sumompo dengan status hubungan dengan klien ialah ibu.

Keluhan utama klien sesak napas, serta riwayat penyakit sekarang : mengalami sesak nafas sejak 3 hari disertai batuk berlendir dan panas, Tn. Y. S juga mengeluh kedua kakinya bengkak sejak 3 hari terakhir dan bengkak bertambah terus, kondisi umum klien sakit berat, terlihat terbaring lemah, pucat, dan ADL di bantu secara penuh, terlihat sesak, terpasang ivfd ns 0,9% 12 tpm, keteter urin sejak masuk rs pada tanggal 04 Februari 2023, O² menggunakan kanul 4 liter/menit dan memonitori.

Hasil pengkajian tanda-tanda vital dengan kesadaran compos mentis dengan Glasgow Coma Scale (GCS), Respon motorik 6, bicara 5, membuka mata 4 jumlah : 15. Tekanan darah 88/56 mmHg, nilai MAP 77 mmHg. Suhu klien 36,5⁰c lewat Forehead, Nadi 100x/menit, pernapasan 20x/menit dengan irama cepat dan lemah jenis dada. Pengukuran lingkar lengan atas 18 cm, tinggi badan 168 cm, berat badan 45 kg, IMT 15,9. Kesimpulan IMT klien dalam dibawah batas normal (Normal : 18,5-24,99).

Pengkajian pola kesehatan klien (Kajian persepsi kesehatan-pemeliharaan kesehatan). riwayat penyakit yang pernah diderita: Keluarga klien mengatakan sebelumnya sering merasakan sesak nafas disertai batuk sejak 1 tahun terakhir. Penanganan yang diselenggarakan selama pasien sakit yaitu menjalankan kontrol ke dokter keluarga. Data Subjektif, Kondisi sebelum sakit : Keluarga pasien memaparkan pasien sudah cukup lama mengalami sesak nafas disertai batuk dengan penanganan yang diselenggarakan yaitu menjalankan kontrol ke dokter dan minum obat yaitu obat ambroxol 30mg dan salbutamol 2mg. Kondisi sejak sakit :Keluarga klien memaparkan sakit yang dialami klien membuat klien sulit untuk makan sehingga berat badan klien turun drastis hingga 20kg. Data Objektif : data observasi, Kebersihan rambut: bersih tidak terdapat ketombe, tidak ada uban, Kulit kepala Bersih, tiada lesi, kulit bersih, tiada edema serta lesi, hygiene rongga mulut terlihat Kotor, lidah putih, tak mempergunakan gigi palsu, tanda/Scar vaksinasme cacar.

Kajian nutrisi metabolik, data subektif: kondisi sebelum sakit : Keluarga pasien memaparkan pasien makan teratur 3 kali sehari dengan ikan nasi, sayuran, pula buah-buahan. Kondisi sejak sakit : Keluarga pasien memaparkan pasien sulit untuk makan dengan baik menjadikan terjadi turunnya nafsu makan. Makanan yang diberikan yaitu bubur saring dari rumah sakit sebanyak 10 sendok teh, dimana pasien makan dibantu oleh perawat dan ibunya. Untuk minum, pasien minum sekitar 1 gelas setiap hari. Data observasi, Pasien terlihat sulit untuk diberi makan, dosis makanan yang di habiskan, pasien sekadar makan sedikit yaitu 10 sendok teh bubur saring yang setara dengan 50 cc. Dan untuk minum minim lebih 100 cc air mineral. Pemeriksaan fisik : Kondisi rambut bersih, hidrasi kulit kering, palpbrae berwarna gelap, conjungtiva anemis, sclera normal, hidung simetris, ronggs mulut tiada stomatitis dan tiada pendarahan, gusi berwarna merah muda dan tiada perdarahan, gigi geligi tak lengkap beberapa gigi sudah tercabut, tak menggunakan gigi palsu,tak mampu untuk

menguyah makanan keras, tonsil normal, pharing tiada pembengkakan ataupun terlihat normal, tiada kelenjar getah bening, kelenjar parotis tak pembengkakan, kelenjar tyroid tiada bengkak,. Abdomen: inpeksi bentuknya sismetris, bayangan vena tak terlihat, benjolan vena tak terlihat. Auskultasi tak di kaji, palpasi : tanda nyeri umum tiada, masa tiada, hidrasi kulit tiada, tiada pembesaran hepar, tak teraba lien, perkusi : ascites negatif. Kulit spider naevi, uremic frost, edema, icteric dan tanda radang dengan hasil negative dan tiada lesi,

Kajian pola eliminasi, Data subjektif : Kondisi sebelum sakit, Data objektif, keluarga pasien memaparkan sebelum sakit pasien BAB 1-2x/hari, dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas,. dan BAK biasanya 3-4x/hari, warna kuning jernih, serta pasien memaparkan tiada masalah dalam pola eliminasinya. Kondisi sejak sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien belum BAB sejak masuk RS sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, namun untuk BAK terlihat dari kateter urine yang terpasang sejak masuk RS pada tanggal 04 Februari 2023. Data objektif, Pasien terpasang kateter urine dan mempergunakan pempers. Karakteristik urin yaitu berwarna kuning dengan volume 350-400 cc setiap 8 jam. Hasil pemeriksaan fisik, peristaltic usus tak di kaji, palpasi suprapubica kandung kemis kosong, nyeri batu ginjal tak di kaji, mulut urethra tiada pembengkakan ataupun pun lesi, anus tiada tanda radang ataupun pembengkakan.

Kajian pola aktivitas serta pelatihan, Data subjektif: Kondisi sebelum sakit Keluarga pasien memaparkan bahwasanya pasien aktif melakukan kegiatan diluar rumah mengingat pasien juga seorang mahasiswa. Kondisi sejak sakit, Keluarga pasien memaparkan sejak sakit pasien sekadar bisa berbaring lemah diatas tempat tidur rumah sakit serta segala aktivitas dibantu secara penuh oleh keluarga ataupun petugas kesehatan yang ada (perawat). Data objektif, aktivitas dan latihan pasien terlihat di bantu seperti makan, minum, berpakaian, kerapian, buang air kecil terpasang keteter urin (volume 350-400 cc), BAB tiada, mobilisasi

di tempat tidur di bantu, ambulasi di bantu, postur tegak lurus, gaya jalan tak dikaji, tiada gerak jalan yang cacat, tiada fiksasi, tracheostomie tiada. Pemeriksaan fisik : Perfusi pembuluh perifer kuku < 2 detik, thorax serta pernapasan : Inspeksi, bentuk thorax simetris, stridor negative, dyspnea d'Effort negative, sianosis negative. Palpasi, Vocal fremitus kiri serta kanan serupa. Perkusi, sonor, batas paru redup (ICS 4/5). Auskultasi, suara napas tambahan terdengar wheezing(+) dan ronkhi (-), suara ucapan tak jelas, suara tambahan wheezing(+) serta ronkhi (-). Jantung : inspeksi, ictus cordis tak terlihat, tak menggunakan pacu jantung. Palpasi ictus cordis tak mampu diraba, thrll negatif, HR 100x/menit, bruit aorta, arteri renalis, arteri femoralis (-). Lengan serta tungkai, atrofi otot(-), rentang gerak aktif, mati sendi serta kaku sendi tiada, reflex patologik Babinski kiri serta kanan negative, clubbing jari-jari negative, varices tungkai negative. Columna vertebralis, Inspeksi kelainan bentuk tiada, palpasi nyeri tekan (-).

Kajian pola tidur dan istirahat : Data subjektif, kondisi sebelum sakit. Keluarga pasien memaparkan sebelum sakit pasien kurang tidur dan istirahat dalam sehari hanya istirahat 4 - 5 jam per hari. Kondisi sejak sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien sering terbangun saat tidur kira-kira pasien tidur 5-6 jam sehari di rumah sakit. Data objektif, observasi ekspresi wajah mengantuk (+), banyak menguap (-), palpebrae (+).

Kajian pola persepsi kongnitif : Data subjektif, kondisi sebelum sakit. Keluarga pasien memaparkan pasien mempergunakan kacamata tetapi tak mempergunakan alat bantu pendengaran. Kondisi sejak sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien sulit untuk melihat karena tak mempergunakan alat bantu untuk melihat (kacamata) dan sering mengenali orang melalui suara. Data objektif, hasil observasi : pasien terlihat fokus saat di ajak interaksi. Pemeriksaan fisik : Penglihatan , cornea bersih, visus minim baik, pupil isokor (reflex pupil saat kena cahaya), tekanan intra ocular (TIO) tiada, lensa mata minim jernih.

Pendengaran : Pina bersih, canalis kotor jarang dibersihkan, tes pendengaran tak diselenggarakan.

Kajian pola persepsi dan konsep diri : Data subjektif, kondisi sebelum sakit. Keluarga pasien memaparkan pasien ialah orang yang percaya diri dan orang yang baik serta ramah kepada orang lain. Kondisi sejak sakit, Keluarga pasien memaparkan kepribadian pasien ataupun karakter pasien tak bisa terlihat saat ini. Data objektif saat observasi, kontak mata minim baik, rentang perhatian kurang baik, suara dan cara bicara tak jelas, postur tubuh tak tegak lurus. Pemeriksaan fisik, tiada kelainan bawaan yang nyata, Abdomen bentuk simetris, bayangan vena tiada, benjolan masa tiada dan tiada lesi kulit.

Kaji pola peran dan hubungan dengan sesama : Data subjektif, kondisi sebelum sakit. Keluarga pasien memaparkan pasien memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarga ataupun dengan tetangga dan masyarakat sekitar. Kondisi sebelum sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien terlihat masih sama seperti sebelum sakit Data objektif dari hasil observasi, Pasien terlihat memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarganya ataupun kerabat yang datang berkunjung dan pasien terlihat senang jika ada yang berkunjung untuk pasien.

Kaji pola reproduksi-seksualitas : Data subjektif, kondisi sebelum sakit Keluarga pasien memaparkan pasien tak memiliki masalah apapun dengan reproduksi ataupun seksualitasnya. Kondisi sebelum sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien terlihat memiliki masalah apapun dengan reproduksi ataupun seksualitasnya bahkan saat sakit. Data objektif, dari hasil observasi, Pasien tak memiliki masalah reproduksi ataupun seksualitasnya.

Kaji mekanisme koping dan toleransi terhadap stress. Data subjektif, kondisi sebelum sakit Keluarga pasien memaparkan pasien dapat mengatasi stress ataupun pun masalah yang di hadapi oleh pasien dengan baik. Kondisi saat sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien sering kehilangan “mood” dan sering “ngambek”. Data objektif, dari hasil

pengamatan Pasien terlihat murung jika tiada keluarganya saat dirumah sakit untuk menjaganya menjadikan pasien tak mau diberikan tindakan keperawatan. Pemeriksaan fisik : tekanan darah darah posisi berbaring 88/56 mmHg, dalam posisi duduk dan berdiri tak di lakukan karena pasien lemah, HR 100x/menit, kulit keringat dingin dan basah tiada.

Kaji pola sistem nilai dan kepercayaan : Data subjektif, kondisi sebelum sakit, Keluarga pasien memaparkan bahwasanya pasien sebelum sakit pasien taat beribadah. Kondisi sejak sakit, Pengkajian sulit untuk diselenggarakan mengingat pasien sekadar terbaring lemah dirumah sakit. Data objektif, dari hasil pengkajian Pasien terlihat selalu ada kunjungan doa dari suster ataupun saudara dan kerabatnya.

3.2 Klasifikasi Dan Analisa Data

Urutan prioritas masalah keperawatan diangkat melalui perolehan penelaahan yang diselenggarakan pada Tn. Y. S yakni bersihan jalan nafas tidak efektif, deficit nutrisi, intoleransi aktivitas. Masalah keperawatan tersebut diadaptasikan bersama pengkajian yang sudah difokuskan kepada pasien.

Masalah keperawatan pertama yang diangkat pada Tn. Y. S ialah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya nafas. Data subjektif yang mendukung hal ini yakni keluarga pasien memaparkan bahwasanya pasien merasa sesak saat bernapas, disertai batuk berlendir. Sementara data objektif yakni pasien terlihat sesak saat bernapas, RR: 20x/menit, suara napas tambahan : Whezing (+), Foto Thorax AP terdapat Edema pulmo.

Masalah keperawatan kedua yang diangkat pada Tn. Y. S ialah deficit nutrisi. Data subjektif pendukung masalah yakni Keluarga pasien memaparkan pasien sulit untuk makan dengan baik menjadikan terjadi turunnya nafsu makan. Makanan yang diberikan yaitu bubur saring dari rumah sakit sebanyak 10 sendok teh, dimana pasien makan dibantu oleh perawat dan ibunya. Data objektifnya yakni pasien terlihat sulit untuk diberi makan, dosis makanan yang di habiskan, pasien sekadar makan sedikit yaitu 10 sendok teh bubur saring yang setara dengan 50 cc pasien terlihat terbaring lemah, Pasien terlihat pucat,

Dengan hasil pengukuran lingkaran lengan atas 18 cm, tinggi badan 168 cm, berat badan 45 kg, IMT 15,9. Kesimpulan IMT klien dalam dibawah batas normal (Normal : 18,5-24,99).

Masalah keperawatan ketiga yang diangkat pada Tn. Y. S ialah intoleransi aktivitas. Data subjektif yang mendukung masalah ini yakni Keluarga pasien memaparkan sejak sakit, pasien sekadar bisa terbaring lemah pada tempat tidur RS serta segala aktivitas ditolong secara penuh oleh keluarganya ataupun pun perawat. Data objektifnya yakni pasien terlihat terbaring lemah, pucat, ADL dibantu penuh, pasien terpasang IVFD NS 0,9% 12 tpm, kateter urin, O2 simple mask 6 lpm.

3.3 Diagnosa $\frac{+}{+}$ Keperawatan

Dalam penulisan diagnosa keperawatan mengikuti Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI,2016). Terdapat tiga diagnosa keperawatan yakni pola nafas tidak efektif berhubungan hambatan Upaya nafas yang diindikasikan lewat data subjektif keluarga pasien memaparkan bahwasanya pasien merasa sesak saat bernapas, disertai batuk berlendir. Sementara data objektif yakni pasien terlihat sesak saat bernapas, RR: 20x/menit, suara napas tambahan : Whezing (+), Foto Thorax AP terdapat Edema pulmo.

Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan diindikasikan lewat data subjektif keluarga pasien memaparkan pasien sulit untuk makan dengan baik menjadikan terjadi turunnya nafsu makan. Makanan yang diberikan yaitu bubur saring dari rumah sakit sebanyak 10 sendok teh, dimana pasien makan dibantu oleh perawat dan ibunya. Data objektifnya yakni pasien terlihat sulit untuk diberi makan, dosis makanan yang di habiskan, pasien sekadar makan sedikit yaitu 10 sendok teh bubur saring yang setara dengan 50 cc pasien terlihat terbaring lemah, Pasien terlihat pucat, Dengan hasil pengukuran lingkaran lengan atas 18 cm, tinggi badan 168 cm, berat badan 45 kg, IMT 15,9. Kesimpulan IMT klien dalam dibawah batas normal (Normal : 18,5-24,99).

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen diindikasikan lewat data subjektif Keluarga pasien memaparkan sejak sakit, pasien sekadar bisa terbaring lemah pada tempat tidur RS serta segala aktivitas ditolong secara penuh oleh keluarganya ataupun pun perawat. Data objektifnya yakni pasien terlihat terbaring lemah, pucat, ADL dibantu penuh, pasien terpasang IVFD NS 0,9% 12 tpm, kateter urin, O2 simple mask 6 lpm.

3.4 Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan pada Tn. Y. S direkonstruksi atas prioritas diagnosis keperawatan yang di temukan ialah pola napas tidak efektif, deficit nutrisi, intoleransi aktivitas. Setiap diagnosa memiliki tujuan, kriteria hasil dan beberapa intervensi yang akan diberikan, dalam hal ini penulis mempergunakan standar penulisan SIKI dan SLKI.

Rencana asuhan keperawatan diagnosis pola nafas tidak efektif setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik. Kriteria hasil: Kapasitas vital meningkat, Tekanan ekspirasi meningkat, Tekanan inspirasi meningkat, Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu nafas menurun, Pernafasan cuping hidung menurun, Frekuensi nafas membaik, Kedalaman nafas membaik, Ekskorsi dada membaik
Intervensi keperawatan: Manajemen jalan nafas : 1) Observasi : Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronchi), Monitor sputum (jumlah, warna, aroma), 2) Terapeutik : Posisikan semi-fowler atau fowler, Berikan minum hangat, Lakukan fisioterapi dada, jika perlu, Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Berikan oksigen, jika perlu, 3) Edukasi : Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi, Ajarkan teknik batuk efektif, 4) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. jika perlu

Rencana asuhan keperawatan diagnosis deficit nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan status nutrisi membaik. Kriteria hasil: Porsi makan yang dihabiskan meningkat, Perasaan cepat kenyang menurun, Frekuensi

makan membaik, Nafsu makan membaik, Membran mukosa membaik. Intervensi keperawatan: Manajemen nutrisi : 1) Observasi : Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dari intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, 2) Terapeutik : Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, Fasilitasi menentukan pedoman diet, Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makanan, jika perlu, 3) Edukasi : Anjurkan posisi duduk, jika mampu, Ajarkan diet yang diprogramkan, 4) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalkan pereda nyeri, antilemetik), jika perlu, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

Rencana asuhan keperawatan diagnosis Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan intoleransi aktivitas meningkat. Kriteria hasil: Saturasi oksigen meningkat, Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun, Dispnea setelah aktivitas menurun, Sianosis menurun, Tekanan darah membaik, Frekuensi nafas membaik. Intervensi keperawatan: Manajemen energi : 1) Observasi : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama aktivitas, 2) Terapeutik : Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan), Lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif, Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, 3) Edukasi : Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, Ajarkan coping untuk mengurangi kelelahan, 4) Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

3.5 Implementasi

Implementasi yang diselenggarakan terhadap tiga diagnosa yang diangkat pada Tn. Y. S diselenggarakan bersesuaian dengan rancangan intervensi keperawatan yang sudah direkonstruksi sebelumnya. Pengimplementasian terkait diselenggarakan selama 3 x 7 jam dan setiap implementasi diberikan sudah dilakukannya kontrak waktu terlebih dahulu dengan pasien.

Perawatan hari pertama pada hari sabtu, 04 Februari 2023 yaitu diagnosa pertama Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya nafas, dengan implementasi yang sudah diselenggarakan pertama ialah jam 07:30 memonitor tanda-tanda vital dengan respon/hasil : frekuensi napas 20x/menit serta irama napas cepat, berikut implemetasi kedua pukul 08:30 memonitor saturasi dengan respon/hasil : SpO² 98%, selanjutnya impelementasi ketiga pukul 08:35 mempertahankan kepatenan jalan napas dengan hasil/respon : terpasang oksigen dengan aliran 4 liter/menit dan impelementasi pukul 09:15 keempat memberi posisi semi fowler dengan hasil/respon : pasien terlihat nyaman dengan posisi semi fowler, implemetasi kelima pukul 09:40 memonitor kecepatan dan efektivitas aliran oksigen dengan respon/hasil :terpasang oksigen dengan mempergunakan nasal kanul dengan laju aliran 4 liter/menit serta impelementasi keenam pukul 09:45 memberi oksigen nasal kanul dengan aliran 4 liter/menit dengan hasil/respon : terpasang oksigen dengan mempergunakan nasal kanul dengan aliran 4 liter/menit. Perawatan hari pertama dengan diagnosa ke dua yaitu Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan dengan implementasi pertama pada pukul 11:00 Mengkaji pola makan klien : makan 3x/hari, jenis nasi, sayur, daging,

tempe dan tahu, porsi makan yang diberikan tidak habis, hanya mampu menghabiskan 5 sendok, implementasi kedua pada pukul 14:30 Menimbang berat badan pasien dengan hasil 45 kg, implementasi ketiga pada pukul 14:35 Membantu melakukan oral hygiene. Perawatan hari pertama diagnosa ketiga Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan suplai O₂ ke tubuh menurun dengan implementasi pertama yang diselenggarakan pada pukul 15:00 memonitor kelelahan fisik dan emosional dengan hasil :pasien terlihat lemah dan tenang, implementasi kedua pada pukul 15:05 memonitor pola tidur dengan hasil : pasien terlihat lemah dan mengantuk, implementasi ketiga pukul 15:20 menyediakan lingkungan yang nyaman dan minim stimulus dengan hasil : pasien terlihat tenang dengan lingkungan yang nyaman dan pasien dapat istirahat, implementasi yang keempat pukul 17:00 memberi posisi miring kiri/ miring kanan dengan hasil : pasien terlihat nyaman dengan posisi miring kiri miring kanan.

Perawatan hari kedua pada tanggal 06 Februari 2023 dengan diagnosa pertama Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya nafas dengan semua intervensi dilanjutkan diagnosa pertama implementasi pertama pukul 07:30 memonitor frekuensi napas, irama dan usaha napas dengan hasil : frekuensi napas 22x/menit dan irama napas lambat, implementasi kedua pukul 08:30 memonitor saturasi oksigen hasil : SpO₂ 98 %, implementasi ketiga pukul 08:35 memonitor kecepatan dan efektivitas aliran oksigen hasil : terpasang oksigen dengan mempergunakan nasal kanul dengan laju aliran 4 liter/menit, implementasi keempat pukul 09:15 Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan hasil : terpasang oksigen dengan aliran 4 liter/menit dan pada pasien diberikan posisi semi fowler, implementasi kelima pukul 09:30 memberi posisi semi fowler hasil : pasien terlihat nyaman dengan posisi semi fowler, implementasi keenam pukul 09:40 memberi dosis oksigen dengan hasil : terpasang oksigen mempergunakan nasal kanul dengan aliran 4 liter/menit. Perawatan hari kedua dengan dengan diagnosa kedua implementasi pertama pukul 11:00 memonitor asupan makan dengan hasil : masih sama hanya menghabiskan 10 sendok teh, pukul 14:30 memonitor intake dan output cairan

hasil : intake yang masuk 500cc Ns dan 100cc air mineral dan urin output 400cc, implementasi ketiga pukul 14:40 mengukur berat badan dengan hasil : 45kg. Perawatan hari kedua dengan diagnosa ketiga implementasi pertama pukul 15:00 memonitor kelelahan fisik dan emosional hasil : pasien terlihat lemah dan tenang, implementasi kedua pukul 15:20 memonitor pola tidur dengan hasil : pasien terlihat lemah dan mengantuk, implementasi ketiga pukul 15:30 menyediakan lingkungan yang nyaman dan minim stimulus hasil : pasien terlihat tenang dengan lingkungan yang nyaman dan pasien dapat beristirahat, implementasi keempat pukul 15:30 memberi posisi miring kiri/miring kanan hasil : pasien nyaman dengan posisi miring kiri miring kanan.

Perawatan hari ketiga dengan diagnosa pertama semua intervensi dilanjutkan semua pada tanggal 07 Februari 2023, implementasi pertama pukul 07:30 memonitor frekuensi napas, irama dan usaha napas hasil : frekuensi napas 21x/menit irama napas lambat, implementasi kedua pukul 08:30 memonitor saturasi oksigen hasil : SpO2 97%, implementasi ketiga pukul 08:35 memonitor kecepatan dan efektivitas aliran oksigen dengan hasil : terpasang oksigen dengan mempergunakan nasal kanul dengan laju aliran 4 liter/menit, implementasi keempat pukul 09:15 mempertahankan kepatenan jalan napas hasil : terpasang oksigen dengan aliran 4 liter/menit dan pada pasien diberikan posisi semi fowler, implementasi pertama pukul 09:40 memberi posisi semi fowler hasil : pasien terlihat nyaman dengan posisi semi fowler, implementasi keenam pukul 09:40 memberi oksigen hasil : terpasang oksigen mempergunakan nasal kanul 4 liter/menit. Perawatan hari ketiga dengan diagnosa ke dua, implementasi pertama pukul 11:00 memonitor berat badan hasil : 45,5kg, implementasi kedua pukul 14:30 Memberikan makanan sedikit-demi sedikit dengan kondisi hangat hasil : pasien makan sedikit demi sedikit asupan makan mulai naik , implementasi ketiga pukul 14:40 Melakukan oral hygiene sebelum makan hasil : pasien terlihat lebih nyaman untuk makan. Perawatan hari ketiga diagnosa ketiga dengan implementasi pertama pukul 15:10 memonitor kelelahan fisik dan emosional hasil : pasien terlihat lemah

dan tenang, implementasi kedua pukul 15:15 memonitor pola tidur hasil : pasien terlihat lemah dan mengantuk, implementasi ketiga pukul 15:20 menyediakan lingkungan yang nyaman dan minim stimulus dengan hasil : pasien terlihat nyaman dengan lingkungan yang tenang dan dapat beristirahat dengan baik, implementasi keempat pukul 17:00 memberi posisi miring kiri/miring kanan dengan hasil : pasien terlihat nyaman dengan posisi miring kiri miring kanan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan dipaparkan kesenjangan antara teori serta kasus yang nyata khususnya pada pasien Tn. Y. S dengan diagnosa medik Pneumonia di Ruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi Manado. Pendekatan yang dipergunakan pada studi kasus ini yaitu pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan intervensi serta evaluasi dengan teori dan evidence based sebelumnya.

4.1 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL

1. Pengkajian

Pada pengkajian yang diselenggarakan pada kasus Tn. Y.S ialah pengkajian head to toe (B6 : Breathing, Blood, Brain, Blandder, Bowel dan Bone), serta data subjektif yang diperoleh dari pasien serta keluarga serta data objektif didapatkan dari status medis pasien serta dari perawat yang dikaji diruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi. Pengkajian ini selaras dengan studi milik (Anggraeni & Suryandari, 2019), yakni data subjektif dari keluarga, pasien dan objektif dapat dari perawat dan status pasien.

Pada pengkajian berikutnya ialah tanda dan gejala pada klien dengan pneumonia menurut (Waladani et al., 2019), yaitu keluhan sesak napas di sertai nyeri dada sebelah kiri, skala 5 dan edema di kedua kakinya, tubuh terasa lemas. Tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 64x/menit, respirasi 28x/menit, suhu 36°C, dan saturasi oksigen 95%. Serta dikaitkan asuhan teori yang diselenggarakan oleh (Wiyandhka & Agustin., 2020) ditemukan pertanda serta implikasi pada pasien pneumonia yaitu dyspnea fatigue, serta gelisah. Sementara studi kasus yang diselenggarakan penulis pada kasus nyata pada Tn. Y. S di Ruang ICU RS Robert Wolter Monginsidi di temukan bahwasanya mengalami sesak saat bernapas dan menggunakan otot bantu diaphragma sebagai otot bantu pernapasan, kondisi terlihat terbaring lemah, pucat, dan ADL di bantu secara penuh, terlihat sesak, terpasang ivfd ns 0,9% 14 tpm, keteter urin

sejak masuk rs pada tanggal 04 Februari 2023, O² menggunakan nasal kanul 4 liter/menit. Tekanan darah 88/56mmHg, nadi 100x/menit, , suhu 36,5°C, respirasi 20x/menit, dengan irama cepat dan lemah jenis dada.

Dari hasil analisa penulis mampu dikatakan bahwasanya tiada kesenjangan diantara teori serta kasus Tn. Y. S karena beberapa pengkajian tanda dan gejala tak ditemukan nyeri dada sebelah kiri, skala 5 dan edema di kedua kakinya dan dyspnea fatigue dan gelisah.

2. Diagnosis

Hasil analisis di kaitkan dengan teori yang dikemukakan oleh (Wiyandhka & Agustin, 2022) dengan perumusan diagnosa : 1.) Pola napas tidak efektif dan 2.) Defisit Nutrisi, serta hasil analisis perumusan diagnosa keperawatan dari Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016 diagnosa yang muncul ialah 1) Bersihan Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan, nafas membaik, 2) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler, 3) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, 4) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, 5) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan, 6) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, 7) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, 8) Resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif. (Sari , 2020).

Pada kasus Tn. Y. S ditemukan 3 diagnosa keperawatan sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) yaitu 1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (misalkan nyeri saat bernapas). 2) Turunnya curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. 3) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan suplai O₂ ke tubuh menurun. Dari perolehan terkait mampu dikatakan bahwasanya eksistensi persamaan kesenjangan teori serta kasus nyata pada Tn. Y. S Hal ini dibenarkan terdapat 2 diagnosa pada teori masuk dalam kasus tersebut.

3. Intervensi

Perencanaan keperawatan ialah satu petunjuk ataupun bukti tertulis yang memaparkan secara akurat perihal rancangan tindakan keperawatan yang diselenggarakan kepada klien sesuai dengan urgensinya didasari diagnosa keperawatan (Johansson & Pajala, 2018)

Intervensi keperawatan menurut (Anggraeni & Suryandari, 2019) dengan diagnosa pertama Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hiperventilasi (Nanda, 2018). pada teori terdapat 7 intervensi menggunakan NIC-NOC yaitu 1.) Memonitori kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernapas, 2.) memonitori pola napas, 3.) Memonitori saturasi oksigen pada pasien yang tersedasi, 4.) Memonitori keluhan sesak napas pasien, 5.) Berilah bantuan terapi napas (terapi relaksasi napas dalam, 6.) Posisikan semi fowler pasien untuk maksimalkan ventilasi, motivasi pasien untuk bernapas pelan dan dalam (relaksasi napas dalam), 7.) Kolaborasi dengan pemberian oksigen sesuai indikasi.

Menurut (Usniah, 2022) dengan diagnosa kedua Defisit Nutri berhubungan dengan perubahan afterload, pada teori terdapat 10 intervensi yaitu 1.) Identifikasi makanan yang disukai 2) Monitor asupan makanan 3) Monitor berat badan 4) Monitor hasil laboratorium 5) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 6) Berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein 7) Berikan suplemen makanan 8) Anjurkan pasien duduk, jika mampu 9) Ajarkan diet yang diprogramkan 10) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antilemetik) dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan . Pada kasus nyata pada Tn. Y. S terdapat 6 intervensi yang paparkan oleh penulis yaitu 1.) monitor asupan makanan , 2.) Monitor berat badan, 3.) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, 4.) Berikan suplemen makan, 5.) Kolaborasi pemberian medikasi.

Menurut (Mansyur, 2021) dengan diagnosa ketiga yaitu Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan suplai O₂ dan kebutuhan oksigen. Pada teori terdapat 5 intervensi yaitu 1.) Identifikasi deficit tingkat aktivitas, 2.) Libatkan keluarga dalam aktivitas, 3.) Mengajarkan cara menjalankan

aktivitas sehari-hari, 4.) menganjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif dalam aktivitas, 5.) Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merancang dan memonitori program aktivitas. Dalam kasus nyata Tn. Y. S dengan diagnosa Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan suplai O₂ ke tubuh menurun. Penulis menggunakan 4 intervensi yang di ambil dari SIKI yaitu 1.) Memonitori kelelahan fisik dan emosional, 2.) Memonitori pola tidur 3.) Menyediakan lingkungan yang nyaman dan minim stimulus, 4.) berilah posisi miring kiri/miring kanan. Pada kasus Tn. Y. S menggunakan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018). Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan usaha napas (misalkan nyeri saat bernapas). dengan 6 intervensi yaitu 1.) Memonitori frekuensi napas, irama dan usaha napas, 2.) Memonitori saturasi oksigen, 3.) memonitori kecepatan dan efektivitas aliran oksigen, 4.) Pertahankan kepatenan jalan napas, 5.) Berilah posisi semi fowler, 6.) Pemberian dosis oksigen.

Dari beberapa intervensi di atas dapat tiada kesenjangan teori dan kasus nyata pada Tn. Y. S. Hal ini dibenarkan intervensi pada teori tak masuk dalam kasus Tn. Y. S tersebut. Dari beberapa intervensi di atas dapat disimpulkan bahwasanya tiada kesenjangan teori dan kasus nyata pada Ny. FT. Hal ini dibenarkan terdapat beberapa intervensi pada teori tak masuk dalam kasus Ny. FT tersebut.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan ialah tahap pelaksanaan intervensi yang telah direncanakan. Menurut (Wiyandhka & Agustin, 2022) implementasi diberikan selama 4 perawatan hari dari 2 diagnosa. Sementara dalam studi kasus pada Tn. Y. S diberikan implementasi selama 3 hari perawatan. Sehingga pengimplementasian diselenggarakan sesuai dengan perencanaan intervensi yang sudah dibangun. Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan ada kesenjangan teori serta kasus, menjadikan semua intervensi yang diberikan dapat sejalan searah.

5. Evaluasi

Evaluasi ialah tahapan akhir dari aktivitas keperawatan guna menilai tercapai ataupun tak tercapainya tujuan pemberian asuhan keperawatan. Didasari asuhan keperawatan yang sudah diselenggarakan oleh (Ulinuha, n.d.2020) menunjukkan hasil bahwasanya asuhan keperawatan yang telah diselenggarakan teratasi sesuai tujuan serta kriteria hasil yang diharap yakni setelah diselenggarakan keperawatan kurun 3x24 jam perawatan. Berdasarkan hasil evaluasi pada Tn. Y. S setelah diselenggarakan perawatan kurun 3 hari selama 7 jam perawatan. Masalah keperawatan belum teratasi, karena pasien pindah ke ruangan rawat inap untuk menangani khusus dan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil belum tercapai.

4.2 Keterbatasan Pelaksanaan

Keterbatasan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners yaitu pada saat pengkajian pasien tak kooperatif serta waktu cukup singkat dan pengkajian pasien membutuh waktu yang lama, karena pasien masih kondisi sakit berat, seingga ada beberapa kendala dalam tahap implementasi dan evaluasi tak jalan secara maksimal dan penulis tak mengontrol pasien dalam 24 jam. Dan proses penyusunan karya ilmiah akhir ners kurun waktu sangat cepat dan banyak kekurangan dalam penyusun KIAN ini kerena baru pertama kali meyusun membuat laporan akhir ners.

BAB V

PENUTUP

Pada bagian penutup karya ilmiah yang didalamnya terdapat kesimpulan ataupun saran yang mampu berguna guna mengoptimalkan kualitas pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia.

5.1 Kesimpulan

Pasien Tn.Y. S dirawat diruangan ICU Rumah Sakit Robert Wolter Monginsidi Manado dengan diagnosa medis Pneumonia. Pada pemberian asuhan keperawatan diselenggarakan berdasarkan proses keperawatan mulai dari pengkajian yang diselenggarakan dengan mengumpulkan data subjektif yang berasal dari pasien dan keluarga serta data objektif yang diperoleh melalui observasi dan pemeriksaan fisik. Setelah proses pengumpulan data selesai maka data yang ada di klasifikasikan berdasarkan masalah keperawatan dan selanjutnya dianalisis untuk penentuan diagnosa keperawatan. Pada pasien Tn. Y. S terdapat 3 diagnosa keperawatan yang dirumuskan yaitu Pola jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan, Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dimana untuk mengatasi ketiga masalah tersebut diselenggarakan proses intervensi keperawatan untuk merancang tindakan yang akan diselenggarakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan diselenggarakan selama 3x7 jam perawatan yang memberi hasil pada evaluasi yaitu setelah diselenggarakan perawatan selama 3x7 jam maka semua masalah keperawatan yang ditemukan terselesaikan bersesuaian dengan tujuan serta kriteria hasil yang ditetapkan sebelumnya.

5.2 Saran

5.2.1 Saran untuk Keperawatan

Diharap ada peningkatan pelaksanaan peneliti dalam bidang keperawatan kegawatdarurat khususnya pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan yaitu Pneumonia. menjadikan pada pemberian asuhan keperawatan akan lebih spesifik pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan dalam mengatasi masalah keperawatan pasien

5.2.2 Saran Untuk Rumah Sakit

Diharapkan pihak rumah sakit dapat mengoptimalkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia, terlebih khususnya dalam pelaksanaan tindakan yang dapat diselenggarakan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ditemukan.

5.2.3 Saran Untuk Penelitian

Diharapkan pada pelaksanaan penelitian selanjutnya dapat lebih teliti dengan cermat terkait pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Pneumonia* terutama dalam penentuan tindakan keperawatan yang tepat guna menyelesaikan permasalahan keperawatan sesuai dengan keadaan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anita Y. (2019). Pengaruh Nafas Dalam dan Posisi Terhadap Saturasi Oksigen dan Frekuensi Nafas Pada Pasien Asma. *Jurnal Keperawatan Raflesia : Poltekkes Kemenkes Bengkulu*. ISSN: 2656-6222.
- Bintang P. (2019). Urgency Praktik Pranayama di Era Milenial. *Jurnal Yoga dan Kesehatan : Brahma Widya IHDN*. ISSN : 2621-0185.
- M.K Taneja. (2020). Modified Bhramari Pranayama in Covid 19 Infection. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. doi.org/10.1128/JVI.79.3.1966-1969.2005.
- Muttaqin A (2018). Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem pernafasan. Jakarta : Salemba Medika
- Tika S D. (2020). Pengaruh Latihan Slowdeep Breathing Terhadap Respiration Rate Pada Pasien Ispa. *Jurnal Darul Azhar Vol 9, No.1 Februari 2020 – Juli 2020 : 70 – 76*. 89
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2020). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (3 ed.). Jakarta: PT Rineka Cipta.
- SDKI. (2019). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1, Jakarta: DPP PPNI.
- SDKI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1, Jakarta: DPP PPNI.
- SDKI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1, Jakarta: DPP PPNI.
- Utama, A. (2018). Keperawatan Medikal bedah sistem perkemihan. Jakarta timur : CV. Trans Info media.

Lampiran 1

LAMPIRAN

FORMAT PENGKAJIAN

Pengkajian

Nama Mahasiswa yang mengkaji : Namira I. NIM : 22062072
Ruang/kamar : ICU Tgl Pengkajian : 04 Februari
2023
Tanggal Masuk RS : 04 Februari 2023 Waktu Pengkajian : 14.00 Wita
Auto Anamnese

1. IDENTIFIKASI

A. Klien

Nama Initial : Tn. Y. S
Tempat/Tanggal Lahir : Manado, 11 Desember 200
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Status : Belum Menikah
Agama. : Islam
Warga Negara. : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Indonesia
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa
Alamat : Sumompo

B. Penanggung jawab

Nama Initial : Ny. A. M
Alamat : Sumompo
Hubungan dengan klien : Ibu

2. Data medik

Dikirim oleh : UGD
Diagnosa Medik : Pneumonia

3. Keadaan Umum

A. Keadaan Sakit

Keluhan Utama : Sesak nafas

Riwayat Penyakit Sekarang : Mengalami sesak nafas sejak 3 yll, disertai batuk berlendir dan panas, Tn Y. S juga mengeluh kedua kakinya mengalami bengkak sejak 3 hari terakhir dan bengkak terus bertambah.

B. Tanda-Tanda Vital

Kesadaran : Compos Mentis

Glasgow coma scale : Eye 4, Motorik 6, Verbal 5 jumlah 15.

TD : 88/56 MmHg

MAP : 77 MmHg

Suhu tubuh : 36,5°C (Forehead)

Nadi : 100 x/menit

Pernapasan : 20x/menit

Irama : Cepat

Jenis : Dada

SPO2 : 90%

C. Pengukuran

Berat Badan : 45 Kg

Tinggi Badan : 168 Cm

IMT : 15,9 kg

LLA : 18 Cm

Kesimpulan IMT klien dibawah batas normal (18,5 - 25cm).

Genogram :

Pengkajian Pola kesehatan

A. Kajian persepsi kesehatan-pemeliharaan kesehatan

Riwayat penyakit yang pernah diderita : Keluarga klien mengatakan sebelumnya sering merasakan sesak nafas disertai batuk sejak 1 tahun terakhir. Penanganan yang diselenggarakan selama pasien sakit yaitu menjalankan kontrol ke dokter keluarga. Data Subjektif, Kondisi

sebelum sakit : Keluarga pasien memaparkan pasien sudah cukup lama mengalami sesak nafas disertai batuk dengan penanganan yang diselenggarakan yaitu menjalankan kontrol ke dokter dan minum obat yaitu obat ambroxol 30mg dan salbutamol 2mg. Kondisi sejak sakit :Keluarga klien memaparkan sakit yang dialami klien membuat klien sulit untuk makan sehingga berat badan klien turun drastis hingga 20kg. Data Objektif : data observasi, Kebersihan rambut: bersih tidak terdapat ketombe, tidak ada uban, Kulit kepala Bersih, tiada lesi, kulit bersih, tiada edema serta lesi, hygiene rongga mulut terlihat Kotor, lidah putih, tak mempergunakan gigi palsu, tanda/Scar vaksinasn cacar.

B. Kajian nutrisi metabolik

Data subejektif: kondisi sebelum sakit : Keluarga pasien memaparkan pasien makan teratur 3 kali sehari dengan ikan nasi, sayuran, pula buah-buahan. Kondisi sejak sakit : Keluarga pasien memaparkan pasien sulit untuk makan dengan baik menjadikan terjadi turunnya nafsu makan. Makanan yang diberikan yaitu bubur saring dari rumah sakit sebanyak 10 sendok teh, dimana pasien makan dibantu oleh perawat dan ibunya. Untuk minum, pasien minum sekitar 1 gelas setiap hari. Data observasi, Pasien terlihat sulit untuk diberi makan, dosis makanan yang di habiskan, pasien sekadar makan sedikit yaitu 10 sendok teh bubur saring yang setara dengan 50 cc. Dan untuk minum minim lebih 100 cc air mineral. Pemeriksaan fisik : Kondisi rambut bersih, hidrasi kulit kering, palpbrae berwarna gelap, congungtiva anemis, sclera normal, hidung simetris, ronggs mulut tiada stomatitis dan tiada pendarahan, gusi berwarna merah muda dan tiada perdarahan, gigi geligi tak lengkap beberapa gigi sudah tercabut, tak menggunakan gigi palsu,tak mampu untuk menguyah makanan keras, tonsil normal, pharing tiada pembengkakan ataupun terlihat normal, tiada kelenjar getah bening, kelenjar parotis tak pembengkakan, kelenjar tyroid tiada bengkak,. Abdomen: inpeksi

bentuknya sismetris, bayangan vena tak terlihat, benjolan vena tak terlihat. Auskultasi tak di kaji, palpasi : tanda nyeri umum tiada, masa tiada, hidrasi kulit tiada, tiada pembesaran hepar, tak teraba lien, perkusi : ascites negatif. Kulit spider naevi, uremic frost, edema, icteric dan tanda radang dengan hasil negative dan tiada lesi,

C. Kajian pola eliminasi

Data subjektif : Kondisi sebelum sakit, Data objektif, keluarga pasien memaparkan sebelum sakit pasien BAB 1-2x/hari, dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas,. dan BAK biasanya 3-4x/hari, warna kuning jernih, serta pasien memaparkan tiada masalah dalam pola eliminasinya. Kondisi sejak sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien belum BAB sejak masuk RS sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, namun untuk BAK terlihat dari kateter urine yang terpasang sejak masuk RS pada tanggal 04 Februari 2023. Data objektif, Pasien terpasang kateter urine dan mempergunakan pempers. Karakteristik urin yaitu berwarna kuning dengan volume 350-400 cc setiap 8 jam. Hasil pemeriksaan fisik, peristaltic usus tak di kaji, palpasi suprapubica kandung kemis kosong, nyeri batu ginjal tak di kaji, mulut urethra tiada pembengkakan ataupun pun lesi, anus tiada tanda radang ataupun pembengkakan.

D. Kajian pola aktifitas

Data subjektif: Kondisi sebelum sakit Keluarga pasien memaparkan bahwasanya pasien aktif melakukan kegiatan diluar rumah mengingat pasien juga seorang mahasiswa. Kondisi sejak sakit, Keluarga pasien memaparkan sejak sakit pasien sekadar bisa berbaring lemah diatas tempat tidur rumah sakit serta segala aktivitas dibantu secara penuh oleh keluarga ataupun petugas kesehatan yang ada (perawat). Data objektif, aktivitas dan latihan pasien terlihat di bantu seperti makan, minum, berpakaian, kerapian, buang air kecil terpasang keteter urin (volume 350-400 cc), BAB tiada, mobilisasi di tempat tidur di bantu, ambulasi di bantu, postur tegak lurus, gaya jalan tak dikaji, tiada gerak

jalan yang cacat, tiada fiksasi, tracheostomie tiada. Pemeriksaan fisik : Perfusion pembuluh perifer kuku < 2 detik, thorax serta pernapasan : Inspeksi, bentuk thorax simetris, stridor negative, dyspnea d'Effort negative, sianosis negative. Palpasi, Vocal fremitus kiri serta kanan serupa. Perkusi, sonor, batas paru redup (ICS 4/5). Auskultasi, suara napas tambahan terdengar wheezing(+) dan ronchi (-), suara ucapan tak jelas, suara tambahan wheezing(+) serta ronchi (-). Jantung : inspeksi, ictus cordis tak terlihat, tak menggunakan pacu jantung. Palpasi ictus cordis tak mampu diraba, thrill negatif, HR 100x/menit, bruit aorta, arteri renalis, arteri femoralis (-). Lengan serta tungkai, atrofi otot(-), rentang gerak aktif, mati sendi serta kaku sendi tiada, reflex patologik Babinski kiri serta kanan negative, clubbing jari-jari negative, varices tungkai negative. Columna vertebralis, Inspeksi kelainan bentuk tiada, palpasi nyeri tekan (-).

E. Kajian pola tidur dan istirahat

Data subjektif, kondisi sebelum sakit. Keluarga pasien memaparkan sebelum sakit pasien kurang tidur dan istirahat dalam seari hanya istirahat 4 - 5 jam per hari. Kondisi sejak sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien sering terbangun saat tidur kira-kira pasien tidur 5-6 jam sehari di rumah sakit. Data objektif, observasi ekspresi wajah mengantuk (+), banyak menguap (-), palpebrae (+).

F. Kajian pola persepsi kognitif

Data subjektif, kondisi sebelum sakit. Keluarga pasien memaparkan pasien mempergunakan kacamata tetapi tak mempergunakan alat bantu pendengaran. Kondisi sejak sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien sulit untuk melihat karena tak mempergunakan alat bantu untuk melihat (kacamata) dan sering mengenali orang melalui suara. Data objektif, hasil observasi : pasien terlihat fokus saat di ajak interaksi. Pemeriksaan fisik : Penglihatan , cornea bersih, visus minim baik, pupil isokor (reflex pupil saat kena cahaya), tekanan intra ocular

(TIO) tiada, lensa mata minim jernih. Pendengaran : Pina bersih, canalis kotor jarang dibersihkan, tes pendengaran tak diselenggarakan.

G. Kajian pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif, kondisi sebelum sakit. Keluarga pasien memaparkan pasien ialah orang yang percaya diri dan orang yang baik serta ramah kepada orang lain. Kondisi sejak sakit, Keluarga pasien memaparkan kepribadian pasien ataupun karakter pasien tak bisa terlihat saat ini. Data objektif saat observasi, kontak mata minim baik, rentang perhatian kurang baik, suara dan cara bicara tak jelas, postur tubuh tak tegak lurus. Pemeriksaan fisik, tiada kelainan bawaan yang nyata, Abdomen bentuk simetris, bayangan vena tiada, benjolan masa tiada dan tiada lesi kulit.

H. Kaji pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subjektif, kondisi sebelum sakit. Keluarga pasien memaparkan pasien memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarga ataupun dengan tetangga dan masyarakat sekitar. Kondisi sebelum sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien terlihat masih sama seperti sebelum sakit Data objektif dari hasil observasi, Pasien terlihat memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarganya ataupun kerabat yang datang berkunjung dan pasien terlihat senang jika ada yang berkunjung untuk pasien.

I. Kaji pola reproduksi-seksualitas

Data subjektif, kondisi sebelum sakit Keluarga pasien memaparkan pasien tak memiliki masalah apapun dengan reproduksi ataupun seksualitasnya. Kondisi sebelum sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien terlihat memiliki masalah apapun dengan reproduksi ataupun seksualitasnya bahkan saat sakit. Data objektif, dari hasil observasi, Pasien tak memiliki masalah reproduksi ataupun seksualitasnya.

J. Kaji mekanisme coping dan toleransi terhadap stress.

Data subjektif, kondisi sebelum sakit Keluarga pasien memaparkan pasien dapat mengatasi stress ataupun masalah yang di hadapi oleh pasien dengan baik. Kondisi saat sakit, Keluarga pasien memaparkan pasien sering kehilangan “mood” dan sering “ngambek”. Data objektif, dari hasil pengamatan pasien terlihat murung jika tiada keluarganya saat dirumah sakit untuk menjaganya menjadikan pasien tak mau diberikan tindakan keperawatan. Pemeriksaan fisik : tekanan darah darah posisi berbaring 88/56 mmHg, dalam posisi duduk dan berdiri tak di lakukan karena pasien lemah, HR 100x/menit, kulit keringat dingin dan basah tiada.

K. Kaji pola sistem nilai dan kepercayaan :

Data subjektif, kondisi sebelum sakit, Keluarga pasien memaparkan bahwasanya pasien sebelum sakit pasien taat beribadah. Kondisi sejak sakit, Pengkajian sulit untuk diselenggarakan mengingat pasien sekadar terbaring lemah dirumah sakit. Data objektif, dari hasil pengkajian Pasien terlihat selalu ada kunjungan doa dari suster ataupun saudara dan kerabatnya

Lampiran 2

LAMPIRAN DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

Nama obat :

- Nebulizer Combivent
- Levofloxacin
- IVFD NaCl 0,9%

Klasifikasi obat :

- Combivent mengandung bahan aktif ipratropium bromide dan salbutamol sulfat. Gabungan bahan aktif ini bekerja dengan cara melebarkan bronkus dan melemaskan otot-otot saluran pernapasan, sehingga aliran udara ke paru-paru akan meningkat.
- Levofloxacin adalah obat antibiotik yang bermanfaat untuk mengobati penyakit akibat infeksi bakteri, seperti pneumonia, sinusitis, prostatitis, konjungtivitis, infeksi saluran kemih, dan infeksi kulit. Ketorolac yaitu obat pereda nyeri sedang hingga berat
- IVFD NaCl 0,9% merupakan cairan infus yang mengandung NaCl 0,9%

Dosis obat :

- Nebulizer Combivent : 1 UDV
- Levofloxacin : 500 mg, 1–2 kali sehari, selama 7–14 hari
- IVFD NaCl 0,9% : 500 ml

Cara pemberian obat :

- Nebulizer Combivent : Melalui nebulizer yang akan mengubah cairan Combivent menjadi uap
- Levofloxacin : Melalui oral
- IVFD NaCl 0,9% : Melalui intravena

Mekanisme kerja/ fungsi obat :

- Nebulizer Combivent : Untuk meredakan dan mencegah munculnya gejala sesak napas atau mengi akibat penyempitan saluran pernapasan
- Levofloxacin : Bekerja dengan cara menghambat enzim yang diperlukan oleh bakteri untuk memperbanyak diri. Dengan begitu,

pertumbuhan bakteri dapat dihambat dan sistem kekebalan tubuh dapat membunuh bakteri yang tersisa.

- IVFD NaCl 0,9% : Infus ini digunakan untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi

Kontra indikasi :

- Nebulizer Combivent : Obat ini tidak disarankan pada ibu hamil dan ibu menyusui karena potensinya untuk menimbulkan abnormalitas pada janin/bayi..
- Levofloxacin : Sedang menderita gagal jantung, denyut jantung yang lambat, diabetes, penyakit ginjal, hipertensi, aneurisma aorta, depresi, kejang, epilepsi, penyakit liver, hipokalemia, atau gangguan saraf, seperti neuropati perifer.
- IVFD NaCl 0,9% : Kondisi dimana pemberian natrium klorida dapat membahayakan. Gagal Jantung Kongestif.

Efek Samping :

- Nebulizer Combivent : Sakit kepala, Mulut atau tenggorokan kering, Batuk, Mual atau muntah, Diare, Sembelit.
- Levofloxacin : Mual, muntah, Gangguan pencernaan, seperti heartburn, diare, dan sembelit, Pusing, Sakit kepala, Gangguan tidur.
- IVFD NaCl 0,9% : Pembengkakan terutama pada kaki, Hipernatremia, Rasa haus, Demam, Takikardi, Hipertensi, Sakit kepala, Pusing, Rasa kelelahan, Iritabilitas, Mulut kering, Infeksi pada daerah penyuntikan.

Lampiran 3

Asuhan Keperawatan

Analisa Data

1. Masalah keperawatan pertama yang diangkat pada Tn. Y. S ialah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya nafas. Data subjektif yang mendukung hal ini yakni keluarga pasien memaparkan bahwasanya pasien merasa sesak saat bernapas, disertai batuk berlendir. Sementara data objektif yakni pasien terlihat sesak saat bernapas, RR: 20x/menit, suara napas tambahan : Whezing (+), Foto Thorax AP terdapat Edema pulmo.
2. Masalah keperawatan kedua yang diangkat pada Tn. Y. S ialah deficit nutrisi. Data subjektif pendukung masalah yakni Keluarga pasien memaparkan pasien sulit untuk makan dengan baik menjadikan terjadi turunnya nafsu makan. Makanan yang diberikan yaitu bubur saring dari rumah sakit sebanyak 10 sendok teh, dimana pasien makan dibantu oleh perawat dan ibunya. Data objektifnya yakni pasien terlihat sulit untuk diberi makan, dosis makanan yang di habiskan, pasien sekadar makan sedikit yaitu 10 sendok teh bubur saring yang setara dengan 50 cc pasien terlihat terbaring lemah, Pasien terlihat pucat, Dengan hasil pengukuran lingkaran lengan atas 18 cm, tinggi badan 168 cm, berat badan 45 kg, IMT 15,9. Kesimpulan IMT klien dalam dibawah batas normal (Normal : 18,5-24,99).
3. Masalah keperawatan ketiga yang diangkat pada Tn. Y. S ialah intoleransi aktivitas. Data subjektif yang mendukung masalah ini yakni Keluarga pasien memaparkan sejak sakit, pasien sekadar bisa terbaring lemah pada tempat tidur RS serta segala aktivitas ditolong secara penuh oleh keluarganya ataupun pun perawat. Data objektifnya yakni pasien terlihat terbaring lemah, pucat, ADL dibantu penuh, pasien terpasang IVFD NS 0,9% 12 tpm, kateter urin, O2 simple mask 6 lpm.

Diagnosa Keperawatan

Dalam penulisan diagnosa keperawatan mengikuti Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI,2016). Terdapat tiga diagnosa keperawatan yakni :

1. pola nafas tidak efektif berhubungan hambatan Upaya nafas yang diindikasikan lewat data subjektif keluarga pasien memaparkan bahwasanya pasien merasa sesak saat bernapas, disertai batuk berlendir. Sementara data objektif yakni pasien terlihat sesak saat bernapas, RR: 20x/menit, suara napas tambahan : Whezing (+), Foto Thorax AP terdapat Edema pulmo.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan diindikasikan lewat data subjektif keluarga pasien memaparkan pasien sulit untuk makan dengan baik menjadikan terjadi turunnya nafsu makan. Makanan yang diberikan yaitu bubur saring dari rumah sakit sebanyak 10 sendok teh, dimana pasien makan dibantu oleh perawat dan ibunya. Data objektifnya yakni pasien terlihat sulit untuk diberi makan, dosis makanan yang di habiskan, pasien sekadar makan sedikit yaitu 10 sendok teh bubur saring yang setara dengan 50 cc pasien terlihat terbaring lemah, Pasien terlihat pucat, Dengan hasil pengukuran lingkaran lengan atas 18 cm, tinggi badan 168 cm, berat badan 45 kg, IMT 15,9. Kesimpulan IMT klien dalam dibawah batas normal (Normal : 18,5-24,99).
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen diindikasikan lewat data subjektif Keluarga pasien memaparkan sejak sakit, pasien sekadar bisa terbaring lemah pada tempat tidur RS serta segala aktivitas ditolong secara penuh oleh keluarganya ataupun pun perawat. Data objektifnya yakni pasien terlihat terbaring lemah, pucat, ADL dibantu penuh, pasien terpasang IVFD NS 0,9% 12 tpm, kateter urin, O2 simple mask 6 lpm.

Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan pada Tn. Y. S direkonstruksi atas prioritas diagnosis keperawatan yang di temukan ialah pola napas tidak efektif, deficit nutrisi, intoleransi aktivitas. Setiap diagnosa memiliki tujuan, kriteria hasil dan beberapa intervensi yang akan diberikan, dalam hal ini penulis mempergunakan standar penulisan SIKI dan SLKI.

1. Rencana asuhan keperawatan diagnosis pola nafas tidak efektif setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas membaik. Kriteria hasil: Kapasitas vital meningkat, Tekanan ekspirasi meningkat, Tekanan inspirasi meningkat, Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu nafas menurun, Pernafasan cuping hidung menurun, Frekuensi nafas membaik, Kedalaman nafas membaik, Ekskursi dada membaik Intervensi keperawatan: Manajemen jalan nafas : 1) Observasi : Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronchi), Monitor sputum (jumlah, warna, aroma), 2) Terapeutik : Posisikan semi-fowler atau fowler, Berikan minum hangat, Lakukan fisioterapi dada, jika perlu, Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Berikan oksigen, jika perlu, 3) Edukasi : Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi, Ajarkan teknik batuk efektif, 4) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. jika perlu

2. Rencana asuhan keperawatan diagnosis deficit nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan status nutrisi membaik. Kriteria hasil: Porsi makan yang dihabiskan meningkat, Perasaan cepat kenyang menurun, Frekuensi makan membaik, Nafsu makan membaik, Membran mukosa membaik. Intervensi keperawatan: Manajemen nutrisi : 1) Observasi : Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dari intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, 2) Terapeutik : Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, Fasilitasi menentukan pedoman diet, Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makanan, jika perlu, 3) Edukasi : Anjurkan posisi duduk, jika mampu, Ajarkan diet yang diprogramkan, 4) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalkan pereda nyeri, antilemetik), jika perlu, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.
3. Rencana asuhan keperawatan diagnosis Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan intoleransi aktivitas meningkat. Kriteria hasil: Saturasi oksigen meningkat, Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun, Dispnea setelah aktivitas menurun, Sianosis menurun, Tekanan darah membaik, Frekuensi nafas membaik. Intervensi keperawatan: Manajemen energi : 1) Observasi : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama aktivitas, 2) Terapeutik : Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan), Lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif, Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, 3) Edukasi : Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, Ajarkan koping untuk mengurangi kelelahan, 4) Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Evaluasi & implementasi

Implementasi yang diselenggarakan terhadap tiga diagnosa yang diangkat pada Tn. Y. S diselenggarakan bersesuaian dengan rancangan intervensi keperawatan yang sudah direkonstruksi sebelumnya.

Pengimplementasian terkait diselenggarakan selama 3 x 7 jam dan setiap implementasi diberikan sudah dilakukannya kontrak waktu terlebih dahulu dengan pasien.

Perawatan hari pertama pada hari sabtu, 04 Februari 2023 yaitu diagnosa pertama Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya nafas, dengan implementasi yang sudah diselenggarakan pertama ialah jam 07:30 memonitor tanda-tanda vital dengan respon/hasil : frekuensi napas 20x/menit serta irama napas cepat, berikut implemementasi kedua pukul 08:30 memonitor saturasi dengan respon/hasil : SpO2 98%, selanjutnya impelementasi ketiga pukul 08:35 mempertahankan kepatenan jalan napas dengan hasil/respon : terpasang oksigen dengan aliran 4 liter/menit dan impelementasi pukul 09:15 keempat memberi posisi semi fowler dengan hasil/respon : pasien terlihat nyaman dengan posisi semi fowler, implemetasi kelima pukul 09:40 memonitor kecepatan dan efektivitas aliran oksigen dengan respon/hasil :terpasang oksigen dengan mempergunakan nasal kanul dengan laju aliran 4 liter/menit serta impelementasi keenam pukul 09:45 memberi oksigen nasal kanul dengan aliran 4 liter/menit dengan hasil/respon : terpasang oksigen dengan mempergunakan nasal kanul dengan aliran 4 liter/menit. Perawatan hari pertama dengan diagnosa ke dua yaitu Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan dengan implementasi pertama pada pukul 11:00 Mengkaji pola makan klien : makan 3x/hari, jenis nasi, sayur, daging, tempe dan tahu, porsi makan yang diberikan tidak habis, hanya mampu menghabiskan 5 sendok, implementasi kedua pada pukul 14:30 Menimbang berat badan pasien dengan hasil 45 kg, implementasi ketiga pada pukul 14:35 Membantu melakukan oral hygiene. Perawatan hari pertama diagnosa ketiga Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan suplai O2 ke tubuh menurun dengan implementasi pertama yang diselenggarakan pada pukul 15:00 memonitor kelelahan fisik dan emosional dengan hasil :pasien terlihat lemah dan tenang, implementasi kedua pada pukul 15:05 memonitor pola tidur dengan hasil : pasien terlihat lemah dan mengantuk, implementasi ketiga pukul 15:20 menyediakan lingkungan yang nyaman dan minim stimulus dengan hasil : pasien terlihat tenang dengan lingkungan yang nyaman dan pasien dapat istirahat, implementasi yang keempat pukul 17:00 memberi posisi miring kiri/ miring kanan dengan hasil : pasien terlihat nyaman dengan posisi miring kiri miring kanan.

Perawatan hari kedua pada tanggal 06 Februari 2023 dengan diagnosa pertama Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya nafas dengan semua intervensi dilanjutkan diagnosa pertama implementasi pertama pukul 07:30 memonitor frekuensi napas, irama dan usaha napas dengan hasil : frekuensi napas 22x/menit dan irama napas lambat, implementasi kedua pukul 08:30 memonitor saturasi oksigen hasil : SpO2 98 %, implementasi ketiga pukul 08:35 memonitor kecepatan dan

efektivitas aliran oksigen hasil : terpasang oksigen dengan mempergunakan nasal kanul dengan laju aliran 4 liter/menit, implementasi keempat pukul 09:15 Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan hasil : terpasang oksigen dengan aliran 4 liter/menit dan pada pasien diberikan posisi semi fowler, implementasi kelima pukul 09:30 memberi posisi semi fowler hasil : pasien terlihat nyaman dengan posisi semi fowler, implementasi keenam pukul 09:40 memberi dosis oksigen dengan hasil : terpasang oksigen mempergunakan nasal kanul dengan aliran 4 liter/menit. Perawatan hari kedua dengan dengan diagnosa kedua implementasi pertama pukul 11:00 memonitor asupan makan dengan hasil : masih sama hanya menghabiskan 10 sendok teh, pukul 14:30 memonitor intake dan output cairan hasil : intake yang masuk 500cc Ns dan 100cc air mineral dan urin output 400cc, implementasi ketiga pukul 14:40 mengukur berat badan dengan hasil : 45kg. Perawatan hari kedua dengan diagnosa ketiga implementasi pertama pukul 15:00 memonitor kelelahan fisik dan emosional hasil : pasien terlihat lemah dan tenang, implementasi kedua pukul 15:20 memonitor pola tidur dengan hasil : pasien terlihat lemah dan mengantuk, implementasi ketiga pukul 15:30 menyediakan lingkungan yang nyaman dan minim stimulus hasil : pasien terlihat tenang dengan lingkungan yang nyaman dan pasien dapat beristirahat, implementasi keempat pukul 15:30 memberi posisi miring kiri/miring kanan hasil : pasien nyaman dengan posisi miring kiri miring kanan.

Perawatan hari ketiga dengan diagnosa pertama semua intervensi dilanjutkan semua pada tanggal 07 Februari 2023, implementasi pertama pukul 07:30 memonitor frekuensi napas, irama dan usaha napas hasil : frekuensi napas 21x/menit irama napas lambat, implementasi kedua pukul 08:30 memonitor saturasi oksigen hasil : SpO₂ 97%, implementasi ketiga pukul 08:35 memonitor kecepatan dan efektivitas aliran oksigen dengan hasil : terpasang oksigen dengan mempergunakan nasal kanul dengan laju aliran 4 liter/menit, implementasi keempat pukul 09:15 mempertahankan kepatenan jalan napas hasil : terpasang oksigen dengan aliran 4 liter/menit dan pada pasien diberikan posisi semi fowler, implementasi pertama pukul 09:40 memberi posisi semi fowler hasil : pasien terlihat nyaman dengan posisi semi fowler, implementasi keenam pukul 09:40 memberi oksigen hasil : terpasang oksigen mempergunakan nasal kanul 4 liter/menit. Perawatan hari ketiga dengan diagnosa ke dua, implementasi pertama pukul 11:00 memonitor berat badan hasil : 45,5kg, implementasi kedua pukul 14:30 Memberikan makanan sedikit-demi sedikit dengan kondisi hangat hasil : pasien makan sedikit demi sedikit asupan makan mulai naik , implementasi ketiga pukul 14:40 Melakukan oral hygiene sebelum makan hasil : pasien terlihat lebih nyaman untuk makan. Perawatan hari ketiga diagnosa ketiga dengan implementasi pertama pukul 15:10 memonitor kelelahan fisik dan emosional hasil : pasien terlihat

lemah dan tenang, implementasi kedua pukul 15:15 memonitor pola tidur
hasil : pasien terlihat lemah dan mengantuk, implementasi ketiga pukul
15:20 menyediakan lingkungan yang nyaman dan minim stimulus dengan
hasil : pasien terlihat nyaman dengan lingkungan yang tenang dan dapat
beristirahat dengan baik, implementasi keempat pukul 17:00 memberi
posisi miring kiri/miring kanan dengan hasil : pasien terlihat nyaman
dengan posisi miring kiri miring kanan.