

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL
BEDAH PADA NY. T DENGAN PNEUMONIA DI SERTAI
EFUSI PLEURA DAN NY. S DENGAN PNEUMONIA
DISERTAI HIPONATREMI DI RUANG PEPAYA RSUD
CENGKARENG TAHUN 2023**



Disusun Oleh

Diah Ayu Ismawati, S.Kep

NPM. 231560311012

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**

BEKASI 2023

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL
BEDAH PADA NY. T DENGAN PNEUMONIA DI SERTAI
EFUSI PLEURA DAN NY. S DENGAN PNEUMONIA
DISERTAI HIPONATREMI DI RUANG PEPAYA RSUD
CENGKARENG TAHUN 2023**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Profesi Ners**



Disusun Oleh

Diah Ayu Ismawati, S.Kep

NPM. 231560311012

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**

BEKASI 2023

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Diah Ayu Ismawati, S.Kep

NPM : 231560311012

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. T dengan Pneumonia disertai Efusi Pleura dan Ny S Dengan Pneumonia disertai Hiponatremi Di RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2023. Adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 13 November 2023

Diah Ayu Ismawati, S.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor
dua Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Bekasi, 13 November 2023

Penguji I

Penguji II

Lisna Agustina, S.Kep., Ns., M.Kep

Lina Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN.0404088405

NIDN. 0321108001

Mengetahui :

Kepala program studi keperawatan

(S1&Profesi Ners)

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Diah Ayu Ismawati

NPM : 231560311012

Program Studi : Profesi Ners

Judul Tugas Akhir :Asuhan Keperawatan Pada Ny. T dengan Pneumonia disertai Efusi Pleura dan Ny. S Dengan Pneumonia disertai Hiponatremi Di RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2023.

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada 2023

Bekasi, 13 November 2023

Penguji I

Penguji II

Lisna Agustina, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN.0404088405

Lina Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN. 0321108001

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1&Profesi Ners)

Puri Kresnawati, SST,M.KM

NIDN.0309049001

Kiki Deniati, S.Kep.,Ners M.Kep

NIDN. 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr.Lenny Irmawaty, SST.,M.Kes

NIDN.0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. T dengan Pneumonia disertai Efusi Pleura dan Ny. S Dengan Pneumonia disertai Hiponatremi Di RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2023.” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saranyang bersifat membangun dari semua pihak. Selesainya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Allah SWT dengan Rahmat-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Penelitian ini.
2. Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia.
3. Saver Mangandar Ompusunggu, SE, selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia.
4. Dr. Lenny Irmawaty sirait, SST., M. Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia.
5. Puri Kresna Wati, SST., M. KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
6. Sinda Ompusunggu, SH, selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia.
7. Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia.

8. Kiki Deniati, S. Kep., Ns., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia (S1) dan Pendidikan Profesi Ners.
9. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , selaku Koordinator Profesi Ners.
10. Lisna Agustina, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dosen Penguji.
11. Lina Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dosen Pembimbing.
12. Seluruh Dosen dan Staf STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan.
13. Andayani, S.Kep.,Ns selaku CI rumah sakit RSUD Cengkareng.
14. Orang tua, kakak, dan adik tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
15. Dwiba Yuhus Priyanto, yang telah berkontribusi banyak, dan memberikan doa serta dukungan sehingga dapat terselesaikan karya ilmiah ini.
16. Sahabat seperjuangan pira, nicky, resa yang telah memberikan do'a dan dukungan sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah ini
17. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XI STIKes MedistraIndonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	4
BAB II.....	6
TINJAUAN PUSTAKA	6
C. Konsep Dasar Teori	6
D. Konsep Teori Asuhan Keperawatan	14
BAB III	18
ASUHAN KEPERAWATAN	18
A. KASUS I	18
B. KASUS II.....	43
BAB IV	63
PEMBAHASAN	63
A. Pengkajian	63
B. Diagnosa Keperawatan.....	65
C. Intervensi Keperawatan.....	68
D. Implementasi Keperawatan	71
E. Evaluasi Keperawatan.....	72
BAB V.....	74
KESIMPULAN	74
A. Pengkajian	74
B. Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA	80

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Rencana Keperawatan.....	15
Tabel 3.1 : Pemeriksaan Penunjang Ny. T	26
Tabel 3.2 : Terapi obat Ny. T dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng	27
Tabel 3.3 : Analisa Data Ny. T dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng	28
Tabel 3.4 : Diagnosa Keperawatan Ny. T dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng.....	29
Tabel 3.5 : Intervensi Keperawatan Ny. T dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng.....	29
Tabel 3.6 : Catatan Keperawatan Ny. T dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng	31
Tabel 3.7 : Pemeriksaan Penunjang Ny. S dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng.....	49
Tabel 3.8 : Terapi Ny. S dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng	50
Tabel 3.9 : Analisa Data Ny. S dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng	50
Tabel 3.10 : Diagnosa Keperawatan Ny. S dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng.....	51
Tabel 3.11 : Intervensi Keperawatan Ny. S dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng.....	51
Tabel 3.12 : Catatan Keperawatan Ny. S dengan Pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng.....	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathway Pneumonia	11
Gambar 2. 2 Genogram Ny. T.....	22
Gambar 2. 2 Genogram Ny. S.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Bimbingan	69
Lampiran 2 Dokumentasi Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners	70
Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup.....	71

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit infeksi ialah penyakit yang disebabkan oleh masuk dan berkembangnya biaknya mikroorganisme, suatu kelompok luas dari organisme mikroskopik yang terdiri dari satu atau banyak sel seperti bakteri, fungi, dan parasit serta virus. Penyakit infeksi terjadi ketika interaksi dengan mikroba menyebabkan kerusakan pada tubuh host dan kerusakan tersebut menimbulkan berbagai gejala dan tanda klinis. Mikroorganisme yang menyebabkan penyakit pada manusia disebut sebagai mikroorganisme patogen, salah satunya bakteri patogen. Infeksi bakteri dapat terjadi dan menyerang berbagai sistem organ pada tubuh. Infeksi saluran pernapasan (27%) bakteri yang sering menjadi penyebab infeksi adalah *Streptococcus pneumoniae* (Novard, Suharti and Rasyid, 2019).

Pneumonia merupakan penyakit peradangan parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganisme bakteri, virus, jamur dan parasit, namun pneumonia juga disebabkan oleh bahan kimia ataupun karena paparan fisik seperti suhu dan radiasi. Berdasarkan lokasi anatominya, pneumonia dapat terbatas segmen, lobus, atau menyebar. Jika hanya melibatkan lobus, pneumonia sering mengenai bronkus dan bronkiolus sehingga sering disebut dengan bronkopneumonia. Seseorang yang terpapar dilingkungan yang terdapat tempat tinggal atau melakukan kontak langsung dengan orang-orang yang terinfeksi, biasanya melalui tangan atau menghirup tetesan air diudara (droplet) akibat batuk atau bersin (Nadialista Kurniawan, 2021).

Angka kejadian pneumonia di dunia merupakan masalah kesehatan karena angka kematiannya tinggi di negara 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 (Wahyudi, 2020).

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

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

Bakteri penyebab pneumonia yaitu *Streptococcus pneumoniae* yang merupakan flora normal tenggorokan manusia yang sehat. Namun apabila daya tahan tubuh menurun disebabkan oleh usia tua, gangguan kesehatan, maupun asupan gizi,

setelah menginfeksi bakteri tersebut akan memperbanyak diri. Penyakit ini juga bisa menjadi infeksi yang serius apabila terjadi keterlambatan penanganan dan dapat berkembang menjadi sepsis yang berpotensi mengancam jiwa (Aslina, 2019).

Faktor lingkungan termasuk faktor yang sangat mempengaruhi untuk terjadinya pneumonia salah satunya yaitu pencemaran udara. Pencemaran udara dalam rumah dipengaruhi oleh berbagai factor antara lain, bahan bangunan (misal; asbes), struktur bangunan (misal; ventilasi), bahan pelapis untuk furniture serta interior (pada pelarut organiknya), kepadatan hunian, kualitas udara luar rumah (ambient air quality), radiasi dari Radon (Rd), formaldehid, debu, dan kelembaban yang berlebihan. Selain itu, kualitas udara juga dipengaruhi oleh kegiatan dalam rumah seperti dalam hal penggunaan energy tidak ramah lingkungan, penggunaan sumber energi yang relative murah seperti batu bara dan biomasa (kayu, kotoran kering dari hewan ternak, residu pertanian), perilaku merokok dalam rumah, penggunaan pestisida, penggunaan bahan kimia pembersih, dan kosmetika. Bahan-bahan kimia tersebut dapat mengeluarkan polutan yang dapat bertahan dalam rumah untuk jangka waktu yang cukup lama (Ririn, 2022).

Pada klien yang menderita pneumonia diagnosa yang sering muncul adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara

suplai dan kebutuhan oksigen, dan resiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Melihat jumlah presentase pasien dengan pneumonia di Ruang pepaya cukup banyak, maka pentingnya peran perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan secara tepat yang dapat membantu dan mengurangi angka kejadian. maka peran perawat dalam penatalaksanaan atau pencegahan penyakit pneumonia secara primer yaitu memberikan pemberian pendidikan kepada keluarga klien untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit pneumonia dengan perlindungan kasus dilakukan melalui imunisasi, hygiene personal, dan sanitasi lingkungan. Peran sekunder dari perawat adalah memberikan fisioterapi dada, nebulisasi, dan latihan batuk efektif agar penyakit tidak kembali kambuh

Berdasarkan permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk menyusun laporan “Asuhan Keperawatan KMB Pada Ny. T dan Ny. S Dengan Pneumonia Di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Tahun 2023”.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Mengetahui dan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien dengan Pneumonia dalam penerapan langsung di ruang rawat inap Pepaya RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan Pneumonia di ruang rawat inap Pepaya, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.

- b. Dapat menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Pneumonia di ruang rawat inap Pepaya, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- c. Dapat membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia di ruang rawat inap Pepaya, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- d. Dapat mengaplikasikan implementasi non farmakologi pada pasien dengan Pneumonia di ruang rawat inap Pepaya, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- e. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Pneumonia di ruang rawat inap Pepaya, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- f. Dapat mengetahui kesenjangan antara teori dan praktek pada pasien dengan Pneumonia di ruang rawat inap Pepaya, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

C. Konsep Dasar Teori

1. Pengertian

Pneumonia adalah inflamasi parenkim paru yang di sebabkan oleh berbagai mikro-organisme, termasuk bakteri, mikrobakteria, jamur, dan virus. Pneumonia dapat di klasifikasikan sebagai pneumonia didapat di komunitas (community acquired pneumonia [CAP], pneumonia didapat di rumah sakit (nosocomial) (hospital-acquired pneumonia [HAP]. Mereka yang mengalami resiko pneumonia sering kali menderita penyakit kronis utama, penyakit akut berat, sistem imun yang tertekan karena penyakit atau medikasi, imobilitas, dan faktor lain yang mengganggu mekanisme perlindungan paru normal. Lansia juga beresiko tinggi (Aslina, 2019).

Menurut Nurarif & Kusuma, (2016) pneumonia adalah salah satu penyakit infeksi peradangan akut parenkim paru yang biasanya dari suatu infeksi saluran pernafasan bawah akut (ISNBA) Dengan batuk dan disertai sesak nafas disebabkan agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi) dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru-paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi.

Jadi, Pneumonia adalah salah satu penyakit infeksi yang mengenai saluran pernapasan bawah dengan tanda dan gejala seperti batuk dan sesak nafas. Hal ini diakibatkan oleh adanya agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma

(fungi), dan aspirasi substansi asing yang berupa eksudat (cairan) dan konsolidasi (bercak berawan) pada paru-paru (Abdjul and Herlina, 2020).

2. Etiologi

Menurut (Nadialista Kurniawan, 2021) penyebaran infeksi terjadi melalui droplet dan sering disebabkan oleh *Streptococcus pneumoniae*, melalui selang infus oleh *Staphylococcus aureus*, sedangkan pada pemakaian ventilator disebabkan oleh *Pseudomonas aeruginosa* dan *Enterobacter*. Pada masa kini biasanya terjadi karena perubahan keadaan pasien seperti kekebalan tubuh dan penyakit kronis, polusi lingkungan, penggunaan antibiotik, yang tidak tepat. Setelah masuk ke paru organisme bermultiplikasi dan jika telah berhasil mengalahkan mekanisme pertahanan paru, terjadilah pneumonia.

Selain di atas penyebab terjadinya pneumonia sesuai penggolongannya yaitu (Amalia Yunia Rahmawati, 2020).

a. Bakteri

Bakteri biasanya didapatkan pada usia lanjut. Organisme gram positif seperti: *Streptococcus pneumoniae*, *S. aureus*, dan *Streptococcus pyogenes*

b. Virus

Virus influenza yang menyebar melalui transmisi droplet sitomegalo, virus ini dikenal sebagai penyebab utama pneumonia virus.

c. Jamur

Jamur disebabkan oleh infeksi yang menyebar melalui penghirupan udara mengandung spora biasanya ditemukan pada kotoran burung.

d. Protozoa

Menimbulkan terjadinya pneumocystis carini pneumoni (PCP) biasanya menjangkiti pasien yang mengalami immunosupresi.

3. Klasifikasi

Beberapa sistem digunakan untuk mengklasifikasikan pneumonia, secara klasik, pneumonia di masukkan kedalam empat kategori; bacterial atau typical, anaerobic atau cavitary, dan opportunistic. Akan tetapi dalam pengkategorian ini, terjadi tumpang tindih dalam menentukan mikroorganisme yang menjadi penyebab pneumonia typical dan atypical. Sehingga, pengklasifikasian yang lebih luas dilakukan dengan mengkategorikan pneumonia menjadi pneumonia yang diperoleh di masyarakat atau CAP (Community Acquired Pneumonia), Pneumonia pada pejamu yang mengalami penurunan sistem imun, dan pneumonia akibat aspirasi. Tetapi sudah diklasifikasikan, disini pun terjadi tumpang tindih tentang bagaimana penyebab pneumonia yang spesifik diklasifikasikan berdasarkan perbedaan tempat terjadinya pneumonia (Setyoningsih, 2019)

4. Patofisiologi

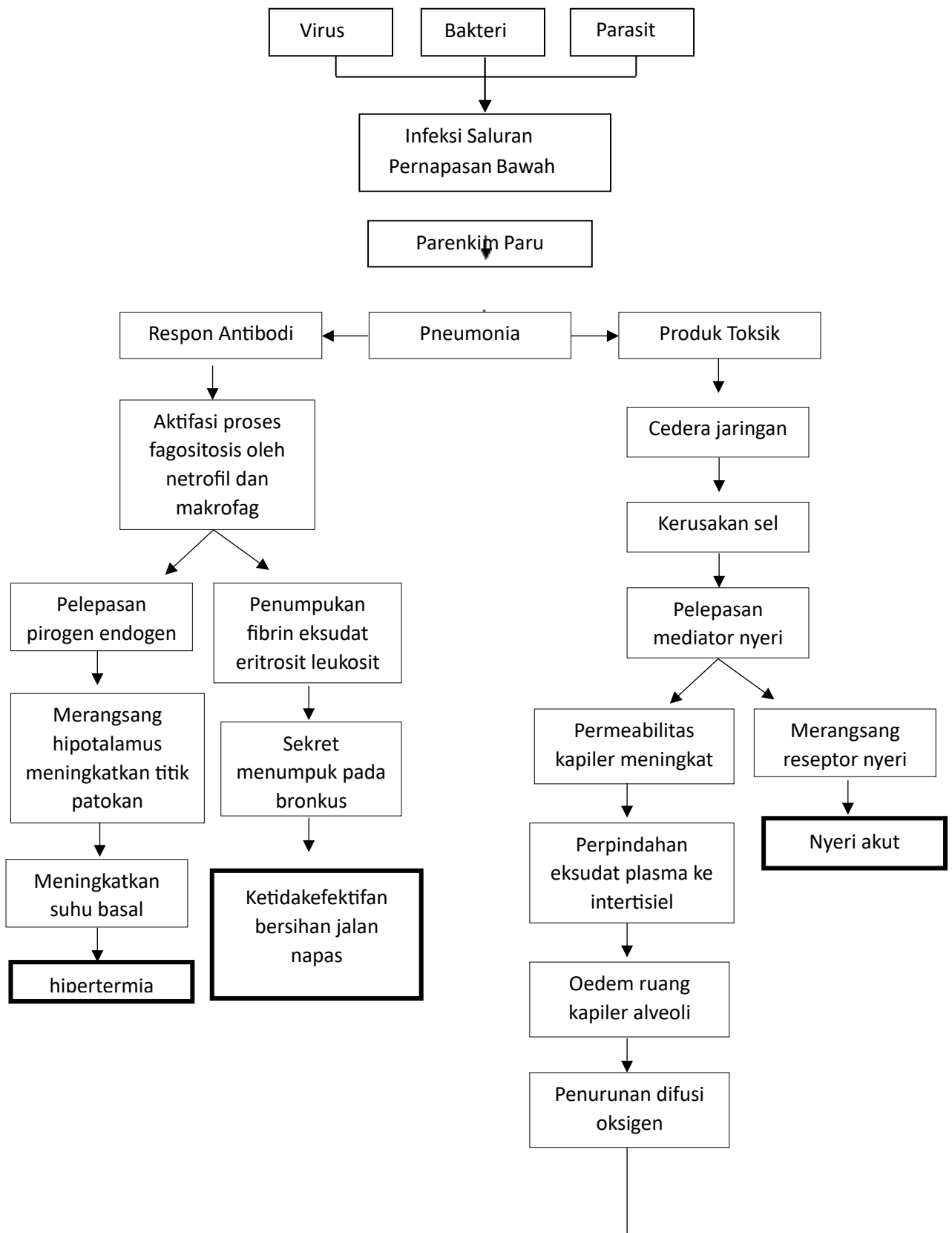
Menurut (Selam, 2019) Paru merupakan struktur kompleks yang terdiri atas kumpulan unit yang dibentuk melalui percabangan progresif jalan napas. Saluran napas bagian bawah yang normal adalah steril, walaupun berseblahan dengan sejumlah besar mikroorganisme yang menempati orofaring dan terpajam oleh mikroorganisme dari lingkungan di dalam udara yang dihirup.

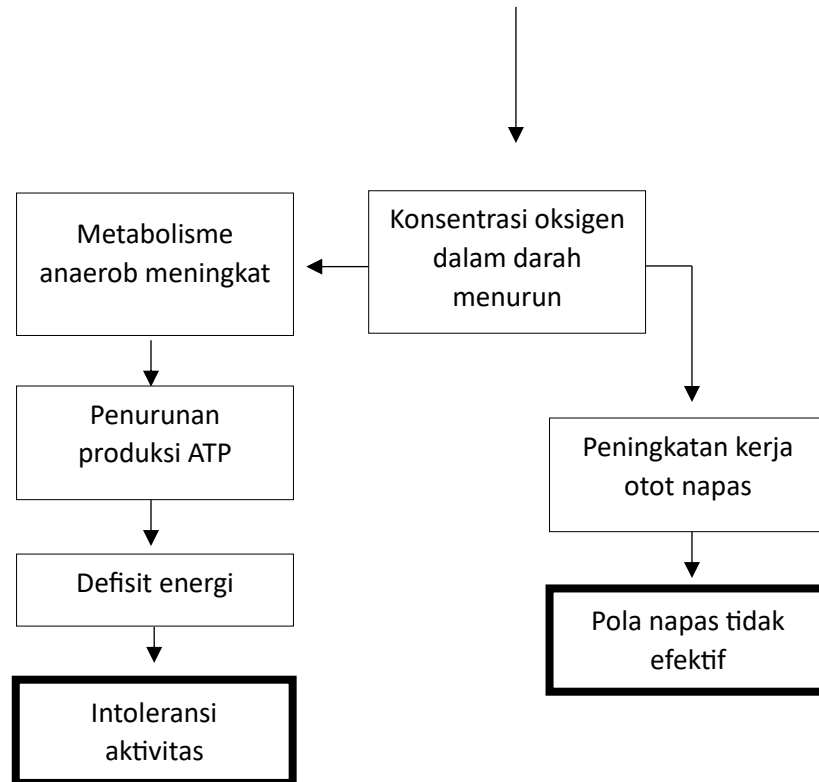
Sterilitas saluran napas bagian bawah adalah hasil mekanisme penyaringan dan pembersihan yang efektif.

Saat terjadi inhalasi-bakteri mikroorganisme penyebab pneumonia ataupun akibat dari penyebaran secara hematogen dari tubuh dan aspirasi melalui orofaring tubuh pertama kali akan melakukan mekanisme pertahanan primer dengan meningkatkan respon radang.

Timbulnya hepatitis merah dikarenakan perembesan eritrosit dan beberapa leukosit dari kapiler paru-paru. Pada tingkat lanjut aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit dan relatif sedikit eritrosit. Kuman pneumococcus difagosit oleh leukosit dan sewaktu resolusi berlangsung makrofag masuk ke dalam alveoli dan menelan leukosit beserta kuman. Paru masuk ke dalam tahap hepatitis abu-abu dan tampak berwarna abu-abu. Kekuningan. Secara perlahan sel darah merah yang mati dan eksudat fibrin dibuang dari alveoli. Terjadi resolusi sempurna. Paru kembali menjadi normal tanpa kehilangan kemampuan dalam pertukaran gas.

5. Pathway





Gambar 2.1 Pathway Pneumonia

Sumber : (hidayat fahrul, 2023)

6. Manifestasi Klinik

Gejala khas dari pneumonia adalah demam, menggigil, berkeringat, batuk (baik non produktif ataupun produktif atau menghasilkan sputum berlendir, purulent atau bercak darah), sakit dada karena pleuritis dan sesak napas, sakit kepala, nyeri pada leher dan dada dan pada saat auskultasi dijumpai adanya ronchi dan wheezing pada perkusi dada (Wahyudi, 2020).

7. Faktor Resiko

Dengan mempunyai pengetahuan tentang faktor-faktor dan situasi yang umumnya menjadi faktor predisposisi individu terhadap pneumonia akan membantu untuk mengidentifikasi pasien-pasien yang beresiko terhadap

pneumonia. Memberikan perawatan antisipatif dan preventif adalah tindakan keperawatan yang penting (Harahap, 2022)

- a. Setiap kondisi yang menghasilkan lendir atau obstruksi bronkial dan mengganggu drainase normal paru (misalnya kanker, penyakit obstruksi paru menahun) meningkatkan kerentanan pasien terhadap pneumonia.
- b. Pasien immunosupresif dan mereka yang neutrofil rendah (neutropeni)
- c. Individu yang merokok berisiko, karena asap rokok mengganggu baik aktivitas mukosiliari dan makrofag.
- d. Setiap individu yang mengalami depresi reflex batuk (karena medikasi, keadaan yang melemahkan, atau otot-otot pernafasan yang lemah), telah menginspirasi benda asing kedalam paru-paru selama periode tidak sadar (cedera kepala, anesthesia) atau mempunyai mekanisme menelan abnormal.
- e. setiap orang yang menerima pengobatan dengan peralatan terapi pernafasan dapat mengalami pneumonia jika alat tersebut tidak dibersihkan dengan tepat.

8. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Amin dan Hardhi (2015), pemeriksaan penunjang pneumonia adalah:

- a. Foto Thorax (PA/Lateral)
- b. Pemeriksaan Laboratorium lengkap (peningkatan jumlah leukosit berkisar antara 10.000-40.000 u/l)

- c. Analisa Gas Darah
 - d. Pemeriksaan mikrobiologi (biakan sputum dan kultur darah)
 - e. Pungsi untuk dilakukan pemeriksaan pada cairan paru-paru (Suryono, 2020).
9. Komplikasi
- a. Bacteremia (sepsis)
 - b. Abses paru
 - c. Efusi pleura, dan
 - d. Kesulitan bernapas (Abdjul and Herlina, 2020)
10. Penatalaksanaan
- a. Terapi Metabolic Merupakan Teraoi utama pada pasien pneumonia dengan manifestasi apapun, yang dimaksudkan sebagai terapi kasual terhadap kuman penyebabnya.
 - b. Terapi Suportif Umum
 - 1) Terapi O₂ untuk mencapai PaO₂ 80-100 mmHg atau saturasi 95-96 % berdasarkan pemeriksaan AGD.
 - 2) Humedifikasi dengan nebulizer untuk mengencerkan dahak yang kental.
 - 3) Fisioterapi dada untuk mengeluarkan dahak, khususnya anjuran untuk batuk dan napas dalam.
 - 4) Pengaturan cairan : pada pasien pneumonia, paru menjadi lebih sensitif terhadap pembebanan cairan terutama pada pneumonia bilateral.

- 5) Pemberian kortikosteroid, diberikan pada fase sepsis.
- 6) Ventilasi mekanis : indikasi intubasi dan pemasangan ventilator dilakukan bila terjadi hipoksemia persisten, gagal nafas yang disertai peningkatan respiratory distress da respiratory arrest (Setyoningsih, 2019)

D. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

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

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

pencapaian tujuan. Semua fase proses keperawatan bergantung pada pengumpulan data yang lengkap dan akurat.

2. Diagnosa yang mungkin muncul

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada kasus pneumonia, yaitu

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan **D.0001**
- b. Pola nafas tidak efektif b.d Hambatan upaya nafas **D.0005**
- c. Hipertermi b.d Proses penyakit **D.0130**
- d. Intoleransi Aktifitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai kebutuhan oksigen **D.0056**

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan

No	Dx. Keperawatan	Rencana Tindakan
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan D.0001	Manajemen jalan napas 1.01011 Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas • Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan napas • Atur posisi semi fowler atau fowler • Berikan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada, jika perlu Berikan oksigen, jika perlu Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari • Ajarkan teknik batuk efektif

		Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2.	Pola nafas tidak efektif b.d Hambatan upaya nafas. D.0005	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas • Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift, jika perlu • Posisikan semifowler atau fowler • Berikan minum Hangat • Lakukan fisioterapi dada, jika perlu • Lakukan suction kurang dari 15 detik, jika perlu • Berikan oksigen, jika perlu • Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000ml/har, jika tidak kontraindikasi • Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi: <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
3.	Hipertermi b.d proses penyakit D.0130	Manajemen Hipertermi (I.15506) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab hipertermi • Monitor suhu tubuh • Monitor kadar elektrolit • Monitor output urine • Monitor komplikasi akibat hipertermi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang dingin • Longgarkan atau lepaskan pakaian • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Berikan cairan oral • Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika hyperhidrosis • Lakukan pendinginan eksternal • Hindari pemberian antipiretik dan aspirin • Berikan oksigen, jika perlu Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
4.	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen D.0056	Manajemen Energi (I.05178) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh akibat kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik :

		<ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus • 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 <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang • Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	---

4. Implementasi

Setelah rencana keperawatan disusun langkah selanjutnya adalah dalam menetapkan tindakan keperawatan. Tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri atau kerjasama dengan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah untuk penilaian yang dilakukan untuk mengetahui keberhasilan tujuan. Jika kriteria yang ditetapkan belum tercapai maka tugas perawat selanjutnya adalah melakukan pengkajian kembali.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. KASUS I

PENGAJIAN DATA DASAR

Nama Mahasiswa : Diah Ayu Ismawati

Tempat : Pepaya

Tanggal Pengkajian : 11 Oktober 2023

I. Identitas Diri Klien

Nama : Ny. T

Tempat/Tgl Lahir : Jakarta, 28/12/1964

Umur : 58 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Perumnas Cengkareng RT 011/015

Status Perkawinan : Menikah

Agama : Islam

Suku : Betawi

Pendidikan : SMA Sederajat

Pekerjaan : Tidak Bekerja

Tanggal masuk RS : 11 Oktober 2023

Penanggung jawab

Nama : Tn. U

Usia : 60 Tahun

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Pedagang
Hubungan dengan Pasien : Suami
Sumber Informasi : Pasien, rekamedis dan keluarga pasien.

II. Status Kesehatan Saat Ini

1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Pasien datang ke IGD dengan keluhan sesak nafas kurang lebih 4 hari sebelum masuk rumah sakit, batuk berdahak, sputum berwarna putih, pasien tidak nafsu makan. Didapatkan pemeriksaan TTV, TD : 137/67 mmHg, RR : 25x/menit, N : 99x/menit, S : 36,6°C, SPO² : 92% pasien terpasang nasal kanul 3 Lpm.

2. Keluhan saat ini

Pasien mengatakan masih sesak, pasien mengatakan sesak saat berfektivitas dan saat batuk, pasien mengatakan masih batuk berdahak dengan sputum berwarna putih, pasien mengatakan tidak nafsu makan, lemas.

3. Lamanya keluhan

Sesak muncul 4 hari sebelum masuk rumah sakit

4. Faktor yang memberatkan

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas karena sesak dan lemas

5. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan segera datang ke rumah sakit saat keluhannya semakin parah

6. Diagnostik medik

Pneumoni, efusi pleura

III. Riwayat Kesehatan Lalu

1. Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan sebelumnya memiliki riwayat penyakit yang sama sejak 3 bulan yang lalu

2. Alergi

Pasien tidak mempunyai alergi obat maupun makanan.

3. Imunisasi

Pasien mengatakan tidak tau tentang imunisasi yang pernah pasien dapatkan

4. Kebiasaan

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum teh

5. Obat-obatan

Pasien mengatakan tidak memiliki obat-obatan yang dikonsumsi rutin

6. Pola nutrisi

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa makan \pm 3 porsi nasi dan lauk, saat sakit pasien mengatakan tidak nafsu makan, makan hanya sedikit dan habis setengah porsi setiap makan. Perubahan BB 3 bulan terakhir

- Sebelum sakit :

BB : 47 Kg

- Setelah sakit :

BB : 44 Kg

TB : 160 Cm

IMT : 17,18 (Berat badan kurang dari indeks masa tubuh)

7. Pola eliminasi

a. Buang air besar

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAB normal 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan. Setelah sakit pasien mengatakan belum BAB semenjak masuk RS

b. Buang air kecil

Pasien mengatakan BAK 1-4x/hari, berwarna kuning, bau khas urine

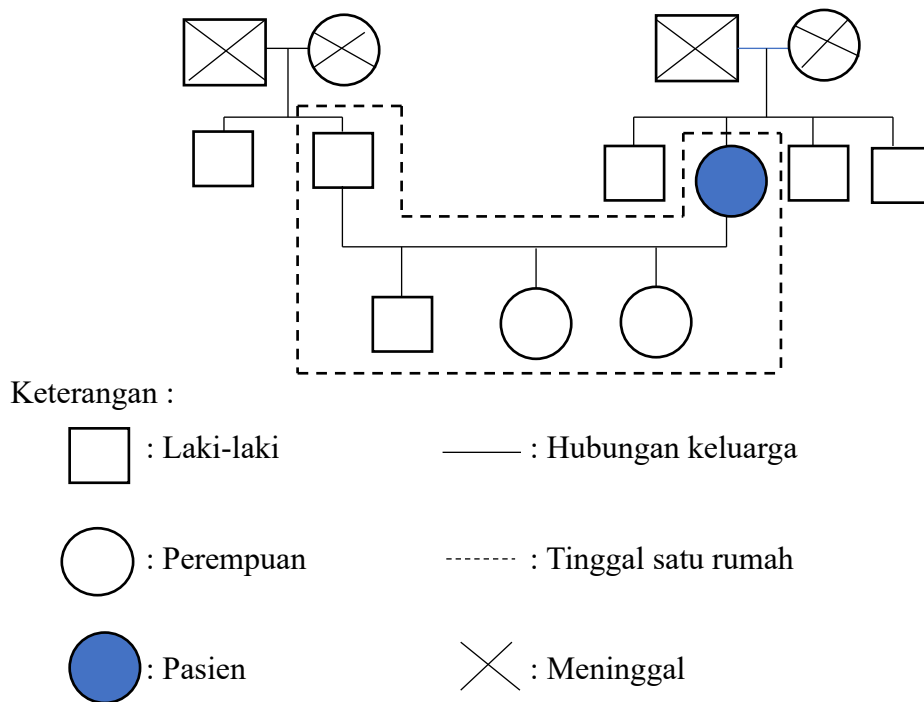
8. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit pasien mengatakan sebelum sakit tidur cukup, setelah sakit pasien mengatakan kurang tidur karena merasa sesak

9. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari membereskan rumah, dan mengurus cucunya dirumah

IV. Riwayat Keluarga



Gambar 3.1 Genogram Ny. T

V. Riwayat Lingkungan

Kebersihan lingkungan : Pasien mengatakan selalu membersihkan rumahnya

Bahaya : Klien mengatakan rumahnya dipinggir jalan

Polusi : Polusi kendaraan

VI. Aspek Psikososial

1. Pola pikir dan persepsi

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan kembali kerumah karena ada anak yang ditinggalkan dirumah. Pasien juga mengatakan selama sakit ia jadi sering beristirahat dan tidur

2. Persepsi diri

Pasien mengatakan saat ini memikirkan kesembuhannya, agar dapat kembali berkumpul dengan keluarga

3. Suasana hati

Pasien mengatakan sedih saat ia sakit dan harus dirawat

4. Hubungan/komunikasi

a. Bicara

Pasien dapat berbicara dengan jelas

b. Tempat tinggal

Pasien tinggal bersama suami

c. Kehidupan keluarga

Pasien mengatakan kondisi keuangan cukup, dan hubungan dengan anggota keluarga baik. Pembuat keputusan dalam keluarga adalah suaminya.

d. Kesulitan dalam hal keuangan dan komunikasi dalam keluarga Cukup baik

5. Kebiasaan seksual

Tidak terkaji

6. Pertahanan koping

a. Pengambilan keputusan : Dibantu oleh suaminya

b. Yang disukai tentang diri sendiri : Tidak ada

c. Yang ingin dirubah dari kehidupan : Tidak ada

d. Yang dilakukan jika stres : Menghibur diri dengan berkumpul

e. Apa yang dilakukan perawat agar anda nyaman dan aman : Pasien mengatakan ingin mendapatkan perawatan yang maksimal agar cepat sembuh

7. Sistem nilai kepercayaan

Pasien mengatakan rajin dalam beribadah yaitu sholat.

VII. Pengkajian Fisik

1. Keadaan umum : Tampak sakit sedang

2. Kesadaran : Composmentis

3. Kepala

Bentuk kepala normocephale, rambut beruban, kulit kepala bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada keluhan

4. Mata

Simertis (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya (+/+), konjungtiva tidak anemis, tidak terdapat tanda-tanda peradangan, tidak pernah menjalani operasi mata, tidak menggunakan kacamata dan lensa kontak.

5. Hidung

Bulu hidung bersih, tidak ada sinus, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, tidak ada perdarahan, tidak ada alergi

6. Mulut dan tenggorokan

Gigi tidak lengkap, gigi berwarna kuning, tidak ada gangguan menelan, mukosa bibir pucat, kering dan tidak ada gangguan bersuara

7. Pernafasan

Suara paru : ronkhi +/+, pola napas dyspnea, ada tambahan nafas retraksi dinding dada, batuk berdahak sputum berwarna putih, tidak ada nyeri, sesak saat melakukan aktivitas, batuk darah tidak ada. RR : 24x/menit, SPO² : 92%

8. Sirkulasi

- Tekanan darah : 111/70 mmHg
- Nadi perifer : 119x/menit
- Capillary refiling : < 2 detik
- Distensi vena jugularis : Tidak ada
- Suara jantung : Normal
- Suara jantung tambahan : Tidak ada
- Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : Tidak ada
- Clubbing : Tidak ada

9. Nutrisi

- Pasien mengatakan tidak nafsu makan
- Pasien mengatakan minum ± 6-7 gelas perhari
- Diit lunak

10. Neurologi

Tingkat kesadaran Composmentis, GCS : E : 4, M : 6, V : 5 = 15, kekuatan menggenggam baik, pergerakan ekstermitas tidak ada keluhan.

11. Musculoskeletal

Pasien mengatakan tidak ada nyeri, tidak ada keluhan, edema (-), tidak ada nyeri tekan

12. Eliminasi

BAB :

Pasien mengatakan biasanya BAB 1x/hari

BAK :

Pasien mengatakan >6x sehari, tidak ada keluhan

13. Reproduksi

- Tidak ada keluhan
- Kehamilan : Tidak hamil

14. Kulit

Warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, integritas kulit keriput

VIII. Pemeriksaan penunjang dan therapy

Data Laboratorium

Nama pasien : Ny. T

Pemeriksaan laboratorium tanggal 11-10-23

Tabel 3.1 Pemeriksaan penunjang Ny. T

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	13.7	11.7-15.5
Hematokrit	41	35-47
Leukosit	10.2	3.6-11.0
Trombosit	200	150-400
Glukosure	118	<110
Ureum	21	21.0-43.0
Kreatinin	0.6	0.5-1.0

eGFR	105.2	>90 : normal 60-89 : Kidney damage within kidneyimpaired GFR 15-29 : Severlyimpaired GFR <15 : Established renalfailure
Natrium	132	136-146
Kalium	4.9	3.5-5.0
Chlorida	94	98-106

Pemeriksaan Radiologi

Thorax

Kesan : cardiomegaly

dengan, DD/ Pneumonia,

Oedema Pulmonum.

IX. Terapi

Tabel 3.2 Terapi Ny. T dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

Terapi	
Obat yang diberikan	Oral : Paracetamol 3x500 mg Ambroxol 3x30 mg Injeksi : Vicilin 3x1 gr Ondacentron 3x4 gr Levofloxatin 1x750 gr Inhalasi : Combivent : pulmicort 3x1

X. Analisa Data

Nama Pasien : Ny. T

Diagnosa : Pneumoni, Efusi Pleura

Tabel 3.3 Analisa Data Ny. T dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

No	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh sesak pasien mengatakan sesak terasa memberat saat beraktivitas dan saat batuk pasien mengatakan masih batuk berdahak, sputum berwarna putih <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pola napas 24x/menit pasien tampak menggunakan Nasal Kanul 3 Lpm Suara tambahan ronki +/+ pasien tampak semi fowler pasien tampak sering batuk. Pola napas dyspnea Terdapat pernapasan dinding dada RR: 24x/menit, SPO2: 92%. Thorax <p>Kesan : cardiomegaly dengan, DD/ Pneumonia, Oedema Pulmonum.</p>	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)</p>	<p>Penumpukan Secret</p>
2.	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tidak nafsu makan Pasien mengatakan BB menurun sebanyak 3 Kg dalam 2 bulan terakhir <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Makanan yang disajikan hanya habis $\frac{1}{4}$ porsi Pasien tampak lemas Mukosa tampak kering <p>Sebelum sakit :</p> <ul style="list-style-type: none"> BB : 47 Kg <p>Setelah sakit :</p> <ul style="list-style-type: none"> BB : 44 Kg TB : 160 Cm <ul style="list-style-type: none"> IMT : 17,18 (Berat badan kurang dari indeks masa tubuh) 	<p>Defisit Nutrisi (D.0019)</p>	<p>Intake yang tidak adekuat</p>

3.	Data Subyektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh sesak • pasien mengatakan sesak terasa memberat saat beraktivitas atau mobilisasi dan saat batuk • pasien mengatakan mudah kelelahan Data objektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pola napas 24x/menit, SPO₂ : 93% • Pasien tampak menggunakan Nasal Kanul 3 Lpm • Pasien tampak sering batuk • Pasien tampak semi fowler • Pola napas dyspnea • Terdapat pernapasan dinding dada 	Intoleransi aktivitas (D.0056)	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
----	---	--	---

XI. Diagnosa Keperawatan

Nama Pasien : Ny. T

Diagnosa :

Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan Ny. T dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret (D.0001)
2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat (D.0019)
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

XII. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Ny. T dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret	Tujuan: setelah Dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat L.01001 Kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi	Manajemen jalan napas 1.01011 Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas • Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan Napas • Atur posisi semi-fowler atau fowler • Berikan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada, jika perlu • Berikan oksigen, jika perlu

		<p>sputum menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ronkhi menurun 4. Dyspnea menurun 5. Frekuensi nafas membaik 6. Pola napas membaik 	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari • Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2.	Defisit nutrisi b.d intake tidak adekuat	<p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan status nutrisi membaik L.03030</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makan yang dihabiskan meningkat • Frekuensi makan membaik • Nafsu makan membaik 	<p>Manajemen nutrisi (1.03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dari intoleransi makanan • Identifikasi makanan yang disukai • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan posisi duduk <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat L.05047</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saturasi oksigen meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Dyspnea saat aktivitas menurun 5. Dyspnea setelah aktivitas menurun <p>Frekuensi napas membaik</p>	<p>Manajemen energi 1.05178</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Edukasi</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang <p>Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
--	--	--	---

XIII. Catatan Keperawatan

Tabel 3.6 Catatan Keperawatan Ny. T dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

Hari ke I

Diagnosa Keperawatan	Waktu	implementasi	Evaluasi
Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d penumpukan secret	11-10-23	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor pola napas Hasil : Pola nafas 24x/menit, terdapat batuk berdahak, menggunakan otot bantu napas. • Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Ronkhi +/- • Memonitor sputum Hasil : Pasien mengatakan batuk berdahak <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengatur posisi semi-fowler atau fowler Hasil : Pasien diberikan posisi semi fowler • Memberikan minum hangat Hasil : Pasien diberikan air minum hangat • Melakukan fisioterapi dada Hasil : Pasien dilakukan fisioterapi dada (clapping) • Memeriksa oksigen Hasil : 	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih sesak • Pasien mengatakan masih batuk, sputum berwarna putih <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menggunakan nasal kanul 3 Lpm • Pasien tampak semi fowler • Pasien tampak sering batuk • Terdapat pernapasan dinding dada <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD: 111/70 mmHg • Nadi: 119x/menit • RR: 24x/menit • Suhu: 36,5° C • SPO²: 94% <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

		<p>Pasien diberikan terapi oksigen melalui nasal kanul 3 Lpm</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengajarkan teknik batuk efektif <p>Hasil : Pasien diajarkan teknik batuk efektif, dan pasien mengerti apa yang diajarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik <p>Hasil : Pasien diberikan Ambroxol 3x30 mg</p>	
Defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat	11-10-23	<p>Manajemen nutrisi (1.03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi <p>Hasil : Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi alergi dari intoleransi makanan <p>Hasil : Pasien tidak memiliki alergi dalam makanan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi makanan yang disukai <p>Hasil : Makanan kesukaan pasien yaitu ayam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient <p>Hasil : Pasien mendapatkan diet lunak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor asupan makanan <p>Hasil : Pasien tampak menghabiskan ¼ porsi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor berat badan <p>Hasil : Berat badan pasien saat ini 47 Kg</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan <p>Hasil : Pasien tidak melakukan oral hygiene</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan tidak nafsu makan • Pasien mengatakan BB menurun sebanyak 3 Kg dalam 2 bulan terakhir <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Makanan yang disajikan hanya habis ¼ porsi • Pasien tampak lemas • Mukosa tampak kering • Sebelum sakit : BB : 47 Kg <p>Setelah sakit : BB: 44 Kg TB: 160 Cm</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMT: 17,18 (Berat badan kurang dari indeks masa tubuh) <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Hasil : Menganjurkan pasien makanan tinggi serat (buah-buahan seperti : pisang, alpukat) • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : Menganjurkan pasien makanan tinggi kalori dan tinggi protein (telur, daging, susu) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan posisi duduk Hasil : Pasien mengikuti anjuran perawat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan Hasil : Pasien diberikan diet lunak 	
Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	11-10-23	<p>Manajemen energi 1.05178</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Pasien menjadi sulit beraktivitas karena sesak nafas • Monitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : Pasien merasa lelah saat dan setelah beraktivitas (saat ke kamar mandi) • Monitor pola dan jam tidur Hasil : Pasien tidur cukup • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas Hasil : Pasien sesak saat dan setelah beraktivitas <p>Terapeutik</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sesak terasa memberat saat beraktivitas dan saat batuk • Pasien mengatakan lemas • Pasien mengerti apa yang diajarkan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat kemampuan melakukan aktivitas kurang baik atau mudah lelah • Pasien tampak masih mentoleransi aktivitasnya <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) Hasil : Disediakan lingkungan yang nyaman • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif Hasil : Pasien dilakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif • Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Hasil : Pasien disarankan untuk berdoa • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Hasil : Memfasilitasi pasien saat ingin duduk di tempat tidur, berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring Hasil : Menganjurkan pasien tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : Menganjurkan pasien aktivitas secara bertahap, mulai dari bangun dan duduk ke sisi tempat tidur • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Hasil : Pasien mengatakan “iya” <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Hasil : Pasien diberikan diit lunak 	
--	---	--

Hari ke II

Diagnosa Keperawatan	Waktu	implementasi	Evaluasi
Bersihan jalan napas tidak efektif b.d penumpukan secret	12-10-23	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor pola napas Hasil : Pola nafas 22x/menit, terdapat batuk berdahak • Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Masih terdengar ronkhi +/- • Memonitor sputum Hasil : Pasien mengatakan batuk berdahak, sputum berwarna putih kehijauan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengatur posisi semi-fowler atau fowler Hasil : Pasien diberikan posisi semi fowler • Memberikan minum hangat Hasil : Pasien diberikan air minum hangat • Melakukan fisioterapi dada Hasil : Pasien dilakukan fisioterapi dada (clapping) • Memerikan oksigen Hasil : Pasien diberikan terapi oksigen melalui nasal kanul 3 Lpm <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari • Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Pasien diajarkan teknik batuk efektif dan pasien mengerti apa yang diajarkan <p>Kolaborasi</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang • Pasien mengatakan masih batuk sedikit berdahak dengan sputum berwarna putih kehijauan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menggunakan nasal kanul 3 Lpm • Pasien tampak semi fowler • Pasien tampak batuk berkurang • Pola napas mulai membaik • Terdapat pernapasan dinding dada • TTV : TD: 125/70 mmHg, Nadi: 93/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,5° C, SPO²: 95% <p>A : Masalah Teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik <p>Hasil : Pasien diberikan Ambroxol 3x30 mg</p>	
Defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat	12-10-23	<p>Manajemen nutrisi (1.03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi Hasil : Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering • Identifikasi alergi dari intoleransi makanan Hasil : Pasien tidak memiliki alergi dalam makanan • Identifikasi makanan yang disukai Hasil : Makanan kesukaan pasien yaitu ayam • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient Hasil : Pasien mendapatkan diit lunak • Monitor asupan makanan Hasil : Pasien tampak menghabiskan setengah porsi • Monitor berat badan Hasil : Berat badan pasien saat ini 47 Kg <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan Hasil : Pasien tidak melakukan oral hygiene • Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Hasil : Menganjurkan pasien makanan tinggi serat (buah-buahan seperti : pisang, alpukat) • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : 	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah mulai nafsu makan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Makanan yang disajikan habis setengah porsi • Mukosa tampak lembab • Pasien belum mengalami kenaikan berat badan • Berat badan pasien saat ini masih 44 Kg <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>p : intervensi dilanjutkan</p>

		<p>Menganjurkan pasien makanan tinggi kalori dan tinggi protein (telur, daging, susu)</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan posisi duduk <p>Hasil : Pasien mengikuti anjuran perawat</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan <p>Hasil : Pasien diberikan diet lunak</p>	
Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	12-10-23	<p>Manajemen energi 1.05178</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan <p>Hasil : Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang <ul style="list-style-type: none"> Monitor kelelahan fisik dan emosional <p>Hasil : Pasien merasa lelah saat dan setelah beraktivitas (saat ke kamar mandi) <ul style="list-style-type: none"> Monitor pola dan jam tidur <p>Hasil : Pasien tidur cukup <ul style="list-style-type: none"> Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas <p>Hasil : Pasien masih mentoleransi aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) <p>Hasil : Disediakan lingkungan yang nyaman <ul style="list-style-type: none"> Lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif <p>Hasil :</p> </p></p></p></p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sesak berkurang saat beraktivitas (ke kamar mandi) Pasien mengatakan masih sedikit kelelahan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien terlihat kemampuan melakukan aktivitas sedikit membaik Pasien tampak masih mentoleransi aktivitasnya <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

		<p>Pasien dilakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan Hasil : Pasien disarankan untuk berdoa • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Hasil : Memfasilitasi pasien saat ingin duduk di tempat tidur, berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring Hasil : Menganjurkan pasien tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : Menganjurkan pasien aktivitas secara bertahap, mulai dari bangun dan duduk ke sisi tempat tidur • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Hasil : Pasien mengatakan “iya” <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Hasil : Pasien diberikan diit lunak 	
--	--	---	--

Hari ke III

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Bersihan jalan napas tidak efektif b.d penumpukan secret	13-10-23	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor pola napas Hasil : Pola nafas 22x/menit, terdapat batuk berdahak tetapi sudah berkurang • Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Masih terdengar ronkhi • Memonitor sputum Hasil : Pasien mengatakan batuk berdahak <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengatur posisi semi-fowler atau fowler Hasil : Pasien diberikan posisi semi fowler • Memberikan minum hangat Hasil : Pasien diberikan air minum hangat • Melakukan fisioterapi dada Hasil : Pasien dilakukan fisioterapi dada (clapping) • Memerikan oksigen Hasil : Pasien diberikan terapi oksigen melalui nasal kanul 3 Lpm <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari • Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Pasien diajarkan teknik batuk efektif dan pasien mengerti apa yang diajarkan. Dilakukan setiap batuk <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik 	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sesak berkurang • Pasien mengatakan masih batuk sedikit berdahak <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak sudah bisa batuk efektif untuk mengeluarkan sputum • Pasien tampak batuk berkurang • Pola napas membaik • TTV : TD : 135/85 mmHg, Nadi: 93/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,5° C, SPO²: 97% <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

		Hasil : Pasien diberikan Ambroxol 3x30 mg	
Defisit nutrisi berhubungan dengan intake tidak adekuat	13-10- 23	<p>Manajemen nutrisi (1.03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi Hasil : Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering • Identifikasi alergi dari intoleransi makanan Hasil : Pasien tidak memiliki alergi dalam makanan • Identifikasi makanan yang disukai Hasil : Makanan kesukaan pasien yaitu ayam • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient Hasil : Pasien mendapatkan diit lunak • Monitor asupan makanan Hasil : Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi • Monitor berat badan Hasil : Berat badan pasien saat ini 47 Kg <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan Hasil : Pasien tidak melakukan oral hygiene • Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Hasil : Menganjurkan pasien makanan tinggi serat (buah-buahan seperti : pisang, alpukat) • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : Menganjurkan pasien makanan tinggi kalori 	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nafsu makan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nafsu makan pasien meningkat • Makanan yang disajikan tampak habis • Berat badan pasien naik 1 Kg dari 44 Kg menjadi 45 Kg <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>

		<p>dan tinggi protein (telur, daging, susu)</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan posisi duduk <p>Hasil : Pasien mengikuti anjuran perawat</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan <p>Hasil : Pasien diberikan diet lunak</p>	
Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	13-10-23	<p>Manajemen Energi 1.05178</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan <p>Hasil : Pasien menjadi sulit beraktivitas karena sesak nafas <ul style="list-style-type: none"> Monitor kelelahan fisik dan emosional <p>Hasil : Pasien sudah bisa ke kamar mandi sendiri <ul style="list-style-type: none"> Monitor pola dan jam tidur <p>Hasil : Pasien tidur cukup <ul style="list-style-type: none"> Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas <p>Hasil : Pasien sesak saat dan setelah beraktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) <p>Hasil : Disediakan lingkungan yang nyaman <ul style="list-style-type: none"> Lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif <p>Hasil :</p> </p></p></p></p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sesak berkurang Pasien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri Pasien mengatakan masih sedikit kelelahan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien sudah tidak mentoleransi aktivitasnya <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

		<p>Pasien dilakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan <p>Hasil : Pasien disarankan untuk berdoa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Hasil : Memfasilitasi pasien saat ingin duduk di tempat tidur, berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring <p>Hasil : Menganjurkan pasien tirah baring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Hasil : Menganjurkan pasien aktivitas secara bertahap, mulai dari bangun dan duduk ke sisi tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang <p>Hasil : Pasien mengatakan “iya”</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>Hasil : Pasien diberikan diit lunak</p>	
--	--	--	--

B. KASUS II

PENGKAJIAN DATA DASAR

Nama Mahasiswa : Diah Ayu Ismawati

Tempat : Pepaya

Tanggal Pengkajian : 12 Oktober 2023

I. Identitas Diri Klien

Nama : Ny. S

Tempat/Tgl Lahir : Jakarta, 03/05/1980

Umur : 43 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jl.Kapua, Kebon Jahe Rt 11/03 Kec. Cengkareng

Status Perkawinan : Menikah

Agama : Islam

Suku : Jawa

Pendidikan : SMA Sederajat

Pekerjaan : Tidak Bekerja (Ibu Rumah Tangga)

Tanggal masuk RS : 12 Oktober 2023

Penanggung jawab

Nama : Tn. I

Usia : 46 Tahun

Pendidikan : SMA Sederajat

Pekerjaan : Karyawan Swasta

Hubungan dengan Pasien : Suami

Tanggal Masuk RS : 11-10-2023

Sumber Informasi : Pasien, rekamedis dan keluarga pasien.

II. Status Kesehatan Saat Ini

1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Pasien datang ke IGD dengan keluhan dada terasa sakit saat menarik napas dari 2 hari yang lalu, pasien mengatakan lemas. Dengan hasil TTV : TD : 143/85 mmHg, N : 96x/menit, RR : 28x/menit SPO₂ : 93%, Suhu : 36,5 °C

2. Keluhan saat ini

Pasien mengatakan sudah 2 hari dada terasa berat dan saat bernapas berat, badan masih terasa lemas atau lemah

3. Lamanya keluhan

Keluhan muncul sejak 2 hari yang lalu

4. Faktor yang memberatkan

Pasien mengatakan jadi lebih sulit beraktivitas karena sesaknya

5. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan segera datang ke rumah sakit saat keluhannya semakin parah

6. Diagnostik medik

Pneumoni, Hiponatremi

III. Riwayat kesehatan yang lalu

1. Penyakit yang pernah dialami

a. Kanak-Sekarang : Klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit serupa sebelumnya.

- b. Kecelakaan : Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
- c. Pernah dirawat penyakit : Klien mengatakan belum pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya
- d. Operasi : Klien mengatakan tidak pernah dilakukan operasi

2. Alergi

Klien mengatakan tidak ada alergi apapun

3. Imunisasi

Klien mengatakan sudah dilakukan imunisasi lengkap

4. Kebiasaan

Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan minum kopi,teh, dll

5. Obat-obatan

Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat rutin apapun

6. Pola nutrisi

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan \pm 3 porsi per hari (nasi dan lauk), sesudah sakit pasien makan sedikit dan habis setengah porsi setiap makan

BB : 48 Kg

TB : 168 Cm

IMT : 18.7 (Normal)

Semenjak sakit klien diberi diit lunak

7. Pola eliminasi

- a. Buang air besar : Klien mengatakan bab 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan.
- b. Buang air kecil : Klien mengatakan >6x sehari, tidak ada keluhan

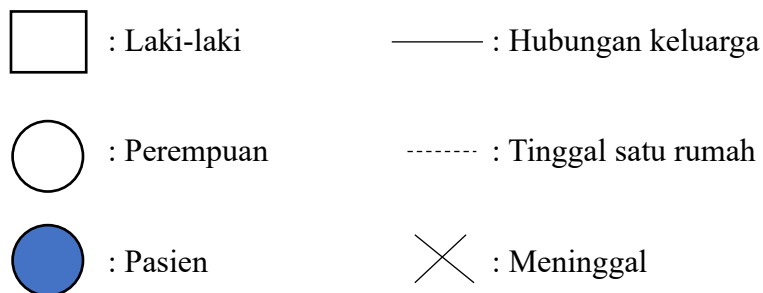
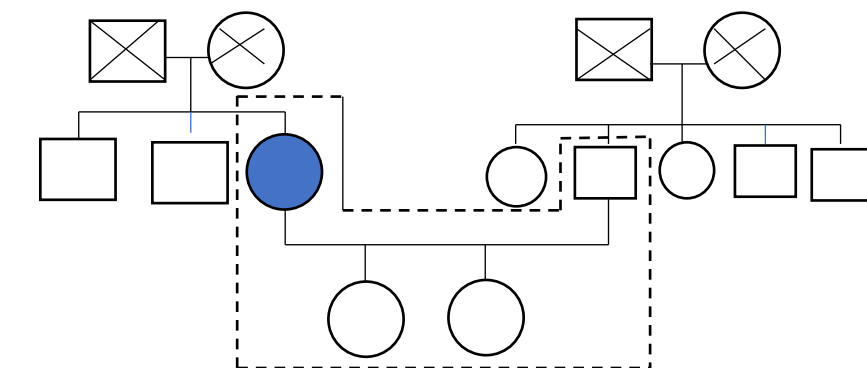
8. Pola istirahat

Sebelum sakit pasien istirahat dari jam 21.00-05.00, setelah sakit pasien lebih sering tidur karena lemas

9. Pola aktivitas dan latihan

Pasien sehari-hari membereskan rumah dan mengurus anaknya

IV. Riwayat Keluarga



Gambar 3.2 Genogram Ny. S

V. Riwayat Lingkungan

Kebersihan lingkungan : Pasien mengatakan selalu menyapu dan mengepel rumahnya

Bahaya : Pasien mengatakan rumahnya dipinggir jalan

Polusi : Polusi Kendaraan

VI. Pengkajian Fisik

1. Keadaan umum : Tampak sakit sedang

2. Kesadaran : Composmentis

3. Kepala

Bentuk kepala normocephale, rambut berwarna hitam, pertumbuhan rambut merata, kulit kepala bersih, pasien mengatakan pusing seperti berputar-putar

4. Mata

Simertis (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya (+/+), konjungtiva tidak anemis, tidak terdapat tanda-tanda peradangan, tidak pernah menjalani operasi mata, tidak menggunakan kacamata dan lensa kontak, fungsi penglihatan baik

5. Hidung

Bulu hidung bersih, tidak ada sinus, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan, tidak ada perdarahan, tidak ada alergi

6. Mulut dan tenggorokan

Gigi lengkap, tidak ada gangguan menelan, mukosa kering, dan tidak ada gangguan bersuara

7. Pernafasan

Suara paru : ronkhi +/+, pola napas dyspnea, ada tambahan nafas retraksi dinding dada, batuk berdahak terdapat sputum, tidak, sesak saat melakukan aktivitas, batuk darah tidak ada. RR : 28x/menit, SPO² : 93%

8. Sirkulasi

- Tekanan darah : 143/80 mmHg
- Nadi perifer : 95x/menit
- Capillary refiling : < 2 detik
- Distensi vena jugularis : Tidak ada
- Suara jantung : Normal
- Suara jantung tambahan : Tidak ada
- Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : Tidak ada
- Clubbing : Tidak ada

10. Nutrisi

Diit lunak

Pasien mengatakan biasa minum ± 4-5 gelas perhari

11. Neurologi

Tingkat kesadaran Composmentis, GCS : E : 4, M : 6, V : 5 = 15, kekuatan menggenggam baik, pergerakan ekstermitas tidak ada keluhan.

12. Musculoskeletal

Pasien mengatakan tidak ada nyeri, tidak ada keluhan, edema (-), tidak ada nyeri tekan

13. Eliminasi

BAB :

Pasien mengatakan bab 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan

BAK :

bak 1-2 kali sehari, kuning pekat, dengan bau khas ammonia

14. Reproduksi

Tidak ada keluhan

Kehamilan : Tidak hamil

15. Kulit

Kuning langsung, turgor kulit elastis, integritas kulit baik

VII. Data Laboratorium

Nama Pasien : Ny. S

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 12-10-2023

Tabel 3.7 Pemeriksaan Penunjang Ny. S dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	15.7	11.7-15.5
Hematokrit	47	35-47
Leukosit	10.2	3.6-11.0
Trombosit	190	150-400
Glukosure	109	<110
Ureum	11	21.0-43.0
Kreatinin	0.9	0.5-1.0

eGFR	185.5	>90 : normal 60-89 : Kidney damage within kidneyimpaired GFR 15-29 : Severlyimpaired GFR <15 : Established renalfailure
Natrium	121	136-146
Kalium	3.3	3.5-5.0
Chlorida	98	98-106

VIII. Terapi

Tabel 3.8 Terapi Ny. S dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

Terapi	
Obat yang diberikan	Oral : Paracetamol 3x500 mg Acetylcysteine 3x200 mg Injeksi : Omeprazole 3x50 mg Ondancentron 3x4 mg Viccillin 3x1 mg Inhalasi : Combivent : 1x1

IX. Analisa Data

Nama Pasien : Ny .S

Diagnosa : Pneumoni, Hiponatremi

Tabel 3.9 Analisa Data Ny. S dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

No	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1.	Data Subyektif : <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sudah 3 hari dada terasa berat Pasien mengatakan saat bernapas berat Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> Pola napas 28x/menit, terdapat retraksi dada Suara tambahan wheezing Kemampuan melakukan aktivitas mudah lelah Batuk berdarah tidak ad 	Pola napas tidak efektif (D.0005)	Hambatan upaya napas

	<ul style="list-style-type: none"> • SPO² : 93% 		
2.	Data subyektif : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan lemas Data objektif : <ul style="list-style-type: none"> • Mukosa kering • Hasil Lab: <ul style="list-style-type: none"> Natrium : 122 Chlorida : 99 Kalium : 3.4 	Ketidakseimbangan elektrolit (D.0037)	Ketidakseimbangan cairan
3.	Data Subyektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lemas Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pola nafas : 27 x/menit, • Terdapat retraksi dada • Suara tambahan : Wheezing • Tidak ada sputum • Kemampuan melakukan aktifitas mudah lelah Batuk darah : Tidak ada	Intoleransi aktivitas (D.0056)	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

X. Diagnosa Keperawatan

Nama Pasien : Ny. S

Diagnosa : Pneumonia, Hiponatremi

Tabel 3.10 Diagnosa Keperawatan Ny. S dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan upaya jalan napas (D.0005)
2.	Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan Ketidakseimbangan cairan (D.0037)
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

XI. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.11 Intervensi Keperawatan Ny. S dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan upaya jalan napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola napas membaik L.01001 Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea menurun 	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas • Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum

		<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan otot bantu napas menurun • Frekuensi napas membaik 	<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semifowler atau fowler • Berikan minum Hangat • Lakukan fisioterapi dada, jika perlu • Lakukan suction kurang dari 15 detik, jika perlu • Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000ml/har, jika tidak kontraindikasi • Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2	Ketidakeimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakeimbangan cairan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keseimbangan elektrolit meningkat (L.03021), dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serum natrium meningkat • Serum kalium meningkat • Serum kloridameningkat 	<p>Manajemen Elektrolit : Hiponatremi (1.03110)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tanda dan gejala penurunan kadar natrium • Identifikasi penyebab hiponatremia • Monitor intake dan output cairan • Monitor kadar kadar natrium dan atau urine • Monitor gejala kejang pada hiponatremi berat <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang akses intravena, jika perlu • Hitung kebutuhan natrium • Berikan cairan NaCl hipertonis (3%-5%) <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan makanan mengandung natrium <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian diet tinggi natrium, jika perlu
3.	Intoleransi aktivitas b.d ketidakeimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat L.05047</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saturasi oksigen meningkat • Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 	<p>Manajemen energi 1.05178</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan Emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas <p>Terapeutik :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Dispnea saat aktivitas menurun • Dispnea setelah aktivitas menurun • Frekuensi nafas membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	--

XII. Catatan Keperawatan

Tabel 3.12 Catatan Keperawatan Ny. S dengan pneumonia di ruang pepaya RSUD Cengkareng

Hari ke I

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas	12-10-23	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas Hasil RR : 26x/menit • Monitor bunyi napas tambahan Hasil : Wheezing <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semifowler atau fowler Hasil : Pasien diberikan posisi semi fowler • Berikan minum Hangat Hasil : Pasien disediakan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada Hasil : Pasien dilakukan fisioterapi dada • Berikan oksigen Hasil : Pasien diberikan oksigen menggunakan nasal kanul 3 lpm <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000ml/har, jika tidak kontraindikasi Hasil : Pasien dianjurkan meminum banyak air putih <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilatorekspektoran, mukolitik Hasil : Pasien diberikan Viccillin, dan combiven 	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah 3 hari dada terasa berat • Pasien mengatakan saat bernapas berat <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien nampak lemah • Klien tampak gelisah • TTV : TD: 136/96 mmHg, Nadi:84x/m, RR:27x/m, S:36,7C, SPO²:95% <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>
Ketidakseimbangan elektrolit b.d	12-10-23	<p>Observasi :</p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan

ketidakseimbangan cairan		<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tanda dan gejala penurunan kadar natrium Hasil : Pasien mengatakan lemas, mukosa kering • Identifikasi penyebab hiponatremia Hasil : Polidipsi • Monitor intake dan output cairan Hasil : Intake : ± 3000 cc Output : ± 600 cc • Monitor kadar kadar natrium dan atau urine Hasil : Lab tanggal 11-10-2023 Natrium : 122 • Monitor gejala kejang pada hiponatremi berat Hasil : Pasien tidak terlihat ada gejala kejang <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang akses intravena Hasil : • Pasien terpasang pemflon • Berikan cairan NaCl hipertonis (3%-5%) Hasil : Pasien diberikan NaCl 3% 500 ml <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan makanan mengandung natrium Hasil : Pasien mengatakan akan memakan yang mengandung natrium <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian diet tinggi natrium 	<p>masih lemas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mukosa tampak kering • Intake : ± 3000 cc • Output : ± 600 cc • Lab tanggal 11-10-2023 • Natrium : 122 • Pasien diberikan NaCl 3% 500 ml <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	12-10-23	<p>Manajemen energi 1.05178</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi gangguan fungsi tubuh akibat kelelahan Hasil : 	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien masih mengeluh sesak terutama saat beraktivitas atau mobilisasi • Pasien mengatakan lemas

	<p>pasien menjadi sulit beraktivitas karena sesak napas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kelelahan fisik dan emosional <p>Hasil : pasien masih belum bisa beraktivitas karena masih sesak dan masih dilakukan tirah baring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola dan jam tidur <p>Hasil : Klien lebih sering tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Hasil : Klien masih sesak saat dan setelah beraktivitas</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif <p>Hasil : Klien dilakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif (gerakkan menekuk dan meluruskan sendi bahu, memutar pergelangan tangan dan menekuk dan meluruskan lutut)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Hasil : Memfasilitasi klien saat ingin duduk ditempat tidur, berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring <p>Hasil : Menganjurkan tirah baring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Hasil : Menganjurkan aktivitas secara bertahap, mulai dari bangun dan duduk ke sisi tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang <p>Hasil : pasien mengatakan “iya”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lebih sulit beraktivitas karena sesak <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan aktivitas pasien terlihat mudah lelah • Pasien tampak menggunakan oksigen 3 lpm • Pasien tampak lemah <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p>
--	--	--

		Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Hasil : pasien diberikan diit lunak	
--	--	---	--

Hari ke II

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas	13-10-23	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas Hasil : RR : 23x/menit, masih menggunakan otot bantu napas • Monitor bunyi napas tambahan Hasil : Masih terdapat Wheezing <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semifowler atau fowler Hasil : Pasien diberikan posisi semi fowler • Berikan minum Hangat Hasil : Pasien disediakan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada Hasil : Pasien dilakukan fisioterapi dada • Berikan oksigen Hasil : Pasien diberikan oksigen menggunakan nasal kanul 3 lpm <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000ml/har, jika tidak kontraindikasi Hasil : Pasien dianjurkan meminum banyak air putih <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik 	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan adanya masih terasa berat saat bernapas <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV : TD: 130/90 mmHg, Nadi:72 x/m, RR:23x/m, S:36,5C, SPO2:96% <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

		<p>Hasil : Pasien diberikan Viccillin, dan combiven</p>	
Ketidakseimbangan elektrolit b.d ketidakseimbangan cairan	13-10-23	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi tanda dan gejala penurunan kadar natrium Hasil : Pasien mengatakan lemas, mukosa masih sedikit kering Identifikasi penyebab hiponatremia Hasil : Polidipsi Monitor intake dan output cairan Hasil : Intake : ± 2000 cc Output : ± 500 cc Monitor gejala kejang pada hiponatremi berat Hasil : Pasien tidak terlihat ada gejala kejang <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasang akses intravena Hasil : Pasien terpasang pemflon Hitung kebutuhan natrium Berikan cairan NaCl hipertonis (3%-5%) Hasil : Pasien diberikan NaCl 3% 500 ml <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan asupan makanan mengandung natrium Hasil : Pasien mengatakan akan memakan yang mengandung natrium <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian diet tinggi natrium 	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih lemas Klien mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mukosa pasien kering Intake : ± 2000 cc Output : ± 500 cc Pasien diberikan NaCl 3% 500 ml <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	13-10-23	<p>Manajemen energi 1.05178</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : Pasien masih belum bisa beraktivitas karena masih 	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien masih belum bisa beraktivitas karena masih sesak dan masih dilakukan tirah baring

		<p>sesak dan masih dilakukan tirah baring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola dan jam tidur Hasil : Klien lebih sering tidur • Monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil : Klien masih sesak saat dan setelah beraktivitas <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif Hasil : Klien dilakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif (gerakkan menekuk dan meluruskan sendi bahu, memutar pergelangan tangan dan menekuk dan meluruskan lutut), pasien mengatakan mengikuti anjuran perawat • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Hasil : Memfasilitasi klien saat ingin duduk ditempat tidur, berpindah atau berjalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring Hasil : Menganjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : Menganjurkan aktivitas secara bertahap, mulai dari bangun dan duduk ke sisi tempat tidur • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Hasil : Pasien mengatakan “iya” 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien sulit beraktivitas karena sesak • Pasien mengatakan mengerti apa yang diajarkan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan aktivitas pasien terlihat mudah lelah • SPO₂ : 96% <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p>
--	--	--	---

Hari ke III

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas	14-10-23	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas Hasil RR : 21x/menit, sudah tidak ada penggunaan otot bantu napas • Monitor bunyi napas tambahan Hasil : Masih terdapat Wheezing <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semifowler atau fowler Hasil : Pasien diberikan posisi semi fowler • Berikan minum Hangat Hasil : Pasien disediakan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada Hasil : Pasien dilakukan fisioterapi dada • Berikan oksigen Hasil : Pasien diberikan oksigen menggunakan nasal kanil 3 lpm <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000ml/har, jika tidak kontraindikasi Hasil : Pasien dianjurkan meminum banyak air putih 	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sesak berkurang <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pola napas membaik • TTV : TD: 136/96 mmHg, Nadi: 84 x/m, RR:21 x/m, S:36.3C, SPO² : 96% <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
Ketidakseimbangan elektrolit b.d ketidakseimbangan cairan	14-10-23	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tanda dan gejala penurunan kadar natrium Hasil : Pasien mengatakan lemas sudah berkurang, mukosa bibir lembab • Identifikasi penyebab hiponatremia Hasil : Polidipsi • Monitor intake dan output cairan 	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan lemas sudah berkurang <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mukosa pasien lembab • Intake : ±1500 cc • Output : ± 500 cc • Pasien diberikan NaCl 3% 500 ml • Lab tanggal 14-

		<p>Hasil : Intake : ± 1500 cc Output : ± 500 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor gejala kejang pada hiponatremi berat <p>Hasil : Pasien tidak terlihat ada gejala kejang</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang akses intravena <p>Hasil : Pasien terpasang pemflon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hitung kebutuhan natrium • Berikan cairan NaCl hipertonis (3%-5%) <p>Hasil : Pasien diberikan NaCl 3% 500 ml</p>	<p>10-2023</p> <ul style="list-style-type: none"> • Natrium 136 <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	14-10-23	<p>Manajemen energi 1.05178</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kelelahan fisik dan emosional <p>Hasil : pasien mengatakan sudah tidak sesak <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola dan jam tidur <p>Hasil : Klien lebih sering tidur <ul style="list-style-type: none"> • Monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Hasil : Pasien sudah tidak sesak</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif Hasil : Klien dilakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif (gerakkan menekuk dan meluruskan sendi bahu, memutar pergelangan tangan dan menekuk dan meluruskan lutut), pasien mengatakan mengikuti anjuran perawat • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Hasil : Memfasilitasi klien saat ingin duduk ditempat tidur, berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring </p></p>	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri karena sesak sudah mulai berkurang • pasien mengerti apa yang diajarkan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • kemampuan aktivitas pasien terlihat sudah mulai bisa ke kamar mandi • SPO₂ : 97% <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>

		<p>Hasil : Menganjurkan tirah baring</p> <ul style="list-style-type: none">• Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Hasil : Menganjurkan aktivitas secara bertahap, mulai dari bangun dan duduk ke sisi tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none">• Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang <p>Hasil : Pasien mengatakan “iya”</p>	
--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori di bab 2 dengan kasus di bab 3 asuhan keperawatan kasus asuhan keperawatan pada ny. S dan ny. N dengan pneumonia di Ruang Manggis yang dilaksanakan selama 3 hari, implementasi tempatnya di RSUD Cengkareng Tahun 2023.

A. Pengkajian

1. Menurut Teori

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien (Leniwita and Anggraini, 2019).

2. Menurut Kasus

Pada pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. T dan Ny. S dengan pneumonia di Ruang Pepaya di dapatkan, pada Ny. T Suara paru : ronkhi +/+, pola napas dipsneu, ada tambahan nafas retraksi dinding dada, batuk berdahak sputum berwarna putih, tidak ada nyeri, sesak saat melakukan aktivitas. Rontgen foto Thorax PA/AP/RLD tanggal 11-10-2023, Kesan : cardiomegaly dengan DD/ pneumonia, oedema pulmonum. Didapatkan pemeriksaan TTV, TD : 137/67 mmHg, RR : 25x/menit, N : 99x/menit, S : 36,6°C, SPO₂ : 93% CRT <3detik, tidak ada distensi vena jugularis, suara jantung normal tidak ada tambahan.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Ny. S didapatkan bahwa klien mengatakan sudah 2 hari dada terasa berat dan saat bernafas berat, badan terasa lemas, sesak saat melakukan aktivitas hasil TTV : TD 116/79 mmHg, N 102 x/menit, RR 30 x/menit, SPO₂ 92%. Dari hasil pengkajian fisik terdengar pula suara tambahan yaitu wheezing.

3. Analisa Peneliti

Dalam Menurut analisa penulis, pada perbandingan antara data yang ada diteori dengan data yang ditemukan di kasus memiliki kesamaan, seperti adanya gangguan pernapasan yang diakibatkan peningkatan sputum pada Ny. T. Sedangkan Ny. S jumlah serum elektrolitnya dibawah normal. Hal itu karena agent penyebab pneumonia masuk ke paru-paru melalui inhalasi ataupun aliran darah. Diawali dari saluran pernafasan dan akhirnya masuk ke saluran pernapasan bawah. Reaksi peradangan timbul pada dinding bronkus

menyebabkan sel berisi eksudat dan sel epitel menjadi rusak. Kondisi tersebut berlangsung lama sehingga dapat menyebabkan elektasis. Reaksi inflamasi dapat terjadi di alveoli, yang menghasilkan eksudat yang mengganggu jalan napas, bronkospasme dapat terjadi apabila pasien menderita penyakit jalan napas reaktif (Borrego, 2021).

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami sesak, perubahan pola napas, terdengar suara tambahan pada rongga paru. Tetapi terdapat beberapa perbedaan yaitu Ny. T mengalami batuk produktif dan tidak nafsu makan sedangkan Ny.S Tidak. Penulis menduga perbedaan ini dikarenakan dari etiologi pneumoni yang berbeda pada kedua klien.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Menurut Teori

Diagnosis keperawatan merupakan proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan. Diagnosis keperawatan mengklarifikasi lingkup tindakan keperawatan dan mengizinkan perawat untuk mempunyai bahasa yang umum untuk mengkomunikasikan kebutuhan pasien (Sihombing, 2019). Dalam penegakan diagnose keperawatan menurut SDKI dalam jurnalnya :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan D.0001.
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas D.0005
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan D.0019
- d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit D.0130
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen D.0056

2. Menurut Kasus

Penulis menemukan 3 diagnosa yang muncul pada Ny. T dan 3 diagnosa pada Ny. S dengan penentuan diagnosa berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi pasien sendiri, diantaranya Ny .T :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan D.0001.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan D.0019
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen D.0056

Diagnosa yang didapatkan pada Ny. S :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan upaya jalan napas

- b. Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen D.0056

3. Analisa Peneliti

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas berbeda, yaitu pada Ny. T di angkat Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret sedangkan pada Ny. S adalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas. Penulis berasumsi hal ini dikarenakan oleh etiologi dari pneumoni kedua klien yang berbeda. Pneumoni pada Ny. T yang dikarenakan infeksi bakteri sedangkan pada Ny. S adalah oedema pada paru. Infeksi pada Ny. T membuat hipersekresi jalan napas sedangkan Ny. S Tidak.

Diagnosa selanjutnya yang diangkat penulis pun berbeda. Hal ini dikarenakan kedua klien diatas memiliki kasus penyerta yang berbeda. Pada Ny. T pengecekan hasil Thorax PA/AP/RLD Kesan : cardiomegaly dengan, DD/ Pneumonia, Oedema Pulmonum. Maka diangkatlah diagnosa keperawatan Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret. Sedangkan pada Ny. S dari pengecekan hasil laboratorium nya di dapatkan jumlah serum elektrolitnya dibawah normal, maka diangkatlah diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan.

C. Intervensi Keperawatan

1. Menurut Teori

Dalam penentuan intervensi secara teori pneumonia terdiri dari terapi farmakologi dan non farmakologi. Pemberian antibiotic bertujuan untuk memberikan terapi kausal terhadap kuman penyebab infeksi, akan tetapi sebelum diberikan, terapi suportif juga perlu diberikan untuk menjaga kondisi pasien. Terapi antibiotika empiris, Tindakan suportif meliputi pemberian oksigen untuk mempertahankan $PaO_2 > 8$ kPa ($SaO_2 > 92\%$) dan resusitasi cairan intravena untuk memastikan stabilitas hemodinamik. Bantuan ventilasi: ventilasi non invasive , misalnya tekanan jalan napas kontinu atau ventilasi mekanis diperlukan pada gagal napas. bila demam atau nyeri pleuritik dapat diberikan antipiretik analgesic serta dapat diberikan mukolitik atau ekspektoran untuk mengurangi dahak (Novi, 2021).

2. Menurut Kasus

Perencanaan disusun berdasarkan data kondisi pasien yang telah didapatkan untuk diterapkan secara aktual pada klien dengan pneumonia dalam masalah keperawatan. Tindakan keperawatan di lakukan selama 3x24 jam dengan masalah bersihan jalan napas adapun intervensi yang direncanakan untuk masalah monitor keadaan respirasi, menggunakan Teknik batuk efektif, menggunakan strategi untuk mengeluarkan dahak yang efektif, serta penulis memprioritas kan terapi nonfarmakologis yaitu dengan terapi oksigenisasi hal tersebut karena menjadi suatu masalah dalam system pernapasan pada pasien pneumonia. Terapi yang di berikan yaitu berkolaborasi untuk pemberian Diit

(+) hal tersebut untuk menstabilkan nutrisi dalam tubuh klien yang akan dapat meningkatkan imunitas tubuh klien.

3. Analisa Peneliti

Perbandingan antara intervensi teori dengan intervensi yang ditentukan dikasus memiliki kesamaan intervensi akan tetapi dalam intervensi yang diterapkan masing-masing berbeda pada 2 pasien. Pada kasus Ny. T sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif b.d penumpukan secret adalah manajemen jalan napas (I.01011). Lalu untuk diagnosa intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen adalah manajemen energy (I.05178) dan defisit nutrisi b.d intake tidak adekuat adalah Manajemen nutrisi (I.03119).

Sedangkan untuk Ny. S intervensi yang dilakukan untuk diagnosa pola napas tidak efektif b.d upaya jalan napas adalah manajemen jalan nafas (I.01011). Lalu untuk diagnosa Lalu untuk diagnosa intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen adalah manajemen energi (I.05178) dan untuk diagnosa Ketidakseimbangan elektrolit adalah manajemen elektrolit: hiponatremi (I.03110).

Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan beberapa terapi non-farmakologis. Yaitu Deep Breathing Exercise (Ali et al., 2022), Accupressure Therapy (Saputra and Waluyo, 2022), pemberian posisi semi fowler (Majampoh, Rondonuwu and Onibala, 2015), dan batuk efektif (Tahir et al., 2019).

Deep breathing exercise efektif dalam meningkatkan ekspansi dada, untuk mengurangi kerja pernapasan dan meningkatkan efisiensi ventilasi pernapasan, Pemberian massage therapy, chest mobility, deep breathing exercise dan stretching pada penderita effusi pleura dapat meningkatkan fungsi paru-paru serta mengurangi sesak (Yokogawa et al., 2019). “Deep Breathing Exercise” telah terbukti meningkatkan efisiensi ventilasi dengan meningkatkan alveolar dan mengurangi ventilasi ruang mati. Pernapasan dalam yang lambat juga dapat meningkatkan oksigenasi arteri dengan meningkatkan volume alveolar dan pertukaran gas pada tingkat membran kapiler alveolar. (Bilo et al. 2012).

Acupressure merupakan salah satu terapi yang umum digunakan dalam keperawatan. Prinsip healing touch pada acupressure menunjukkan perilaku caring yang dapat memberikan ketenangan, kenyamanan, rasa dicintai dan diperhatikan bagi klien sehingga lebih mendekatkan hubungan terapeutik perawat dan klien. Saat ini belum banyak diketahui manfaat acupressure untuk kesehatan. Beberapa bukti klinis telah menunjukkan bahwa acupressure dapat berguna dalam pengobatan, serta menemukan bahwa pemberian acupressure dapat memberikan manfaat yang signifikan, terutama dalam meningkatkan pengurangan tenaga pernafasan (Saputra ramal, 2022).

Salah satu intervensi keperawatan yang bisa diterapkan untuk membersihkan sputum pada jalan napas adalah fisioterapi dada dan batuk efektif. Banyak penelitian yang telah membuktikan fisioterapi dada dan dan batuk efektif dapat membantu pasien mengeluarkan sputum. Fisioterapi dada

dan batuk efektif dinilai efektif karena bisa dilakukan oleh keluarga, mudah dan bisa dilakukan kapan saja (Tahir et al., 2019).

D. Implementasi Keperawatan

1. Menurut Teori

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus.

2. Menurut Kasus

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa evidence based nursing pada klien. Evidence based nursing yang diterapkan yaitu mengajarkan klien batuk efektif (Tahir et al., 2019), dan memberikan posisi semi fowler pada klien (Majampoh, Rondonuwu and Onibala, 2015). Penulis menerapkan kedua terapi non-farmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu mengatasi keluhan klien.

3. Analisa Peneliti

Tindakan keperawatan yang ada di teori dengan yang dilakukan di kasus sama pelaksanaannya, dengan berkolaborasi tenaga kesehatan yang ada dirumah sakit dan keluarga yang selalu mendampingi selama proses pengobatan dan perawatan.

E. Evaluasi Keperawatan

1. Menurut Teori

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan tindakan keperawatan.

2. Menurut Kasus

Penulis menilai setiap masalah yang telah dibuat, apakah masalah tersebut teratasi sesuai tujuan yang telah dibuat atau tidak serta mencapai kriteria hasil yang diinginkan atau tidak. Evaluasi yang dilakukan Ny. T tercapai semua hal tersebut karena pasien dapat mengikuti prosedur yang telah diberikan dengan baik, pada hari pertama pasien mengeluh sesak dan batuk berdahak, pasien tidak nafsu makan, Sebelum sakit : BB : 47 Kg Setelah sakit, BB: 44 Kg. Sulit beraktivitas dikarenakan sesak. Pasien tampak lemas dan batuk tidak efektif. hasil pengecekan TTV yaitu TD: 111/70 mmHg, Nadi: 119x/menit, RR: 24x/menit, Suhu: 36,5° C, SPO₂: 93% (sebelum diberikan oksigen) SPO₂: 94% (sesudah diberikan oksigen). Pada evaluasi hari kedua pasien mengatakan sesak sedikit berkurang, masih batuk sedikit berdahak, pasien mengatakan sudah mulai nafsu makan, makan habis setengah porsi, mukosa tampak lembab RR: 22x/menit, Suhu: 36,5° C, SPO₂: 95%. Pada hari ketiga pasien mulai membaik yang ditandai klien sudah tidak mentoleransi aktivitasnya, nafsu makan meningkat, makan yang disajikan tampak habis, berat badan pasien naik 1 Kg dari 44 Kg menjadi 45 Kg, pola nafas membaik yaitu 22 x/menit, SPO₂ : 97%.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. S dihari pertama setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu pasien mengatakan adanya terasa berat saat bernapas, dan terlihat menggunakan otot bantu napas, pasien tampak lemah dan gelisah hasil pengecekan TTV didapatkan TD: 136/96 mmHg, Nadi: 84x/m, RR: 27x/m, S: 36,7C, SPO₂:93% (Sebelum diberikan oksigen) SPO₂: 95% (Setelah diberikan oksigen). Hasil lab menunjukkan kadar elektrolit nya dibawah normal, oleh karena itu pasien diberikan NaCl 3% sebanyak 500 ml. Pada evaluasi hari ke dua belum didapatkan perbaikan yang signifikan, pasien masih mengatakan sesak dan lemas tetapi pola nafas mulai membaik yaitu 23x/menit dan saturasi 96%. Pada hari ketiga pasien mulai membaik yang ditandai dengan sesak mulai berkurang, klien sudah bisa melakukan aktifitas sederhana secara mandiri seperti duduk di pinggir kasur dan ke kamar mandi sendiri, pola nafas membaik yaitu 21 x/menit, SPO₂ : 96%,. Dari hasil pengecekan lab menunjukkan peningkatan natrium menjadi 136 mmol/L.

3. Analisa Peneliti

Pada Analisa peneliti dalam penerapan implementasi menentukan pencapaian sesuai dengan kriteria hasil dan tidak ada intervensi yang tidak sesuai dengan kriteria hasil. Hasil interpretasi dari dua pasien juga berbeda di antaranya sesuai implementasi yang di terapkan pada pasien di berikan Teknik batuk efektif.

BAB V

KESIMPULAN

A. Pengkajian

1. Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami sesak, perubahan pola nafas, terdengar suara tambahan pada rongga paru. Tetapi terdapat beberapa perbedaan yaitu Ny. T mengalami batuk produktif dan tidak nafsu makan sedangkan Ny. S Tidak. Penulis menduga perbedaan ini dikarenakan dari etiologi pneumoni yang berbeda pada kedua klien.
2. Diagnosa yang diangkat pada kedua pasien berbeda, hal ini dikarenakan etiologi dari pneumoni pada masing-masing klien berbeda, ditambah setiap klien juga memiliki penyakit penyerta yang berbeda. Tetapi ada 1 diagnosa yang sama yaitu intoleransi aktivitas.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien guna mengatasi keluhan pasien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan beberapa terapi non-farmakologis. Yaitu Deep Breathing Exercise, Accupressure Therapy, pemberian posisisemi fowler, dan batuk efektif.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan pemantauan respirasi dan terapi oksigen serta didukung dengan terapi farmakologi. Implementasi yang dilaksanakan

minimal 3 hari untuk mendapatkan perbaikan pada pasien pnemonia. Pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua pasien dapat bekerjasama dengan baik, kooperatif dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis. Keluarga pasien pada kedua kasus juga dapat bekerjasama dan mendukung implementasi dengan baik.

5. Evaluasi pada kedua pasien menunjukkan perbaikan terutama pada pola nafasnya. Pada Ny. T pasien mulai membaik yang ditandai klien sudah tidak mentoleransi aktivitasnya, nafsu makan meningkat, makan yang disajikan tampak habis, berat badan pasien naik 1 Kg dari 44 Kg menjadi 45 Kg, pola nafas membaik yaitu 22 x/menit, SPO₂ : 97%. Pada Ny. S pun mengatakan mulai membaik yang ditandai dengan sesak mulai berkurang, klien sudah bisa melakukan aktifitas sederhana secara mandiri seperti duduk di pinggir kasur dan ke kamar mandi sendiri, pola nafas membaik yaitu 21 x/menit, SPO₂ : 96%,. Dari hasil pengecekan lab menunjukkan peningkatan natrium menjadi 136 mmol/L.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Saran kepada perawat RSUD Cengkareng untuk dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan, selalu memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu kepada pasien.

2. Institusi Pendidikan

Hasil tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya ilmu keperawatan kritis

DAFTAR PUSTAKA

Abdjul, R.L. and Herlina, S. (2020) 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia : Study Kasus', 2(2), pp. 102–107.

Amalia Yunia Rahmawati (2020) 'ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DENGAN PNEUMONIA DI RUANG DAHLIA BRSUD TABANAN', (July), pp. 1–23.

Aslina, N. (2019) *KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS PNEUMONIA DI RUANG MELATI RSUD BANGIL, 2019*. Available at: <https://media.neliti.com/media/publications/299406-asuhan-keperawatan-pada-tn-s-dengan-diag-aa69a593.pdf>.

Borrego, A. (2021) 'ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGEN DENGAN POSTURAL DRAINASE PADA BALITA PNEUMONIA', 10, p. 6.

Harahap, Y. (2022) 'Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada By.A Dengan Pneumonia di Ruang Rawat Inap Mawar RSUD Curup Tahun 2022'.

hidayat fahrul, D. (2023) 'ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN BRONKOPNEUMONIA DI RSUD Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN TAHUN 2023', pp. 31–41.

Kemendes RI (2018) 'Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018', *Kemendiknas Kesehatan RI*, 53(9), pp. 1689–1699.

Leniwita, H. and Anggraini, Y. (2019) 'Modul Dokumentasi Keperawatan', *Universitas Kristen Indonesia*, pp. 1–182. Available at: http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/694/1/MODUL_AJAR_DOKUMENTASI_KEPERAWATAN.pdf.

Nadialista Kurniawan, R.A. (2021) 'ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS PNEUMONIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI DI RUANG ICU RSUD BAHTERAMAS KOTA KENDARI KARYA', *Industry and Higher Education*, 3(1), pp. 1689–1699. Available at: <http://journal.unilak.ac.id/index.php/JIEB/article/view/3845%0Ahttp://dspace.uc.ac.id/handle/123456789/1288>.

Novard, M.F.A., Suharti, N. and Rasyid, R. (2019) 'Gambaran Bakteri Penyebab Infeksi Pada Anak Berdasarkan Jenis Spesimen dan Pola Resistensinya di Laboratorium RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2014-2016', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(2S), p. 26. Available at: <https://doi.org/10.25077/jka.v8i2s.955>.

Ririn, P. (2022) *ririn prihatin.pdf*.

Saputra ramal (2022) 'DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf13203> Terapi Komplementer', 13(April), pp. 275–279.

Selam, jahya bukhari adnan (2019) 'Asuhan Keperawatan Pada Tn. A.D Dengan Pneumonia Di Ruang Cendana Rumah Sakit Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang Karya', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(2), p. 2.

Setyoningsih, E. (2019) *Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Diagnosa Medis Pneumonia*, <https://medium.com/>. Available at: <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>.

Sihombing, R.W.C. (2019) 'Penerapan Diagnosis Keperawatan Yang Berkualitas Tinggi Di Rumah Sakit', (181101141). Available at: <https://osf.io/preprints/inarxiv/hzwqr/>.

Suryono, S. (2020) 'asuhan keperawatan pada An.H Usia 5 Tahun Denngan Pneumonia di Ruang Irna C RSUD Kota Dumai Tahun 2020', *Journal of Chemical Information and Modeling*, pp. 1–85.

Wahyudi, K. (2020) 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pneumonia Yang Dirawat di Rumah Sakit', *Jurnal Keperawatan*, pp. 1–138. Available at: [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1066/1/KTI Kris Wahyudi.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1066/1/KTI%20Kris%20Wahyudi.pdf).

LAMPIRAN

Lampiran 1

Lembar Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir

Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir

No	Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
1	Kamis 12-10-23	16.00 WIB	Konsultasi judul kian		Acc judul kian
2	Selasa 31-10-23	19.00 WIB	Konsultasi BAB 1,2,3		Revisi, Tambahkan pathway di bab 2. (ACC BAB Selanjutnya)
3	Jum'at 10-11-23	13.00 WIB	Konsul BAB 4 dan 5		Acc BAB 5. Revisi BAB 4, untuk pembahasan tambahkan artikel penelitian terkait dengan topik tersebut
4	Sabtu 11-11-23	13.00 WIB	Membahas terkait dengan topik tersebut		Acc BAB 5
5	Senin 12-10-23	15.00 WIB	Sidang Kian		Sidang Kian
6	Kamis 16-11-2e3	16.00 WIB	Revisi sidang kian, perbaiki penulisan, perbaiki urutan diagnosa keperawatan		Acc revisi kian, lanjutkan TTD, ACC HC

Mengetahui

Kepala Program Studi Keperawatan (S1&Profesi Ners)

Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN.0316028302

Lampiran 2

DOKUMENTASI SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Lampiran 3

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**Data Pribadi**

Nama : Diah Ayu Ismawati
Usia : 21 Tahun
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 15 Agustus 2001
Agama : Islam
Status : Mahasiswa
Alamat : Perumahan Wahana Harapan Blok B3 No 10
Jl. Rajawali, Kabupaten Bekasi
E-Mail : diahayuu1501@gmail.com

Riwayat Pendidikan

2007-2013 : SDN Kaliabang Tengah III
2013-2016 : SMP Taman Harapan 1
2016-2019 : SMAN 1 Tarumajaya
2019-2023 : STIKes Medistra Indonesia (S1 Keperawatan)
2023-2024 : STIKes Medistra Indonesia (Profesi Ners)