

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

I. HASIL

A. Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengkajian di lakukan di RSUD Bangkinang di ruang rawat inap Pejuang (Bilal Bin Rabbah I) dengan kapasitas Perawat 19 orang, dengan 44 tempat tidur di sertai ventilasi dan Ruangan yang bersih.

B. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

TANGGAL PENGKAJIAN : 23 April 2019, Jam 09:30 WIB

1. PENGKAJIAN

a. Identitas Pasien

Nama	: Tn. A
Umur	: 61 Tahun
Pendidikan	: SD
Suku Bangsa	: Melayu ocu, Indonesia
Pekerjaan	: Petani
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Menikah
Alamat	: Sungai Amping, Desa Silam
No. Handphone	: 0823 8434 4052
No. Medical Record	: 14 16 53

Ruangan Rawat : Bilal Bin Rabbah I

Golongan Darah : O

b. Penanggung Jawab

Nama : Jon Kenedi

Pekerjaan : Petani

Alamat : Batu Langkah Kecil

No. Handphone : 0823 8434 4052

c. Data Saat Masuk RS

Tanggal Masuk RS : 22 April 2019

Jam Masuk RS : 07: 50 WIB

Yang Mengirim/ Merujuk : Datang sendiri

Cara Masuk : Berjalan

Alasan Masuk : Klien merasakan sakit bagian dada sebelah kanan +/- 2 jam sebelum masuk Rumah Sakit

Diagnosa Medis Saat Masuk : Miocard Infark

Ruangan Rawat : Bilal Bin Rabbah I

Diagnosa Medis Saat Pengkajian: *Community Acquired Pneumonia*
(CAP)

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

- 1) Keluhan Utama/ Gejala : Klien mengatakan dada sebelah kanan terasa sakit, sekali- kali terasa menjalar kebagian rahang
- 2) Kondisi atau keadaan klien saat pengkajian : Tidak merasa sakit akan tetapi masih ada rasa nyeri dan rasa tertusuk- tusuk bagian dada sebelah kanan, skala nyeri 3- 4, dengan ekspresi wajah sedikit meringis.

Masalah Keperawatan : Gangguan Rasa Nyaman Nyeri

e. Riwayat Pengobatan Terakhir

Apakah sudah berobat : Ya

Bila berobat kemana : RSUD Bangkinang

Penanganan yang diterima : Dirawat di ruang rawat inap penyakit dalam (pejuang).

f. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

- 1) Penyakit yang pernah diderita : Miocard Infark/ Jantung
- 2) Penyebab penyakitnya : Merokok
- 3) Apakah sudah berobat : Ya
 - Bila sudah kemana : RSUD Bangkinang
 - Penanganan yang diterima : Dirawat di ruang rawat inap penyakit dalam (pejuang).
 - Alasan dirawat : Nyeri bagian dada sebelah kanan

Tindakan yang dilakukan

: Diberikan obat analgesik,
tindakan keperawatan: Tehnik
relaksasi nafas dalam, posisi
yang nyaman, lingkungan yang
tenang.

Sembuh

: Tidak

4) Pernah dioperasi

: Tidak

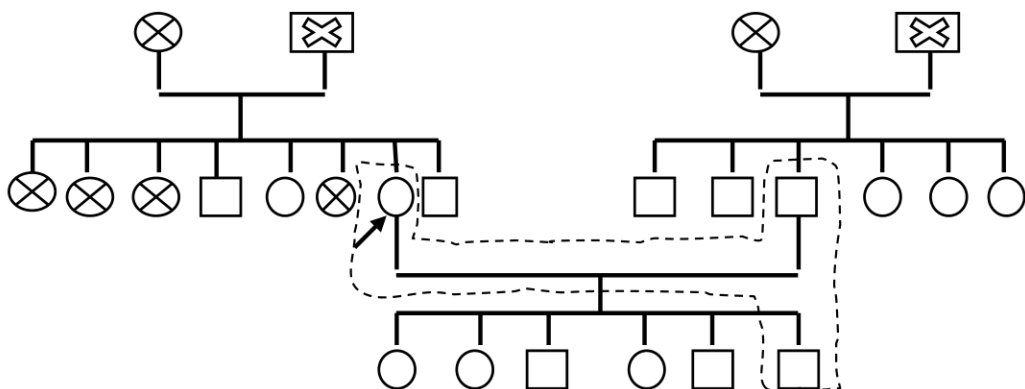
5) Alergi

: Tidak ada: makanan dan obat-
obatan

g. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Kejadian penyakit keturunan/ menular : Tidak ada

2) Genogram Keluarga



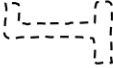
Keterangan :


○ : Laki- laki


□ : Perempuan

⊗ / ⊗ : Meninggal

↗ : Pasien

 : Tinggal Serumah

 : Menikah

 : Keturunan

h. Riwayat Psikososial dan Spiritual

1) Psikologis

Suasana Hati : Baik

Karakter : Baik dan ramah

Keadaan emosional : Baik dan terkontrol

Persepsi pasien terhadap penyakitnya :

- 1) Hal yang amat difikirkan saat ini : Klien ingin cepat sembuh
- 2) Harapan setelah menjalani perawatan : Klien ingin sehat kembali
- 3) Perubahan yang dirasakan setelah sakit : Nyeri bagian dada

2) Sosial

1) Orang yang terdekat dengan pasien : Ny. A

2) Hubungan antar keluarga : Istri

3) Hubungan dengan orang lain : Baik, tidak ada masalah

4) Perhatian terhadap orang lain : Baik

5) Perhatian terhadap lawan bicara : Merespon dengan baik

6) Kegemaran/ Hobi : Menonton

3) Spiritual

1) Pelaksanaan Ibadah : Rutin

2) Kepercayaan/ keagamaan dan aktivitas yang ingin dilakukan :

Sholat

3) Keyakinan kepada Tuhan : Sangat yakin kepada

ALLAH SWT

4) Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

i. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola Nutrisi dan Cairan

a. Makan

1. Sehat

Pola makan : 3 X Sehari seporsi orang dewasa/
sepiring

Makanan pantangan : Tidak ada

Makanan kesukaan : Makanan yang digoreng

2. Sakit

Pola makan : 3 X Sehari ½ porsi orang dewasa setiap
makan

Makanan pantangan : Makanan yang Asin, Pedas, Berminyak,
Santan

Perubahan berat badan: Menurun; Sebelum sakit berat badan
pasien 53 Kg, setelah pasien sakit dan
dirawat di Rumah Sakit berat badan
pasien menjadi 50 Kg

Masalah Keperawatan : Kebutuhan nutrisi kurang dari
kebutuhan tubuh

b. Cairan / Minum

1. Sehat

Pola minum : Lebih dari 2 L/ Hari

Minuman Kesukaan : Teh (rendah gula)

2. Sakit

Intake cairan : Oral > 2 L/hari

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

2) Pola Eliminasi

a. BAK

1. Sehat

Jumlah Urine : 600 – 1200 ml/ hari

Warna : Kuning Muda dan Transparant

Bau : Khas aromatik

Pola BAK : 3 – 4 x/hari

Masalah eliminasi urine : Tidak ada masalah

2. Sakit

Jumlah urine : 800 – 1500 ml/hari

Warna : Kuning Muda dan Transparant

Bau : Khas aromatik

Pola BAK : > 4 x/hari

Masalah eliminasi urine : Tidak ada masalah

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

b. BAB

1. Sehat

Konsistensi : Berbentuk lunak/ lembek

Bentuk : Bentuk khas

Lendir dan Darah : Tidak ada

Masalah eliminasi bowel : Tidak ada

Pemakaian laksatif : Tidak

2. Sakit

Konsistensi : Berbentuk lunak/ lembek

Warna : Kecoklatan

Bau : Khas aromatik

Pola defekasi : 1 – 2 x/hari

Bentuk : Bentuk khas

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3) Pola Aktivitas/ Latihan

a. Sehat

Pola aktivitas sehari- hari : Dirumah

Aktivitas yang membuat lelah : Pergi kekebun sawit

Gangguan pergerakan : Tidak ada

b. Sakit

Pola aktivitas sehari-hari : Dirumah

Aktivitas yang membuat lelah : berjalan- jalan

Gangguan pergerakan : Tidak ada gangguan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4) Pola Istirahat Tidur**a. Sehat**

Pola tidur : Siang dan malam

Malam : +/- 7 jam / hari

Siang : +/- 1 jam/ hari

Total : +/- 8 jam/ hari

Gangguan tidur : Tidak ada gangguan

Dampak pola tidur : Segar

Alat bantu tidur : Tidak ada pakai alat bantu tidur

b. Sakit

Pola tidur : Siang dan malam

Malam : +/- 7 jam / hari

Siang : +/- 1 jam/ hari

Total : +/- 8 jam/ hari

Gangguan tidur : Tidak ada gangguan, seperti: insomnia,
mendengkur, dan mengingau

Dampak pola tidur : Segar

Alat bantu tidur : Tidak ada
 Keluhan lain : Tidak ada
 Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

5) Personal Hygiene

a. Sehat

Mandi : 2 x/hari: pagi dan sore
 Gosok gigi : 2 x/hari: pagi dan sore
 Cuci rambut : 2 x/hari: pagi dan sore
 Potong kuku : 1 x seminggu
 Hambatan pemenuhan
 Kebutuhan personal
 Hygiene : Tidak ada hambatan

b. Sakit

Mandi : Belum mandi 2 hari
 Gosok gigi : Gigi palsu (tidak dipakai)
 Cuci rambut : Tidak ada selama dirawat
 Potong kuku : Tidak ada selama dirawat
 Hambatan pemenuhan
 Kebutuhan personal
 Hygiene : Mobilisasi dibatasi dokter, peralatan
 mandi tidak lengkap

Keluhan lain : Tidak ada keluhan

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri

j. Catatan Khusus

- 1) Apakah pasien mengerti tentang penyakit yang dideritanya : Ya, mengerti
- 2) Bila dulu pernah dirawat, macam kegiatan perawatan apa yang dirasakan terganggu : Tidak ada
- 3) Bagaimana hubungan suami istri sebelum dan sesudah sakit : Hubungan yang baik
- 4) Apakah ada pertanyaan yang diajukan : Tidak ada

k. Pemeriksaan Fisik

1. Umum

Keadaan Umum : Baik

Tingkat Kesadaran : Komposmentis

Tinggi Badan : 165 Cm

Berat Badan : 50 Kg

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

2. Tanda- Tanda Vital

Suhu	: 36,4 °c
Nadi	: 60 x/menit
Pernafasan	: 18 x/menit
Tekanan Darah	: 120/ 80 mmHg

3. Integumen

Kulit

Inspeksi	:
Kebersihan kulit	: Bersih dari kotoran dan tidak ada tatto
Warna kulit	: Normal, tidak albinisme, dan ikterik
Lesi	: Tidak ada lesi
Jaringan Parut	: Tidak ada jaringan parut
Edema	: Tidak ada edema
Kelembaban	: Sebagian berminyak dan sebagian kering
Palpasi	:
Suhu	: Hangat
Tekstur	: Halus
Turgor	: Baik
Lain- lain	: Tidak ada
Masalah Keperawatan	: Tidak ada masalah

4. Kuku

Inspeksi	:
Warna	: Normal, tidak sianosis
Bentuk	: Normal, tidak ada cacat/ simetris
Lesi	: Tidak ada lesi
Keadaan	: Kotor
Palpasi	:
Capillary Refill	: Normal (< 2 detik)
Masalah Keperawatan	: Defisit perawatan diri

3. Rambut dan Kepala

Inspeksi	:
Kuantitas	: Lebat diseluruh bagian atas kepala
Distribusi	: Normal, tidak jarang/ botak
Palpasi	:
Tekstur	: Halus
Kulit Kepala	: Normal, tidak ada peradangan
Keadaan rambut	: Bersih, tidak tampak ketombe
Masalah Keperawatan	: Tidak ada masalah

4. Wajah/ Muka

Inspeksi	:
Simetris	: Ya
Kelainan	: Tidak ada kelainan

5. Leher

Inspeksi	:
Warna	: Normal, tidak merah dan ikterus
Palpasi	:
Leher	: Normal, tidak panas
Kelenjar Limfe Submandibula	: Normal, tidak membesar
Kelenjar Tiroid	: Normal, tidak membesar
Masalah Keperawatan	: Tidak ada masalah

6. Thorax/ Dada dan Paru- paru

Inspeksi	:
Postur	: Normal, tidak ada elevasi klavikula
Bentuk	: Normal, tidak bentuk: Funnel chest, Pigeon chest, Barel chest
Pola Nafas	: Eupnea
Sifat Pernafasan	: Dada
Batuk	: Tidak ada
Palpasi	: Normal, tidak ada massa
Ekspansi Paru pada sisi kanan dan kiri	: Simetris
Anterior	: Normal, tidak lemah maupun keras
Posterior	: Normal, tidak lemah, maupun keras
Perkusi Paru	: Normal/ Resonan

Auskultasi :

Bunyi nafas : Vesikuler

Lain- lain : Pasien mengatakan dada sebelah kanan nyeri, rasa ditusuk- tusuk, skala nyeri 3 - 4

Masalah Keperawatan : Gangguan rasa nyaman nyeri

7. Payudara

Inspeksi : Normal tampak simetris

Palpasi : Normal, tidak ada pembengkakan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

8. Kardiovaskuler

Inspeksi

Pulsasi Apikal : Terlihat

Perkusi : Tidak redup/ Normal

Auskultasi : Tidak ada suara/ bunyi tambahan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

9. Abdomen/ Perut

a. Abdomen

Inspeksi : Normal, tidak ada pembesaran

Auskultasi :

Bising Usus	: Terdengar, 5 x/menit
Perkusi	: Normal, tidak redup
Palpasi	: Normal, tidak ada massa dan distensi bladder
b. Anus	: Normal, tidak ada hemoroid
Masalah Keperawatan	: Tidak ada masalah

10. Genitalia

Inspeksi	: Normal, tidak ada uedema
Kateter	: Tidak Terpasang
Palpasi	: Normal, tidak ada bengkak/tumor
Masalah Keperawatan	: Tidak ada masalah

11. Muskuloskeletal

Inspeksi	:
Otot : Ukuran	: Normal, tidak terjadi hipertrofi
Kontraktur	: Normal, baik kanan dan kiri
Tremor	: Tidak ada tremor
Tulang	: Normal, tidak asimetris, tidak tampak patah tulang
Tulang Belakang	: Normal, tidak terjadi kifosis, lordosis, skoliosis dan tidak fraktur
Sendi	: Normal, tidak bengkak

ROM	: Normal, tidak ada gangguan
Palpasi	:
Otot	: Normal, tidak ada kelainan
Tulang	: Normal, tidak ada nyeri tekan
Sendi	: Normal, tidak ada nyeri tekan
Masalah Keperawatan	: Tidak ada masalah

12. Persarafan/ Neurologi

GCS (3- 15)	: M = 6 E = 4 V = 5 GCS = 15
Atensi	: Baik, tampak perhatian penuh
Berbicara	: Mampu berkomunikasi dengan baik
Sensasi	: Nyeri bagian dada
Penciuman	: Baik, mampu membedakan aroma
Pengecapan	: Baik, mampu membedakan rasa
Ingesti- Digesti	: Mengunyah dan menelan : Mampu
Gerakan	: Berjalan : Mampu
Kejang	: Tidak ada kejang
Masalah Keperawatan	: Gangguan rasa nyaman nyeri

I. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Tanggal/ Jam : 22 April 2019/ 10 : 24 WIB

- 1) Hemoglobin : 13,9 gr
- 2) Lekosit : 5,9

- 3) Hematokrit : 40,9 %
- 4) Trombosit : 289
- 5) SGOT : 17 U/L
- 6) SGPT : 13 U/L
- 7) Creatinin : 0,8 mg/dl
- 8) Ureum : 22 mg/dl
- 9) Glukosa Darah : 98 mg/dl

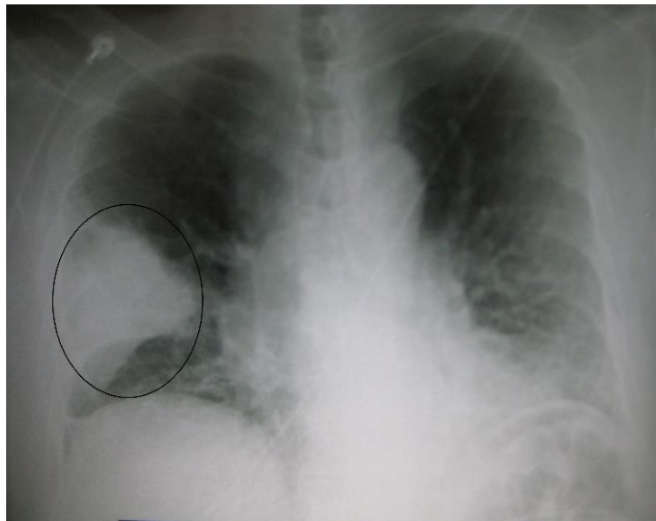
m. Program Dokter :

- 1) Isosorbit Dinitrat (ISDN) : 3x Sehari
- 2) CPG Tablet 75 mg : 1x Sehari
- 3) Aspilet Tablet 80 mg : 1x Sehari
- 4) Injeksi Omeprazol 40 mg : 1x Sehari
- 5) Bisoprolol : 2x ½ tab Sehari
- 6) IVFD RL : 20 TPM

n. Catatan Tambahan :

Photo Rontgen menunjukkan bahwa paru- paru klien inflamasi/
peradangan.

Dokter menegakkan diagnosa Pneumonia.



Gambar 1.2. Radang paru- paru pada pneumonia

Bangkinang, 23 April 2019

Muhammad Hafiz

1614401009

2. ANALISA DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

A. ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kanan menjalar hingga ke rahang.</p> <p>DO:</p> <p>Tampak memegang di daerah dada dan melindungi area yang sakit/ nyeri.</p> <p>Skala nyeri 3- 4.</p>	Inflamasi parenkim paru	Nyeri akut
2	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan nafsu makan menurun.</p> <p>DO:</p> <p>Diit habis ½ porsi.</p> <p>Berat badan pasien menurun, sebelum sakit berat badan pasien 53 Kg, setelah pasien sakit dan dirawat di Rumah Sakit berat badan pasien menjadi 50 Kg</p>	Peningkatan kebutuhan metabolik terhadap proses infeksi.	Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan gerah, tidak mandi selama 2 hari.</p> <p>Anak pasien mengatakan badan pasien bau.</p> <p>DO:</p> <p>Kulit wajah pasien terlihat berminyak.</p> <p>Rambut pasien tampak berminyak.</p> <p>Kuku pasien kotor.</p>	Adanya nyeri dada/ ketidaknyamanan.	Defisit perawatan diri: mandi
---	---	--	----------------------------------

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi parenkim paru.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tidak nafsu makan dan proses infeksi.
3. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan nyeri dada di tandai dengan badan bau.

3. RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang dicapai	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi parenkim paru.	Level nyeri: <ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan peredaan atau kontrol nyeri, skala nyeri nol (0). - Menunjukkan perilaku rileks, istirahat, tidur, dan terlibat dalam aktivitas secara tepat. 	Manajemen nyeri: <ul style="list-style-type: none"> - Tentukan karakteristik nyeri, misal: tajam, terus-menerus, ditusuk, cari perubahan dalam karakteristik/ lokasi/ intensitas nyeri. - Pantau tanda vital. - Berikan tindakan untuk kenyamanan, misal: pijatan punggung, perubahan posisi, relaksasi/ latihan napas dalam. - Kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan analgesik sesuai indikasi.

2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tidak nafsu makan dan proses infeksi.	<p>Status nutrisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan peningkatan nafsu makan. - Mempertahankan atau memperoleh kembali berat badan yang diinginkan. 	<p>Manajemen nutrisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor yang berkontribusi pada ketidakmampuan untuk makan misal: nyeri. - Berikan makan sedikit dan sering termasuk makanan kering dan makanan yang menarik bagi pasien. - Timbang berat badan secara teratur. - Konsultasi dengan ahli gizi dan tim nutrisi.
3	Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan nyeri dada di tandai dengan badan bau.	<p>Mempertahankan kebersihan diri, merasa nyaman.</p> <p>Kulit pasien tidak kotor dan tidak ada bau badan.</p> <p>Rambut pasien bersih.</p> <p>Melaksanakan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri.</p>	<p>Manajemen perawatan diri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau integritas kulit pasien - Bantu pasien mandi, libatkan keluarga

4. TINDAKAN

CATATAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. A

Kamar/ Ruang : Bilal Bin Rabbah I

No.Dx	Tanggal	Jam	TINDAKAN KEPERAWATAN	Paraf>Nama
1	23/04/2019	11: 00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji skala nyeri pasien: skala nyeri 3-4 - Mengajarkan pasien tehnik relaksasi napas dalam, menganjurkan 4x/hari - Memonitoring atau memantau TTV: N: 60x/i, S: 36,5 °c, TD: 120/80 mmHg, RR: 18x/i - Menganjurkan pasien istirahat/ tidur - Memberikan terafi obat OMZ 40 mg 	Muhammad hafiz
2	23/04/2019	12: 30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji riwayat nutrisi pasien dan makanan kesukaan pasien serta konsultasi dengan ahli gizi: makanan yang digoreng - Menganjurkan pasien makan porsi sedikit tapi sering - Menimbang berat badan setiap hari: 50 kg 	Muhammad hafiz

3	23/04/2019	15: 30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau integritas kulit pasien, sebagian tampak berminyak, tidak ada lesi dan luka - Membantu pasien mandi dengan melibatkan keluarga pasien 	Muhammad hafiz
---	------------	------------------	---	-------------------

5. EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Tn. A

Nomor Register : 141653

Kamar/ Ruang : Bilal Bin Rabbah I Diagnosa Medis : Pneumonia

No.Dx	Tanggal	Jam	Perkembangan SOAP	Paraf>Nama
1	23/04/2019	14: 30 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kanan tidak terasa <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan perilaku relaks, dapat istirahat dan tidur +/- 1 jam. - TTV: S: 36,5 °c, N: 70x/i, RR: 18x/i, TD: 120/80 mmHg 	Muhammad hafiz

			<ul style="list-style-type: none"> - Skala Nyeri: nol (0) klien bisa mengontrol nyeri A : Gangguan rasa nyaman nyeri teratasi P : Intervensi di pertahankan 	
2	23/04/2019	14:30 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makanan habis $\frac{1}{2}$ porsi orang dewasa <p>A : Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	Muhammad Hafiz

3	23/04/2019	17: 00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tubuhnya segar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tubuh pasien tampak bersih dan tidak bau - TTV: S: 36,4 °c, N: 60x/i, RR: 18x/i, TD: 120/80 mmH <p>A : Defisit perawatan diri: mandi teratasi</p> <p>P : Intervensi di pertahankan</p>	Muhammad hafiz
---	------------	---------------	--	-------------------

CATATAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. A

Kamar/ Ruang : Bilal Bin Rabbah I

No.Dx	Tanggal	Jam	TINDAKAN KEPERAWATAN	Paraf>Nama
2	24/04/2019	12: 30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan makanan kesukaan pasien: nasi, sayur, dan ikan nila goreng - Menganjurkan pasien makan porsi sedikit tapi sering - Menimbang berat badan pasien: BB: 50 kg 	Muhammad hafiz

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Tn. A

Nomor Register : 141653

Kamar/ Ruang : Bilal Bin Rabbah I Diagnosa Medis : Pneumonia

No.Dx	Tanggal	Jam	Perkembangan SOAP	Paraf>Nama
2	24/04/2019	14: 00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafsu makan membaik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makanan siang pasien habis seporsi orang dewasa - TTV: S: 36,5 °c, N: 68x/i, RR: 18x/i, TD: 120/80 mmHg - Berat Badan: 51 kg <p>A : Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi</p> <p>P : Intervensi di pertahankan</p> <p>Pasien dibolehkan pulang oleh Dokter</p>	<p>Muhammad hafiz</p>

II. PEMBAHASAN

Pada bab ini berisi perbandingan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yang disajikan untuk menjawab tujuan khusus. Setiap temuan perbedaan diuraikan dengan konsep. Pembahasan disusun sesuai dengan khusus. Pembahasan berisi tentang mengapa dan bagaimana. Urutan penulisan berdasarkan paragraf adalah F-T-O (Fakta – Teori – Opini), isi pembahasan sesuai yaitu :

A. Pengkajian

Hasil pengkajian secara wawancara dan observasi diperoleh data subjektif Tn. A yang mengeluhkan nyeri dada sebelah kanan terkadang terasa menjalar sampai kerahang, pasien mengatakan jika nyeri susah untuk baring, klien mengatakan tidak nafsu makan selama sakit, dan diperoleh data objektif skala nyeri 3-4, makanan habis $\frac{1}{2}$ porsi, berat badan pasien turun sebanyak 3 kg; sebelum sakit berat badan pasien 53 kg setelah pasien sakit dan dirawat di Rumah Sakit berat badan pasien menjadi 50 kg. Klien datang ke Rumah Sakit tidak ada sesak nafas, sedangkan menurut peneliti/ teori keluhan yang paling sering ditemukan adalah adanya sesak nafas, sesak nafas adalah kondisi ketika kesulitan dalam bernafas atau tidak cukup mendapat asupan udara/oksigen (Kevin, dipost feb 2018). Menurut peneliti keluhan yang dirasakan oleh Tn. A tersebut ialah salah satu dari Tanda dan gejala Pneumonia yaitu: Nyeri dada yang ditusuk-tusuk yang dicetuskan oleh proses infeksi, dan batuk, disertai tidak nafsu makan (Suyono, 2009). Sedangkan batuk (Halodoc,

diakses Mei 2019) ialah saat sistem pertahanan saluran nafas mengalami gangguan dari luar secara alami tubuh memberikan respon dengan batuk. Respon ini bertujuan untuk membersihkan lendir atau faktor penyebab iritasi agar keluar dari paru-paru. Namun pada klien Tn. A nyeri dada tidak disebabkan oleh batuk melainkan karena proses infeksi dengan data klien tidak batuk. Terdapat kesenjangan pada pengkajian yaitu diperoleh data saat pengkajian kasus masalah utamanya adalah nyeri sedangkan secara teoritis masalah utama yang diangkat adalah gangguan pertukaran gas/ sesak nafas akan tetapi nyeri termasuk salah satu dari tanda dan gejala pneumonia.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus pneumonia Klien Tn. A peneliti menetapkan berdasarkan prioritas masalah pada diagnosa keperawatan dengan menegakkan diagnosis yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi parenkim paru didukung oleh data : Klien mengatakan nyeri dada sebelah kanan, klien tampak memegang dada sebelah kanan dan tampak sedikit meringis. Peneliti memprioritaskan diagnosa Nyeri karena merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi, hal ini jika tidak segera dilakukan akan terjadi peningkatan derajat nyeri sehingga menyebabkan terganggunya klien.
2. Untuk diagnosa yang kedua yaitu : Ketidakseimbangan nutrisi kurang

dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tidak nafsu makan dan proses infeksi didukung oleh data : klien mengatakan tidak nafsu makan selama sakit, makanan habis $\frac{1}{2}$ porsi, berat badan pasien turun sebanyak 3 kg; sebelum sakit berat badan pasien 53 kg setelah pasien sakit dan dirawat di Rumah Sakit berat badan pasien menjadi 50 kg.

3. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan yang ketiga peneliti menemukan diagnosa yaitu : Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan nyeri dada di tandai dengan badan bau. Didukung oleh data : Klien mengatakan belum mandi selama 2 hari, dan belum memotong kuku lebih dari seminggu. Defisit perawatan diri ini perlu diselesaikan atau diberikan ASKEP yang bertujuan untuk menjaga kebersihan klien, kesegaran klien dan juga kenyamanan klien.

Menurut peneliti penetapan diagnosa keperawatan tersebut sudah sesuai dengan beberapa kriteria yang disyaratkan pada diagnosa tersebut. Namun pada hasil laporan studi kasus ini tidak sesuai dengan teori atau ada kesenjangan antara laporan kasus dengan teori karena peneliti menemukan diagnosa yang ketiga berdasarkan fakta dilapangan sedangkan jika ditinjau dari tinjauan kepustakaan tidak ada satupun peneliti terdahulu mencantumkan tentang defisit perawatan diri.

Diagnosa keperawatan yang tidak muncul namun ada di teori :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan eksudat didalam alveoli, menurut Nanda (2012) bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan ketidakmampuan dalam membersihkan sekresi/ eksudat dari saluran pernafasan untuk menjaga bersihan jalan nafas. Diagnosa tersebut dapat ditegakkan apabila adanya sumbatan pada jalan nafas pasien dan terdapat tanda- tanda nafas tidak efektif seperti sesak nafas. Pada pengkajian ini peneliti tidak menemukan data- data pendukung seperti diatas sehingga diagnosa tersebut tidak ditegakkan.
2. Gangguan pertukaran gas, menurut zul Dahlan (2000) gangguan pertukaran gas adalah kelebihan dan atau kekurangan oksigen / eliminasi karbondioksida di membrane kapiler- alveolar. Gangguan pertukaran gas di tandai dengan pernafasan abnormal, warna kulit abnormal (pucat, sianosis), gelisah, berkeringat. Pada pengkajian ini peneliti tidak menemukan data- data pendukung seperti diatas sehingga diagnosa tersebut tidak ditegakkan.
3. Risiko penyebaran infeksi, defenisi infeksi adalah serangan dan peningkatan yang sangat cepat dari mikroorganisme, seperti bakteri, virus, dan parasit yang seharusnya tidak berada dalam tubuh. Namun saat seseorang didalam tubuhnya terserang infeksi beresiko menularkan infeksi nya melalui udara, untuk diagnosa ini telah teratasi oleh perawat sebelumnya dengan memberikan

edukasi kepada klien, keluarga dan orang-orang dilingkungan klien, sehingga diagnosa tersebut tidak ditegakkan.

4. Intoleransi aktivitas, menurut Wikinsor & Ahern (2002) intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi fisiologis atau psikologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang ingin atau harus dilakukan. Dapat dilihat berdasarkan karakteristiknya yaitu keletihan, pucat, vertigo, pernafasaan > 24 x/menit, nadi > 95 x/menit (Lynda Juall Carpenito, 1999). Pada pengkajian ini peneliti tidak menemukan data-data pendukung seperti diatas sehingga diagnosa tersebut tidak ditegakkan.

C. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada studi kasus ini mengarah Nursing Outcome Classification (NOC) yang meliputi : Level nyeri: Mengungkapkan peredaan atau kontrol nyeri, menunjukkan perilaku rileks, istirahat, tidur. Status nutrisi: Mendemonstrasikan peningkatan nafsu makan, mempertahankan atau memperoleh kembali berat badan. Melaksanakan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri, mempertahankan kebersihan diri, dan merasa nyaman. Menggunakan intervensi Nursing Income Classification (NIC) yang meliputi : Tentukan karakteristik nyeri, pantau tanda vital, Berikan tindakan untuk kenyamanan, relaksasi napas dalam. Manajemen nutrisi: Identifikasi faktor yang berkontribusi pada ketidak-mampuan untuk makan, berikan

makanan dalam porsi sedikit namun sering, timbang berat badan klien, konsultasi dengan ahli gizi. Pantau integritas kulit pasien, bantu pasien mandi, dan melibatkan keluarga.

Menurut peneliti intervensi keperawatan yang diberikan pada klien Pneumonia dengan tiga diagnosa pada tinjauan kasus sudah sesuai dengan teori dan hasil penelitian, sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara hasil laporan kasus dengan teori.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan NIC yaitu : Manajemen nyeri: Mengkaji skala nyeri pasien dengan menggunakan cara Wong Baker (Ekspresi wajah 1- 10), Mengajarkan pasien tehnik relaksasi napas dalam; Anjurkan klien untuk rileks tarik napas selama 5 detik, setelah hitungan 5 detik klien diminta untuk meghembuskan napas secara perlahan melalui mulut, Memonitoring atau memantau TTV yaitu; tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan, Menganjurkan pasien istirahat dengan membatasi pengunjung agar pasien tenang dan rileks, Kolaborasi dengan tim medis memberikan terapi obat intra vena Omeprazole 40 mg.

Manajemen nutrisi : Mengkaji riwayat nutrisi pasien dan makanan kesukaan pasien serta konsultasi dengan ahli gizi yang bertujuan meningkatkan nafsu makan klien dan mempercepat proses penyembuhan, Menganjurkan pasien makan porsi sedikit tapi sering agar nutrisi pasien tercukupi , Menimbang berat badan klien setiap hari untuk mengetahui

perkembangan berat badan klien. Sedangkan implementasi pada diagnosa yang ketiga dengan manajemen perawatan diri yaitu: Memantau integritas kulit pasien, Membantu pasien mandi; menyiapkan perlengkapan mandi, menyediakan air, dengan melibatkan keluarga pasien.

Menurut Bararah (2013), implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan atau kolaborasi, dan tindakan rujukan atau ketergantungan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan.

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada Studi Kasus pada klien dengan masalah Pneumonia sudah sesuai dengan intervensi yang berisi kolaborasi dengan tim medis dalam perencanaan pemberian terapi tersebut untuk mengobati penyakit Pneumonia, sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara hasil laporan kasus dengan teori.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada tanggal 23 April 2019 pukul 14:30 WIB, klien mengatakan nyeri pada dada sebelah kanan tidak ada, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD : 120/80 mmHg, suhu : 36,4⁰c, nadi : 60 x/menit,

pernapasan : 18 x/menit, klien tampak rileks dan dapat istirahat. Masalah gangguan rasa nyaman nyeri teratasi dan intervensi dipertahankan. Pada tanggal 23 April 2019 pukul 14:30 WIB untuk diagnosa nomor 2 yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh klien mengatakan tidak nafsu makan, makanan klien habis ½ porsi, berat badan pasien 50 kg. Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi dan intervensi dilanjutkan pada tanggal 24 April 2019.

Pada tanggal 23 April 2019 pukul 17:00 WIB untuk diagnosa nomor 3 yaitu defisit perawatan diri setelah mandi klien mengatakan tubuhnya terasa segar, klien tampak bersih dan tidak bau. Masalah defisit perawatan diri: mandi teratasi dan intervensi dipertahankan. Sedangkan untuk lanjutan evaluasi pada diagnosa nomor 2 pada tanggal 24 April 2019 pukul 14:00 WIB klien mengatakan nafsu makan membaik, makanan siang pasien habis seporsi, berat badan pasien meningkat 1 kg dari sebelumnya 50 kg menjadi 51 kg. Masalah gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi, intervensi dipertahankan dan pasien dibolehkan pulang oleh Dokter.

Menurut Griffith dan Christensen (Nursalam, 2008), evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan maka perawat dapat menentukan efektivitas asuhan keperawatan. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada

setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang diobservasi. Diagnosis juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Evaluasi juga diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara menyeluruh (Nursalam, 2008).

Berdasarkan hasil kajian kasus yang ada maka diketahui bahwa hasil evaluasi yang ada menentukan tindakan keperawatan berikutnya. Setelah dilakukan evaluasi pada hari pertama terhadap perkembangan status sakit klien, maka akan dilanjutkan dengan menyusun implementasi berikutnya agar kondisi klien semakin membaik. Kegiatan yang dilakukan dalam evaluasi ini adalah mengevaluasi kondisi kesehatan klien berdasarkan penilaian subjektif klien, untuk dibandingkan dengan hasil objektif yang diperoleh selama tindakan dilakukan, kemudian hasil tersebut dianalisis untuk kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi, setelah itu baru disusun perencanaan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa. Semua tahapan evaluasi tersebut telah dilakukan selama Studi Kasus ini dengan hasil analisa terakhir (pengamatan ketiga) untuk Tn. A masalah teratasi dan intervensi dipertahankan. Jadi tidak terdapat kesenjangan antara konsep teori dengan praktik di lapangan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan masalah Pneumonia.

A. KESIMPULAN

1. Hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis pada tanggal 23 April 2019 diperoleh data subjektif Tn. A yang mengeluhkan nyeri dada sebelah kanan seperti di tusuk- tusuk, mengeluhkan tidak nafsu makan, dan anak pasien mengatakan klien belum mandi selama dua hari dan diperoleh data objektif skala nyeri klien 3-4, makanan habis ½ porsi, dan badan klien bau, TD: 120/80 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 60 x/menit, RR: 18 x/menit.
2. Diagnosa utama pada klien Tn. A yaitu Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi parenkim paru didukung oleh data- data subjektif pada klien Tn. A adalah nyeri bagian dada sebelah kanan mulai 22 April 2019 sedangkan data objektif tampak memegang di daerah dada dan melindungi area yang sakit/ nyeri, skala nyeri 3-4. menentukan karakteristik nyeri, memantau tanda- tanda vital, latihan napas dalam, dan kolaborasi pemberian terapi analgesik.
3. Intervensi Keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan NIC 2017 mengenai Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi parenkim paru dengan mengajarkan tehnik relaksasi napas dalam.

4. Implementasi Keperawatan yang dilakukan adalah dengan mengajarkan tehnik relaksasi napas dalam kepada Tn. A dan mengamati respon pasien.
5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, penulis mengevaluasi kepada pasien setelah tindakan keperawatan yang dilakukan selama dua hari. Hasil evaluasi pada tanggal 24 April 2019 pada Tn. A adalah klien mengatakan nyeri dada tidak ada lagi, nafsu makan membaik, ditandai dengan pasien tampak tenang dan tidak meringis, dapat istirahat, makanan habis sepori, berat badan meningkat, klien segar, badan klien tidak bau dan klien dibolehkan pulang oleh Dokter.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan saran antara lain :

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan perawatan pada kasus pneumonia dan bisa memperhatikan kondisi dan kebutuhan pasien pneumonia.

2. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan keluarga mampu merawat dan memberikan motivasi kepada klien agar semangat dalam sakitnya agar tidak berputus asa dan selalu menjaga pola hidup sehat.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tempat menempuh ilmu keperawatan diharapkan

hasil penelitian ini dijadikan sebagai acuan dalam penelitian yang selanjutnya, yang terkait dengan masalah Pneumonia.

4. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat menggunakan penelitian ini dijadikan sebagai acuan dalam penelitian yang selanjutnya, yang terkait dengan masalah Pneumonia.

DAFTAR PUSTAKA

- Adillah N, (2014). *Pengetahuan Ibu yang Memiliki Blita dengan Pneumonia tentang Pneumonia diwilayah kerja Puskesmas Kampar Kiri*. KTI: STIKES Tuanku Tambusai.
- Dinas Kesehatan, (2015). *Profil Kesehatan Kabupaten Kampar*. Diunduh pada tanggal 7 Juli 2019.
- Djojodibroto, Darmanto. (2009). *Respirologi (Respiratory Medicine)*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M.E, dkk. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Dunia keperawatan, (2014). *Proses Keperawatan*. <https://iniduniakeperawatan.blogspot.com/2014/01/proses-keperawatan-intervensi.html>.
- Francis, Caia. (2011). *Perawatan Respirasi*. Jakarta: Erlangga.
- KEMENKES RI, (2010). *Pneumonia Balita*. Jakarta: Buletin Jendela Epidemiologi, Volume 3.
- Muttaqin, Arif. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nugraha A, dkk (2017). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal- Bedah*. Jakarta: EGC.
- Riski D, (2018). *Asuhan Keperawatan pada klien Pneumonia dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas di Ruang Teratai RSUD Bangil*. KTI: DIII Keperawatan STIKES Insan Cendekia Medika Jombang.
- Rizki I, (2013). *Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Pneumonia*. https://www.academia.edu/11458289/ASUHAN_KEPERAWATAN_PADA_PASIEN_DENGAN_PNEUMONIA?auto=download
- Somantri, Irman. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.

Ward Jeremy PT, dkk (2008). *At a Glance Sistem Respirasi edisi kedua*. Jakarta: Erlangga.