

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pada bab ini akan diuraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Pneumonia, penelitian ini dilakukan di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar, yang dilakukan pada tanggal 01 Juli 2020. Asuhan keperawatan ini dilakukan dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi

2. Pengkajian

a. Identitas Klien

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. S usia 51 tahun beragama islam, pasien tinggal di Dusun II Batu Belah, RT 002, RW 004, pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SD, pasien menikah dengan Tn. T dan dikaruniai lima orang anak.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular dan menahun, pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat diabetes mellitus maupun hipertensi. Pasien juga tidak memiliki alergi terhadap obat.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat penyakit sekarang pasien mengeluh batuk darah dan sesak kurang lebih sejak satu bulan lalu. Pada saat pengkajian pasien

mengatakan sesak dan batuk yang tak kunjung berhenti terutama pada saat malam hari.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular maupun menahun.

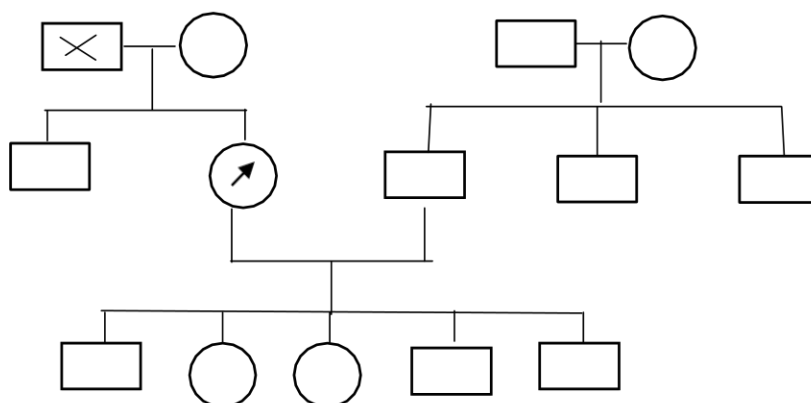
2. Lingkungan Rumah dan komunitas

Pasien mengatakan tinggal di lingkungan padat penduduk, dengan kondisi rumah yang sedikit cahaya yang masuk, jendela rumah yang jarang dibuka.







3. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan saat belanja ke pasar tidak pernah mengenakan masker sedangkan jarak rumah dengan pasar cukup jauh. Pasien juga mengatakan bahwa suami dan anaknya setiap hari merokok didalam rumah.

e. Genorom Keluarga



Keterangan :

	: Laki-laki
	: Perempuan
	: Meninggal
	: Tinggal serumah
	: Ada Hubungan
	: Klien

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Pasien tampak sedikit masih lemah, tanda-tanda vital tekanan darah

130/80 mmHg, suhu 38°C, Nadi 80 x/menit, respirasi 26 x/menit.

Masalah Keperawatan : Hipertermia

2) Pernafasan (B1)

Bentuk dada normal, irama nafas teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas, tidak ada nyeri dada saat bernafas, terdapat batuk dengan sputum berwarna putih kental, dan pasien agak sesak saat bernafas.

Masalah Keperawatan: Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

3) Kardiovaskuler (B2)

Nyeri dada tidak ada, irama jantung teratur, denyut nadi perifer teraba kuat.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan.

4) Persyarafan (B3)

Kesadaran compos mentis, pasien tidak nyeri kepala maupun pusing, istirahat tidur siang kurang lebih 3 jam dan malam 8 jam, reflek terhadap cahaya pupil mengecil saat diberi cahaya.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

5) Perkemihan (B4)

Bentuk alat kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih 4-5 x/hari, warna kuning jernih

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan.

6) Pencernaan (B5)

Keadaan mulut pasien bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, peristaltik usus 8x/menit.

Masalah Keperawatan : Konstipasi

7) Muskuloskeletal dan Integumen (B6)

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : Bebas, dengan kekuatan otot :

5	5
4	4

Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi

Masalah Keperawatan: Defisit perawatan diri : mandi dan keletihan.

8) Penginderaan (B7)

Pada pemeriksaan mata didapatkan data konjungtiva anemis, sklera putih, ketajaman penglihatan normal, pasien tidak menggunakan alat

bantu untuk melihat. Pada pemeriksaan hidung ditemukan bentuk hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak terdapat sekret, ketajaman penciuman normal. Pada pemeriksaan telinga didapatkan bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, ketajaman pendengaran normal dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Perasa pasien mengatakan dapat merasakan manis, pahit, asam, dan manis.

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

9) Endokrin (B8)

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid maupun karotis.

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan.

h. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>Ds : Pasien mengatakan batuk sejak 1 bulan yang lalu.</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk berdahak dengan sputum berwarna putih kental. - TTV: Tekanan darah: 130/90 mmHg Nadi : 80 kali per menit. Respirasi :26 kali per menit. Suhu : 38°C 	Peningkatan produksi sekret	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
2	<p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan menurun - Pola makan saat sakit 3x½ porsi sedangkan sebelum sakit 3x1 porsi habis. - Minum 600ml - Terjadi penurunan berat badan 8 kg dengan berat badan awal 48kg menjadi 40kg. - BBI : (TB-100)- ((TB-100)x 10%)) = (155-100)- ((155-100) x 10%)) =55-5,5 =49,5 	Peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi.	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3	<p>Ds: -</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh 37,5°C - Akral hangat. - Mukosa bibir lembab 	Reaksi peradangan pada broncus dan alveolus.	Hipertermia
4	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang diet .</p> <p>Do :</p> <p>Pasien dan keluarga tampak bingung saat ditanya tentang diet.</p>	Kurangnya akses informasi.	Defisit pengetahuan
5	<p>Ds:</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus 8 kali per menit. - Belum ada BAB 3 hari - Pola makan saat sakit 3x½ porsi sedangkan sebelum sakit 3x1 porsi habis. - Pasien masih terbaring di tempat tidur. 	Kurangnya asupan berserat.	Konstipasi

6	Ds : Do: - Klien tampak Kelelahan. - Kemampuan melakukan aktivitas masih terbatas - Kekuatan otot ekstremitas atas kanan 5 dan kiri 5, ekstremitas bawah kanan 4 dan kiri 4.	Malnutrisi	Keletihan
---	--	------------	-----------

i. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Hipertermia
4. Defisit Pengetahuan
5. Konstipasi
6. Defisit Perawatan diri
7. Keletihan
8. Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas
9. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret.
10. Hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus.

11. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi.
12. Keletihan berhubungan dengan malnutrisi
13. Konstipasi berhubungan dengan kurangnya asupan berserat.
14. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan secara umum.
15. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

j. Intervensi Keperawatan

No Dx	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan jalan nafas klien kembali efektif dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengidentifikasi penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas. - Pasien mampu mengeluarkan dahak - Pasien sesaknya berkurang. - Pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan nafas dalam. - Tanda-tanda vital dalam batas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien tentang penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas. 2. Ajarkan kepada pasien tentang cara batuk efektif dan nafas dalam. 3. Berikan posisi semi fowler 4. Observasi suara nafas 5. Anjurkan untuk minum minuman hangat. 6. Observasi tanda-tanda vital. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan membantu pasien dalam menangani penyakitnya. 2. Nafas dalam mempermudah ekspansi maksimum paru-paru atau jalan nafas lebih kecil. Batuk adalah mekanisme pembersihan jalan nafas alami, membantu untuk mempertahankan jalan nafas paten. 3. Cairan (khususnya Yang hangat)

	normal : Tekanan darah : 100-139/60-90 mmHg Nadi : 80-100 x/menit Respirasi : 16-20 x/menit Suhu : 36,5-37,5°C - Tidak menggunakan alat bantu nafas. - Suara nafas bersih.		memobilisasi dan mengeluarkan sekret.
--	---	--	---------------------------------------

k. Implementasi Keperawatan

No. Dx	Tanggal	Jam	Pelaksanaan	Nama/ Tanda tangan
1	01-07-20	14.00	1. Menjelaskan kepada pasien tentang penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas. Respon : pasien memperhatikan saat diberi penjelasan dan pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas.	
		14.40	2. Mengajarkan pasien batuk efektif dan nafas dalam yaitu dengan cara : - Minta pasien untuk tarik nafas dalam sebanyak 3x - kemudian saat tarik nafas yang ketiga minta pasien untuk menahan nafas kurang lebih 5-10 detik kemudian batukan dengan sengaja. Respon pasien : pasien mendemonstrasikan apa yang diajarkan oleh perawat, pasien masih kesulitan untuk mengeluarkan dahak.	
		15.30	3. Memberikan posisi semi fowler jika sesak dengan menanyakan	

		17.00	<p>kenyamanan posisi pasien. Respon : pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan sesaknya berkurang.</p> <p>4. Mengauskultasi suara nafas.</p> <p>5. Menganjurkan pasien untuk minum minuman hangat. Respon pasien patuh dengan anjuran perawat.</p> <p>6. Mengobservasi tanda-tanda vital. Tekanan darah : 120/90 mmHg Nadi : 90 x/menit Respirasi : 24 x/menit Suhu : 37,5°C</p>	
--	--	-------	---	--

I. Catatan Perkembangan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
01-07-20	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	<p>S : pasien mengatakan dengan sesaknya berkurang.</p> <p>O: - pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien masih sedikit kesulitan untuk mengeluarkan dahak. - Suara nafas ronchi pada daerah sinistra anterior. - TTV : TD : 90/60 mmHg N : 80 x/menit RR : 22 x/menit S : 38°C <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Terapy lanjut dari rumah sakit</p>	

02-07-20	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	<p>S : - pasien mengatakan sudah mulai bisa mengeluarkan dahak dengan jumlah sedikit berwarna putih kental.</p> <p>O : - Pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan nafas dalam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suara nafas ronchi pada daerah sinistra anterior. - TTV <p>TD : 110/70 mmHg N : 96 x/menit RR : 20 x/menit S : 37 °C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>	
02-07-20	Hipertermia	<p>S : pasien mengatakan sudah tidak demam</p> <p>O : - Tidak ada perubahan warna kulit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral hangat - Mukosa bibir lembab. - Suhu tubuh klien 37°C <p>A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan.</p>	
02-07-20	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<p>S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun.</p> <p>O :- Porsi makan 3x 2 sendok + snack.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus dalam batas normal 9x/menit. - Tidak ada penurunan berat badan. <p>A : Masalah Teratasi P : intervensi dilanjutkan.</p>	

03-07-20	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	<p>S : - Pasien mengatakan sudah mulai bisa mengeluarkan dahak dengan jumlah lebih banyak dari kemarin berwarna putih kental.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bahwa sesaknya berkurang. <p>O : - Pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan nafas dalam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak menggunakan alat bantu nafas. - Suara nafas ronchi pada daerah sinistra anterior. - TTV <p>TD : 100/70 mmHg N : 86 x/menit RR : 21 x/menit S : 37°C</p> <p>A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan.</p>	
----------	---	--	--

m. Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
04-07-20	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	<p>S : pasien mengatakan sesaknya berkurang.</p> <p>O : - Pasien mampu mengidentifikasi penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melaporkan mampu mengeluarkan dahak dengan jumlah lebih sedikit dari kemarin berwarna putih kental. - Pasien melaporkan bahwa sesaknya berkurang. - Pasien mampu mendemonstrasikan batuk efektif dan nafas dalam. - Tidak menggunakan alat bantu nafas. - Suara nafas ronchi pada daerah sinistra anterior. - TTV TD : 120/90 mmHg N : 94 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,8°C <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Terapy dari RS dilanjutkan.</p>	

04-07-20	Nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh	<p>S : pasien mengatakan nafsu makan mulai meningkat.</p> <p>O : - Pasien mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mendemonstrasikan makan sedikit tapi sering. - Pasien mampu melaporkan nafsu makan meningkat 3x1 porsi + snack - Bising usus dalam batas normal 12x/menit. - Tidak ada penurunan berat badan. <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Terapy dari RS dilanjutkan</p>	
----------	-------------------------------------	---	--

B. Pembahasan

1. Pengkajian

a. Identitas

Pada tinjauan pustaka menurut Jeremy, dkk (2014), orang yang berisiko menderita pneumonia yaitu usia lebih dari 65 tahun. Pada tinjauan kasus dijabarkan bahwa, pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. S usia 51 tahun. Pada pengkajian identitas terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dikarenakan usia 65 dan 50 tergolong lanjut usia. Menurut Fatmah (2013), secara signifikan orang tua mengalami kasus mortalitas dan morbiditas lebih besar dari pada orang muda. Kerentanan orang tua terhadap penyakit disebabkan oleh menurunnya fungsi sistem imun rubuh.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Pada tinjauan pustaka, menurut Muttaqin (2015), penyakit yang pernah diderita pada masa-masa dahulu seperti adanya riwayat diabetes alergi, frekuensi ISPA, TBC paru, penggunaan obat-obatan, imunisasi. Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular dan menahun. Pada pengkajian ini tidak ditemukan adanya kesenjangan dikarenakan semakin menua usia seseorang maka imunitas kekebalan tubuhnya semakin menurun sehingga mudah terkena penyakit.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2015), kronologi peristiwa pada saat terjadi keluhan batuk, sesak nafas disertai demam dan sakit tenggorokan. Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien mengeluh sesak dan batuk yang tak kunjung berhenti terutama pada saat malam hari, klien juga ditemukan demam. Pada pengkajian ini terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pasien tidak mengalami sakit tenggorokan, hal ini dikarenakan sakit tenggorokan merupakan faktor dalam penyakit saluran pernafasan atas tetapi tidak semua penderita pneumonia lebih dulu mengalami infeksi saluran pernafasan atas.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2015), kemungkinan ada anggota keluarga yang menderita batuk, TBC, kanker paru, pneumonia.

Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular maupun menahun. Pada pengkajian ini terdapat kesenjangan dikarenakan penyebab dan faktor resiko terjadinya penyakit pneumonia beragam.

e. Lingkungan Rumah dan Komunitas

Pada tinjauan pustaka tidak dijabarkan tentang lingkungan rumah dan komunitas. Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien mengatakan tinggal di lingkungan padat penduduk, dengan kondisi rumah yang sedikit cahaya yang masuk, jendela rumah yang jarang dibuka. Kurangnya cahaya yang masuk kedalam rumah dapat menyebabkan kelembapan didalam dinding rumah dan tumbuh bakteri, virus, dan jamur didalam rumah. Pasien juga terpapar asap rokok setiap harinya. Asap rokok mengganggu aktivitas mukosiliaris dan makrofag alveolar.

f. Perilaku Yang Mempengaruhi Kesehatan

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2015), kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan biasanya merokok dan tidak menggunakan masker penutup wajah saat berkendara. Sedangkan pada tinjauan kasus, pasien mengatakan saat belanja ke pasar tidak pernah mengenakan masker sedangkan jarak rumah dengan pasar cukup jauh. Pasien juga mengatakan bahwa suami dan anaknya setiap hari merokok di dalam rumah. Pada pengkajian ini didapatkan kesenjangan dikarenakan pasien tidak merokok tetapi pasien merupakan perokok pasif. Asap rokok mengganggu aktifitas mukosiliaris dan makrofag alveolar, (Jeremy,

dkk, 2008). Paru-paru yang dipenuhi dengan nikotin, berwarna kehitaman-hitaman, dan mengandung artikel-partikel karbon. Daya keelastisan paru-paru hilang sehingga pertukaran udara tidak dapat berjalan lancar. Akibatnya paru-paru mudah terkena infeksi.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Sistem Pernafasan (B1)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2015), Bentuk dada dan gerakan pernapasan simetris. Pada pasien dengan pneumonia sering ditemukan peningkatan frekuensi nafas cepat dan dangkal, serta adanya retraksi sternum dan intercosta space (ICS). Nafas cuping hidung pada sesak berat. Pada pasien biasanya didapatkan batuk produktif disertai dengan adanya batuk dengan produksi sputum yang purulen. Gerakan dinding thoraks anterior/ekskrusi pernafasan, getaran suara (vokal fremitus) biasanya teraba normal. Pneumonia yang disertai komplikasi biasanya di dapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Bunyi redup perkusi pada klien dengan pneumonia didapatkan apabila bronchopneumonia menjadi suatu sarang (konfluens). Pada pasien dengan pneumonia juga di dapatkan bunyi nafas melemah dan bunyi nafas tambahan ronkhi basah pada sisi yang sakit.

Pada tinjauan kasus, bentuk dada normal, irama nafas teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas, respirasi 26 x/menit.vocal fremitus antara kanan dan kiri sama, terdapat suara nafas tambahan

ronchi pada lobus sinistra anterior, tidak ada nyeri dada saat bernafas, terdapat batuk dengan sputum berwarna putih kental, dan pasien sesak saat bernafas.

Pada sistem pernafasan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan pustaka di temukan peningkatan frekuensi nafas cepat dan dangkal, serta adanya retraksi sternum dan intercosta space (ICS), pada tinjauan kasus ditemukan, irama nafas teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas.

2) Sistem Kardiovaskuler (B2)

Pada tinjauan pustaka, menurut Muttaqin (2015), Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum. Biasanya pasien tampak melindungi area yang sakit. denyut nadi perifer melemah, batas jantung tidak mengalami pergeseran, tekanan darah biasanya normal, dan bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

Pada tinjauan kasus, Nyeri dada tidak ada, irama jantung teratur, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, denyut nadi perifer teraba kuat, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, tidak terdapat sianosis, dan tidak terdapat clubbing finger.

Pada sistem kardiovaskuler didapatkan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka dikatakan bahwa denyut nadi perifer melemah sedangkan pada tinjauan kasus dikatakan bahwa denyut nadi perifer pasien teraba kuat. hal ini

dikarenakan pasien tidak mengalami syok sedangkan menurut Cemy (2010), melemahnya denyut nadi perifer merupakan tanda awal syok.

3) Sistem Persyarafan (B3)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), pada pasien dengan pneumonia yang berat sering terjadi penurunan kesadaran, didapatkan sianosis perifer bila gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif, wajah pasien tampak meringis, menangis, merintih, meregang dan menggeliat.

Pada tinjauan kasus, kesadaran compos mentis, pasien tidak nyeri kepala maupun pusing, istirahat tidur siang kurang lebih 3 jam dan malam 8 jam, pupil isokor, reflek terhadap cahaya pupil mengecil saat diberi cahaya.

Pada sistem persyarafan tidak didapatkan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dikarenakan pasien tidak mengalami pneumonia yang berat dan gangguan perfusi jaringan berat

4) Sistem Perkemihan (B4)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), Pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan. Pada penderita pneumonia, perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok.

Pada tinjauan kasus, Bentuk alat kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, produksi berkemih baik.

Pada sistem perkemihan tidak didapatkan kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka, dikarenakan intake cairan pasien terpenuhi sehingga klien tidak mengalami kekurangan volume cairan dan tidak didapatkan perubahan tanda- tanda vital.

5) Sistem Pencernaan (B5)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2008), pasien biasanya mengalami mual, muntah, anoreksia, dan penurunan berat badan.

Pada tinjauan kasus, pasien mengatakan tidak nafsu makan karena sesak nafas, pola makan saat sakit 3x½ porsi sedangkan sebelum sakit 3x1 porsi sakit, menu diet sekarang nasi, lauk, dan sayur. Pasien tidak mempunyai pantangan makan dan alergi makanan, berat badan pasien saat ini 40kg sedangkan sebelum sakit pasien mengatakan berat badannya 48kg, keadaan mulut pasien bersih, konstipasi, mukosa bibir lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, belum BAB 3 hari, peristaltik usus 8x/menit.

Pada sistem pencernaan didapatkan adanya kesenjangan yaitu pada tinjauan kasus didapatkan pasien mengalami konstipasi. Salah satu penyebab konstipasi pada Ny. S adalah penurunan aktivitas fisik. Menurut Fitriani, dkk, (2010) Aktivitas fisik dapat meningkatkan gerakan peristaltik, sedangkan imobilitas dapat

menurunkan gerakan peristaltik. Penurunan gerakan peristaltik usus inilah yang merupakan penyebab terjadinya konstipasi.

6) Sistem Muskuluskeletal dan Integumen (B6)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2015), kelemahan dan kelelahan fisik secara umum sering menyebabkan ketergantungan pasien terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Pada tinjauan kasus, kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM): Bebas, dengan kekuatan otot terdapat kelemahan otot pada ekstremitas bawah, Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akral hangat, kelembaban lembab, tugor kulit < 3 detik, CRT < 2 detik, tidak ditemukan oedema, kebersihan kulit bersih, kemampuan melakukan aktivitas parsial.

Pada sistem Muskuluskeletal dan Integumen tidak terjadi kesenjangan. Menurut Nurarif & Kusuma (2016), kelemahan terjadi akibat intake nutrisi yang menurun.

7) Sistem Penginderaan (B7)

Pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2015), pada pasien penderita pneumonia tidak ditemukan adanya kerusakan penginderaan.

Pada tinjauan kasus, pada pemeriksaan mata didapatkan data konjungtiva anemis, sklera putih, ketajaman penglihatan normal, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk melihat. Pada

pemeriksaan hidung ditemukan bentuk hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak terdapat sekret, ketajaman penciuman normal. Pada pemeriksaan telinga didapatkan bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, ketajaman pendengaran normal dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Perasa pasien mengatakan dapat merasakan manis, pahit, asam, dan manis.

Pada sistem pengindraan tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, dikarenakan pada tinjauan kasus ditemukan adanya anemia. Anemia yang dialami pasien kemungkinan disebabkan karena kebutuhan gizi pasien akibat anoreksia.

8) Sistem Endokrin (B8)

Pada tinjauan pustaka, menurut Muttaqin, (2015) pada penderita pneumonia tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar endokrin.

Pada tinjauan kasus, Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid maupun karotis, juga tidak ada luka gangrene.

Pada sistem endokrin tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, dikarenakan pada tinjauan kasus pasien tidak mempunyai riwayat penyakit endokrin seperti diabetes mellitus dan hipertyroid.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien pneumonia menurut Nurarif & Kusuma (2016) adalah:

- a) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan inflamasi dan obstruksi jalan nafas.
- b) Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan proses inflamasi.
- c) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam.
- d) Keletihan yang berhubungan dengan kelemahan fisik
- e) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

Sedangkan pada tinjauan kasus, penulis mendapatkan 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan pneumonia yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret, hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, keletihan berhubungan dengan malnutrisi, konstipasi berhubungan dengan kurangnya asupan berserat, defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan secara umum, defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

Pada diagnosa keperawatan didapatkan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan kasus terdapat 2 diagnosa yang tidak muncul pada tinjauan kasus yaitu, diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan proses inflamasi dan resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan proses inflamasi tidak muncul karena sesak yang dialami oleh pasien disebabkan oleh penumpukan secret dan pasien juga telah mendapatkan oksigen sebanyak 4 lpm.

Diagnosa keperawatan resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam tidak muncul karena klien tidak menunjukkan adanya tanda-tanda kekurangan cairan.

Pada tinjauan kasus terdapat empat diagnosa keperawatan yang muncul dan tidak muncul pada tinjauan pustaka yaitu, diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi, hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus, konstipasi berhubungan dengan kurangnya asupan berserat, dan defisit Perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan secara umum. Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan

dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi dikarenakan penyebaran mikroorganisme secara limfatik menyebabkan meningkatnya metabolisme tubuh untuk melawan infeksi sehingga tubuh menggunakan cadangan lemak yang ada. Diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus dikarenakan pasien mengalami peningkatan metabolisme untuk melawan infeksi sehingga timbulnya hipertermia. Diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan kurangnya asupan berserat karena intake nutrisi pasien tidak mencukupi dan pasien bedrest sehingga menimbulkan konstipasi. Diagnosa keperawatan defisit Perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan secara umum karena pasien mengalami kelemahan secara umum sehingga pasien membutuhkan bantuan untuk perawatan diri (Nurarif & Kusuma, 2016).

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Pada rencana tindakan keperawatan terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus, pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret pada tinjauan kasus di tambahkan intervensi yang menjelaskan kepada pasien tentang penyebab dan cara mencegah terhambatnya jalan nafas dikarenakan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan membantu klien dalam menangani penyakitnya, berikan posisi semi fowler dikarenakan untuk menurunkan ekspansi paru.

Pada diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus, infeksi tidak mengalami kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Hal ini di karenakan pada tinjauan pustaka tidak dijabarkan rencana tindakan keperawatan, tetapi pada tinjauan kasus telah direncanakan tindakan keperawatan yaitu jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang penyebab dan cara mengatasi saat timbulnya demam, observasi suhu tubuh pasien, ajarkan pada pasien untuk kompres air hangat pada lipatan tubuh, anjurkan pasien mengenakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kolaborasi pemberian obat antipiretik.

Pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi tidak mengalami kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Hal ini di karenakan pada tinjauan pustaka tidak dijabarkan rencana tindakan keperawatan, tetapi pada tinjauan kasus telah direncanakan tindakan keperawatan yaitu jelaskan kepada pasien tentang kebutuhan dan pentingnya nutrisi yang tepat dan sesuai, anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering dan makan selagi makanan hangat, observasi asupan nutrisi pasien. anjurkan pasien untuk oral hygien sedikitnya 2x sehari, observasi bising usus, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet yang sesuai untuk pasien.

4. Implementasi keperawatan

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan oleh perawat. Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret dibutuhkan pelaksanaan selama 3 hari . Pada diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus dibutuhkan pelaksanaan selama 2 hari. Pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi dibutuhkan pelaksanaan selama 3 hari.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilaksanakan.

5. Evaluasi keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi keperawatan belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tindakan kasus evaluasi keperawatan dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada akhir evaluasi keperawatan diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu jalan nafas kembali bersih. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma

(2016), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret yaitu nafas kembali bersih.

Diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus disimpulkan bahwa masalah teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu suhu tubuh pasien kembali normal. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2016), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa hipertermia berhubungan dengan reaksi peradangan pada bronchus dan alveolus yaitu suhu tubuh kembali normal.

Diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi disimpulkan masalah teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu nutrisi klien kembali terpenuhi. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2016), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi yaitu nutrisi kembali terpenuhi.

