



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS DENGAN PNEUMONIA
BILATERAL DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT*
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
MAKASSAR**

OLEH :

ANASTASIA DITA JUWITA (NS2314901007)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2024**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS DENGAN PNEUMONIA
BILATERAL DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT*
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
MAKASSAR**

OLEH :

ANASTASIA DITA JUWITA (NS2314901007)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2024**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

Anastasia Dita Juwita (NS2314901007)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar benarnya.

Makassar, 10 Juni 2024

yang menyatakan,



Anstasia Dita Juwita

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pneumonia Bilateral Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa/NIM : Anastasia Dita Juwita (NS2314901007)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)

NIDN : 0904078805

Pembimbing 2



(Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN)

NIDN : 0913058903

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita E.R. Sa' pang, Ns., Sp.Kep.MB

NIDN: 0913098201




HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ini ini diajukan oleh:

Nama : Anastasia Dita Juwita (NS2314901007)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Pneumonia Bilateral Di Ruang Intensive Care Unit
Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep ()
Pembimbing 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN ()
Penguji 1 : Asrijal Bakri, Ns., M.Kes ()
Penguji 2 : Wirmando, Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 10 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar




Sibriansyah, S.Si. S.Kep.,Ns. M.Kes

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Anastasia Dita Juwita (NS2314901007)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 10 Juni 2024

Yang menyatakan



Anastasia Dita Juwita

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini tepat waktu dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”.

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat kekurangan, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun yang dapat membantu penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir ini.

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini penulis menyadari bahwa banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis secara khusus mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang juga telah banyak memberikan saran dan masukan demi menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Ibu Fransiska Anitha, Ns.,M.Kep.Sp.Kep,MB selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Ibu Mathilda Matha Paseno, Ns.,M.Kes selaku wakil ketua bidang administrasi dan keuangan serta sarana dan prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Ibu Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku wakil ketua bidang kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Ibu Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Ibu Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku pembimbing I yang telah

banyak mengeluarkan waktu untuk memberikan masukan, membimbing, serta mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Ibu Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN selaku pembimbing II yang telah banyak mengeluarkan waktu, memberikan masukan, pengetahuan, serta motivasi dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Anastasia Dita Juwita serta saudara yang selalu memberikan dukungan, semangat, fasilitas dan terlebih selalu mendoakan kelancaran penyelesaian Karya Akhir Ilmiah ini.
10. Kepada seseorang yang tak kalah penting kehadirannya. Reysart Antonio Soplantila, S.Tr. Ak. Terimakasih telah berkontribusi banyak dalam penyusunan Karya Akhir Ilmiah ini, baik tenaga, waktu, maupun materi kepada saya.
11. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini. Sukses buat kita semua.

Penulis menyadari Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, namun semoga yang membaca Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat. Penulis berharap kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca untuk lebih menyempurnakan Karya Akhir Ilmiah ini.

Makassar, 10 Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR Error! Bookmark not defined.	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI Error! Bookmark not defined.	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	3
1. Manfaat Bagi Instansi Rumah Sakit.....	4
2. Manfaat Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Manfaat Bagi Intitusi Pendidikan	4
D. Metode Penulisan	4
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Medik	6
1. Pengertian	6
2. Anatomi Fisiologi	6
3. Etilogi.....	11
4. Klasifikasi	11
5. Patofisiologi dan Pathway	13
6. Manifestasi Klinik.....	21
7. Tes Diagnostik.....	22
8. Penatalaksanaan Medik	23
9. Komplikasi	24
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	25
1. Pengkajian.....	25
2. Diagnosa Keperawatan	29
3. Perencanaan Keperawatan	30
4. Discharge Planning	36
BAB III PENGAMATAN KASUS	37
A. Ilustrasi Kasus	37
B. Pengkajian Kritis.....	39
C. Analisa Keperawatan	53

D. Diagnosa Keperawatan.....	56
E. Intervensi Keperawatan.....	57
F. Implementasi Keperawatan	61
G.Evaluasi Keperawatan	73
BAB IV PEMBAHASAN	84
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	85
1. Pengkajian.....	85
2. Diagnosis Keperawatan.....	87
3. Intervensi Keperawatan.....	88
4. Implementasi Keperawatan	90
5. Evaluasi Keperawatan.....	90
B. Pembahasan Penerapan EBN	91
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	97
A. Simpulan	97
B. Saran.....	98
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Kritis	39
Tabel 3.2 Pemeriksaan Darah Rutin	52
Tabel 3.3 Analisa Keperawatan.....	53
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan	56
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan.....	57
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	61
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan.....	73
Tabel 4.1 Picot EBN Pasien.....	93

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan.....	8
---	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Konsultasi Pembimbing Karya Ilmiah Akhir

Lampiran 2. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit infeksi merupakan salah satu masalah kesehatan paling utama di negara berkembang yang disebabkan oleh infeksi virus, bakteri, dan parasit sehingga mudah menyerang manusia tanpa batasan usia dari muda sampai dengan lansia. Negara berkembang merupakan negara yang beriklim tropis sehingga memudahkan perkembangbiakan mikroorganisme, baik yang patogen maupun yang non patogen. Keadaan iklim yang demikian menyebabkan timbulnya banyak penyakit infeksi terutama pada sistem pernapasan bagian bawah, salah satunya adalah pneumonia. Pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang menyebabkan tingginya angka kematian akibat infeksi saluran pernapasan yang menyerang hidung sampai alveoli (Zolanda et al., 2021). Pneumonia sendiri adalah penyakit yang menyerang jaringan (paru-paru) tepatnya di alveoli yang disebabkan oleh beberapa mikroorganisme seperti virus, bakteri, jamur, maupun mikroorganisme lainnya (Kemenkes RI, 2023).

Menurut WHO (2020) angka kematian akibat pneumonia masih tinggi mencapai 6,3 juta jiwa. Kematian tertinggi terjadi di negara berkembang sebanyak 92%. Kematian sebagian besar disebabkan oleh penyakit menular seperti pneumonia (15%), diare (9%), dan malaria (7%). Pneumonia banyak terjadi pada 450 juta orang pertahun. Di dunia angka kejadian pneumonia tercatat 9,2 juta jiwa meninggal dalam periode 1 tahun diseluruh dunia, 92% dari total kasus yang telah tercatat ditemukan pada benua Asia dan Afrika. Dengan kejadian terbesar terjadi di Asia Selatan 2.500 kasus dan Afrika Barat dan Tengah 1.620 kasus (UNICEF, 2023). Terdapat 25.481 kematian karena pernafasan akut atau 17% dari seluruh kematian dunia dan

Indonesia merupakan peringkat 7 dunia pada kasus pneumonia. Di Indonesia kasus pneumonia merupakan penyebab kematian nomor 2. Sekitar ada 450.000 kasus pneumonia setiap tahunnya (Hidayani, 2020). Penderita pneumonia meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Pada kelompok usia 55-64 tahun mencapai 2,5%, pada kelompok usia 65-74 tahun sebesar 3,0% dan pada kelompok usia 75 tahun ke atas mencapai 2,9%. Kematian akibat pneumonia tertinggi terjadi pada kelompok usia 70 tahun ke atas meningkat dari sekitar 600.000 menjadi lebih dari 1 juta. Berdasarkan data Riskedas (2018) menyebutkan, terdapat lima provinsi yang memiliki insiden dan prevalensi pneumonia tertinggi untuk semua umur di Nusa Tenggara Timur (4,6% dan 10,3%), Papua (2,6 dan 8,2%), Sulawesi Tengah (2,3 dan 4,8%), Sulawesi Barat (93,1% dan 6,1%), dan Sulawesi Selatan (2,4% dan 4,8%). Pneumonia di Sulawesi Selatan 5.140 kasus, di Kota Makassar sendiri kasus pneumonia tahun 2017 sebanyak 364 kasus dan meningkat 526 pada tahun 2018.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat dibuktikan bahwa prevalensi pneumonia tiap tahunnya selalu meningkat. Selain itu, faktor usia menjadi salah satu faktor peningkatan angka kejadian dan kematian akibat pneumonia di Indonesia maupun di dunia terutama pada lansia. Maka pentingnya peranan perawat pada pasien pneumonia. Seperti halnya yang ditemukan oleh peneliti yaitu pasien masuk dengan keluhan sesak napas, batuk berlendir dengan kesadaran menurun yang dirawat di ruangan *intensive care unit*. Demikian ditemukan kasus seperti ini peran perawat dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan, tindakan utama yang dilakukan secara sistematis dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi, dilakukan secara komprehensif baik bio, psiko, sosial dan spiritual yang bertujuan untuk mencegah komplikasi yang lebih fatal. Maka dari itu penulis tertarik untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan

Pneumonia sebagai Karya Ilmiah Akhir yang dilakukan di ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia bilateral.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien yang mengalami pneumonia bilateral.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan pneumonia bilateral.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan pneumonia bilateral.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan pneumonia bilateral.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan pneumonia bilateral.

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Bagi Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai bahan penerapan kepada perawat di ruang *intensive care unit* untuk melakukan pemberian asuhan kepada pasien dengan diagnosa medik pneumonia bilateral.

2. Manfaat Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawancara dan teknologi terapan bidang keperawatan pada pasien dengan bronchopneumonia bilateral serta melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya ilmiah akhir.

3. Manfaat Bagi Instutusi Pendidikan

Sebagai sumber tambahan referensi bagi mahasiswa/i mengenai penerapan penanganan asuhan keperawatan pada pasien dengan

diagnosa medik pneumonia bilateral.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini adalah metode deskriptif melalui pendekatan sebagai berikut :

1. Studi Kepustakaan

Dalam metode ini peneliti mengumpulkan buku, dan artikel ilmiah berupa jurnal online.

2. Studi Kasus

Dalam studi kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan dan evaluasi keperawatan untuk mendapatkan informasi di gunakan teknik :

a. Wawancara

Peneliti mengadakan wawancara dengan keluarga melalui pertanyaan langsung.

b. Observasi

Peneliti mengadakan pengamatan/mengevaluasi langsung reaksi/respon emosi pasien riwayat penyakit, tindakan dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan fisik pada pasien.

c. Diskusi

Melakukan diskusi dan konsultasi bersama pembimbing Karya Tulis Ilmiah.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ditulis secara sistematis dalam beberapa Bab yaitu : Bab I pendahuluan, pada bab ini diuraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis yang diuraikan dalam dua bagian yaitu : Konsep Dasar Medis yang mencakup definisi, anatomi fisiologi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan, komplikasi dan pencegahan. Pada bagian kedua yaitu Konsep Asuhan Keperawatan yang meliputi

pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan pulang (*discharge planning*). Bab III pengamatan kasus, pada Bab ini diuraikan tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi tindakan keperawatan. Bab IV pembahasan kasus dimana pada Bab ini akan diuraikan tentang analisa kasus, yang membahas perbandingan antara konsep teori yang ditemukan dengan kenyataan yang terdapat di dalam uraian tinjauan kasus dan untuk mengetahui kesenjangan antara teori dan praktek/kenyataan selama pengamatan kasus menggunakan penerapan EBN. Bab V simpulan dan saran, pada bab ini akan dipaparkan kesimpulan pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran-saran sebagai masukan yang dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan, khususnya bagi perawatan pasien pneumonia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli). Pneumonia dapat disebabkan oleh virus, bakteri, parasit, maupun jamur (Dinkes, 2019).

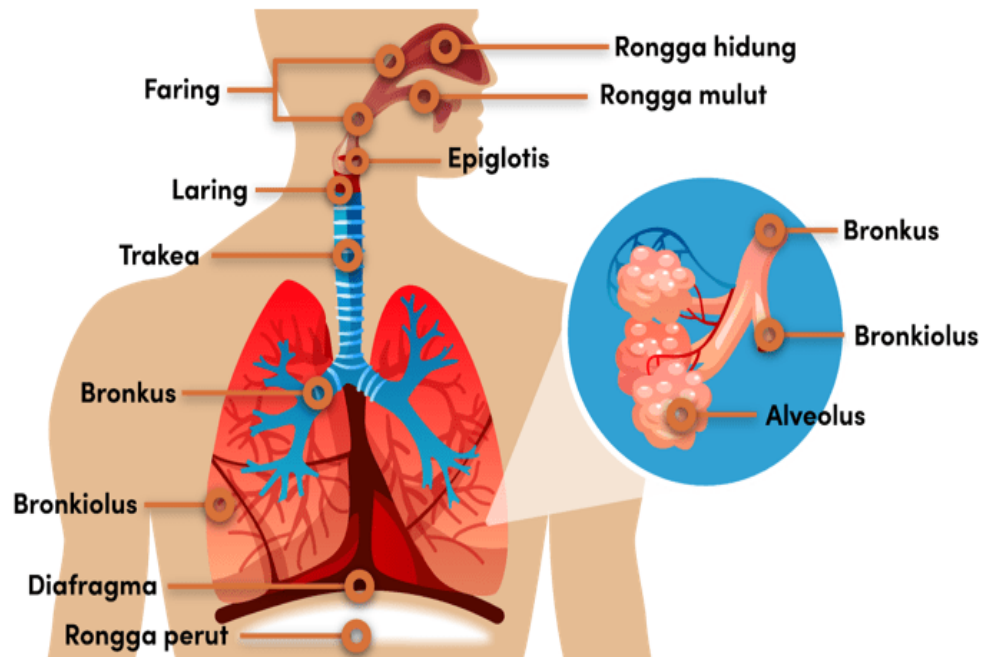
Pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang mengenai saluran pernapasan bawah ditandai dengan batuk dan sesak napas, hal ini diakibatkan oleh adanya agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi), dan aspirasi substansi asing yang berupa eksudat (cairan) dan konsolidasi (bercak berawan) pada paru-paru (Abdjul & Herlina, 2020).

Pneumonia merupakan infeksi pada paru ruang bersifat akut. Penyebabnya adalah bakteri, virus, jamur, bahan kimia atau kerusakan fisik dari paru-paru, dan bisa juga disebabkan pengaruh dari penyakit lainnya (Yustiawan et al., 2022).

Berdasarkan definisi di atas maka dapat disimpulkan bahwa pneumonia adalah infeksi saluran napas akut bagian bawah yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkeulus terminalis yang mencakup bronkeulus respiratorius, dan alveoli, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru yang disebabkan oleh mikroorganisme yaitu bakteri, virus, mikroplasma dan aspirasi substansi asing.

2. Anatomi Fisiologi

Organ yang berperan penting dalam proses respirasi adalah paru-paru, sistem respirasi terdiri dari hidung/nasal, faring, laring, trakea, bronkus, bronkiolus dan alveolus. Respirasi adalah pertukaran antara oksigen dan karbondioksida dalam paru-paru, tepatnya dalam alveolus (Frisca, 2024).



Gambar 2.1 : Struktur sistem pernapasan

Sumber : Frisca (2024)

a. Anatomi

1) Hidung

Bagian dalam hidung terdiri dari rongga hidung, dibagi oleh septum yang merupakan garis tengah pada hidung. Reseptor penciuman terletak di mukosa pada bagian superior hidung yang berbentuk seperti celah, tepat di bawah tulang ethmoid. Rongga hidung mengeluarkan lendir yang membantu menghilangkan partikel debu dari udara dan juga menormalkan udara sesuai dengan suhu tubuh. Hidung mempunyai fungsi yaitu, menghangatkan, menyaring dan membasahi udara sebelum mencapai paru-paru.

2) Faring

Faring atau tenggorokan, merupakan tabung berbentuk corong dengan panjang sekitar 13 cm (5 inchi). Panjang yang dimulai dari lubang hidung internal sampai dengan bagian krikoid, tulang rawan paling inferior dari laring (pita suara). Faring terletak di posterior hidung dan rongga mulut, di atas faring dan dilapisi selaput lendir. Faring berfungsi sebagai saluran mudara dan makanan, menyediakan ruang beresonansi untuk suara ucapan, 10 dan tempat bagi tonsil, yang berperan sebagai reaksi imunologi melawan benda asing.

3) Laring

Laring atau pangkal tenggorokan menghubungkan faring dan trakea. Laring yang dikenal sebagai pita suara yang akan bergetar bila ada udara yang melaluinya, laring mempunyai bentuk seperti tabung pendek dan bagian atasnya tampak besar dan menyempit kebawah. Fungsi laring ialah mengeluarkan suara. Tinggi rendahnya suara ditentukan dengan panjang dan tegaknya plika vokalika.

4) Trakea

Trakea atau batang tenggorokan adalah saluran tubular untuk masuknya udara dengan panjang sekitar 12 cm (5 inchi) dan diameter 2,5 cm (1 inchi). Trakea terletak di anterior esofagus dan memanjang dari laring ke batas superior dari vertebra toraks kelima (T5), terbagi menjadi bronkus utama kanan dan kiri. Trakea juga dilapisi dengan mukosa bersilia.

5) Bronkiolus

Bronkiolus adalah percabangan kecil-kecil dari bronkus. Yang mana strukturnya sama dengan bronkus, hanya saja ukuran dan letaknya saja yang berbeda. Pada bronkiolus sudah tidak terdapat cincin atau bronkiolus sudah memasuki lobus paru-paru.

6) Alveolus

Ada lebih dari seribu alveoli pada masing-masing paru. Alveoli adalah kantong kecil yang berisi udara, tempat oksigen dan karbondioksida. Pada alveolus inilah oksigen yang terdapat dalam udara pernapasan berpindah dari alveoli ke aliran darah dan selanjutnya berkaitan dengan hemoglobin yang terdapat pada sel darah merah. Sebaliknya, karbondioksida yang terdapat didalam darah akan berpindah ke alveolus.

7) Paru-paru

Paru-paru merupakan organ berpasangan berbentuk kerucut di dalam rongga dada. Paru-paru dipisahkan satu sama lain paru-paru dipisahkan satu sama lain oleh jantung dan mediastinum, yang membagi rongga toraks menjadi dua ruang yang berbeda secara anatomis. Setiap paru-paru dibagi menjadi lobus oleh fisura : paru-paru kiri memiliki dua lobus dan paru-paru kanan memiliki tiga lobus. Setiap paru-paru tertutup dan dilindungi oleh membrane serosa berlapis ganda disebut membran pleura.

b. Fisiologi

1) Ventilasi paru

Ventilasi paru melibatkan pergerakan fisik udara ke dalam dan keluar dari paru-paru. Fungsi utama ventilasi paru adalah untuk mempertahankan ventilasi alveolar yang adekuat. Hal ini untuk mencegah penumpukan karbondioksida di alveoli di antara atmosfer dan alveoli dan mencapai pasokan oksigen yang konstan ke jaringan. Proses ventilasi paru biasa disebut pernapasan.

2) Respirasi eksternal

Respirasi eksternal atau pertukaran gas paru adalah difusi oksigen dari kantong alveolar ke kapiler paru dan difusi karbondioksida dari kapiler paru ke kantong alveolar untuk

dihembuskan. Respirasi eksternal hanya terjadi di luar bronkiolus pernapasan.

3) Transportasi gas pernapasan

Oksigen (O_2) dan karbondioksida diangkut dari paru-paru ke jaringan tubuh dalam darah. Kedua gas tersebut mengalir dalam darah plasma dan hemoglobin, yang ditemukan di dalam eritrosit (sel darah merah).

Setiap eritrosit mengandung sekitar 280 juta molekul hemoglobin dan setiap hemoglobin memiliki potensi untuk membawa empat molekul O_2 . Oleh karena itu, pengiriman oksigen juga bergantung pada adanya pasokan eritrosit dan hemoglobin (Hb) yang memadai.

4) Respirasi internal

Respirasi internal menggambarkan pertukaran oksigen dan karbondioksida antara sel dan sel jaringan; sebuah fenomena diatur oleh prinsip yang sama dengan dengan respirasi eksternal. Sel memanfaatkan oksigen saat membuat sumber energi utama sel, adenosin tri-fosfat (ATP). Selain ATP sel juga menghasilkan air dan karbondioksida.

5) Mekanisme pernapasan

Ventilasi paru atau pernapasan mempunyai dua fase yaitu fase inspirasi dimana udara mengalir ke paru dan fase ekspirasi dimana gas mengalir keluar paru. Satu kali nafas terdiri dari dua fase tersebut dan normalnya berlangsung 12-20 kali setiap menit. Selama inspirasi, diafragma berkontraksi dan mendatar meningkatkan diameter vertical rongga dada. Otot interkosta eksterna berkontraksi, mengangkat rangka iga dan menggerakkan sternum ke depan untuk mengembangkan diameter lateral dan anteroposterior rongga dada, menurunkan tekanan intrapleura.

3. Etiologi

Menurut Sardjito (2023) pneumonia disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu :

a. Infeksi

- 1) Virus pernapasan yang paling sering dan lazim yaitu *mycoplasma pneumonia* yang terjadi pada usia beberapa tahun pertama dan anak sekolah dan dewasa muda.
- 2) Bakteri *streptococcus pneumonia*, *pyogenes*, dan *staphylococcus aureus* yang lazim terjadi pada anak normal.
- 3) *Hamemophilus influenza* menyebabkan pneumonia bakteri pada anak muda, dan kondisi akan jauh berkurang dengan penggunaan vaksin efektif rutin.
- 4) Virus *norespiratik*, bakteri *enteric gram negatif*, *mikrobakteria*, *chalinidia spp*, *coxiella*, *pneumocystis carini*, dan sejumlah jamur.
- 5) Virus penyebab pneumonia yang paling lazim adalah sinsitial pernapasan (*resporatiry syncitial virus/rsv*), *parainfluenza*, dan *adenovirus*.

b. Faktor lain

Usia diatas 60 tahun, tirah baring yang lama, terpanjan asap rokok, kepadatan tempat tinggal (Suek et al., 2024).

4. Klasifikasi

Menurut Nursalam (2016) dalam Daiman et al., (2023) klasifikasi pneumonia berdasarkan anatominya dibagi menjadi beberapa bagian yaitu :

- a. Pneumonia lobaris, melibatkan seluruh atau satu bagian besar dari satu atau lebih lobus paru. Bila kedua paru terkena, maka dikenal sebagai pneumonia bilateral atau “ganda”.
- b. Pneumonia lobaris (*bronkopneumonia*) terjadi pada ujung akhir *bronkhiolus* yang dapat tersumbat oleh *eksudat* mukopuren untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus.

- c. Pneumonia interstitial (*bronkolitis*) proses inflamasi yang terjadi didalam dinding alveolar (*interstitium*) dan jaringan peribrokial serta interlobular.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan faktor dari lingkungan menurut Nursalam (2016) dalam Daiman et al., (2023) :

a. Pneumonia Komunitas

Dijumpai pada *haemophilus influenzae*, pada pasien perokok, patogen atipikal pada lansia, dengan adanya penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), yang disebabkan oleh penularan yang didapat dari komunitas dengan adanya tanda dan gejala infeksi akut.

b. Pneumonia Nosokomial

Tergantung pada tiga faktor yaitu : tingkat sakit berat, adanya resiko atau jenis patogen tertentu dan masa menjelang onset pneumonia.

c. Pneumonia Bakteri

Orang yang kesehatan secara umumnya buruk atau tidak aktif secara fisik, lansia serta pasien gangguan paru kronik, paling rentan terhadap pneumonia bakteri infeksius, orang yang menggunakan zat seperti alkohol, dan kokain, sangatlah rentan.

d. Pneumonia Virus

Varian virus influenza menyebabkan pneumonia virus. Antibiotik tidak efektif, tetapi antibiotik sering kali digunakan untuk mengatasi atau mencegah infeksi sekunder yang terkadang tampak pada pneumonia virus. Pasien ditangani berdasarkan yang terjadi. Pneumonia virus jarang berakibat fatal, tetapi dapat membuat pasien berada dalam kondisi yang lemah (Nugraheni 2018 dalam Abdjul & Herlina, 2020).

e. Pneumonia Aspirasi

Disebabkan oleh infeksi kuman, pneumonitis kimia akibat aspirasi bahan toksit, akibat aspirasi cairan insert misalnya cairan makanan

atau lambung, edema paru, dan obstruksi mekanik simple oleh bahan padat (Subanada et al., 2010).

f. Pneumonia Pada Gangguan Imun

Terjadi karena akibat proses penyakit akibat proses terapi. Penyebab infeksi dapat disebabkan oleh kuman patogen atau mikroorganisme yang biasanya *non virulen*, berupa bakteri, protozoa, parasit, virus, jamur, dan cacing.

5. Patofisiologi dan Pathway

Menurut Pambudi (2023) sebagian besar penyebab dari pneumonia ialah mikroorganisme (jamur, bakteri, virus). Awalnya mikroorganisme masuk melalui percikan ludah (droplet) infasi ini dapat masuk ke saluran pernafasan atas dan menimbulkan reaksi imunologis dari tubuh. Reaksi ini menyebabkan peradangan, dimana ketika terjadi peradangan ini tubuh dapat menyesuaikan diri maka timbulah gejala demam pada penderita.

Reaksi peradangan ini dapat menimbulkan secret. Semakin lama secret semakin menumpuk di bronkus maka aliran bronkus menjadi semakin sempit dan pasien dapat merasa sesak. Tidak hanya terkumpul di bronkus, lama kelamaan secret dapat sampai ke alveolus paru dan mengganggu sistem pertukaran gas di paru.

Tidak hanya menginfeksi saluran nafas, bakteri ini juga dapat menginfeksi saluran cerna ketika ia terbawa oleh darah. Bakteri ini dapat membuat flora normal dalam usus menjadi agen pathogen sehingga timbul masalah GI tract.

Dalam keadaan sehat, pada paru tidak akan terjadi pertumbuhan mikroorganisme. Keadaan ini disebabkan adanya mekanisme pertahanan paru. Terdapatnya bakteri di dalam paru menunjukkan adanya gangguan daya tahan tubuh, sehingga mikroorganisme dapat berkembang biak dan mengakibatkan timbulnya infeksi penyakit. Masuknya mikroorganisme ke dalam

saluran nafas dan paru dapat melalui berbagai cara, antara lain inhalasi langsung dari udara, aspirasi dari bahan-bahan yang ada di nasofaring dan orofaring serta perluasan langsung dari tempat-tempat lain, penyebaran secara hematogen. Mekanisme daya tahan traktus respiratorius bagian bawah sangat efisien untuk mencegah infeksi yang terdiri dari susunan anatomis rongga hidung, jaringan limfoid di nasofaring, bulu getar yang meliputi sebagian besar epitel traktus respiratorius dan sekret lain yang dikeluarkan oleh sel epitel tersebut. Reflek batuk, refleks epiglotis yang mencegah terjadinya aspirasi sekret yang terinfeksi. Drainase sistem limfatis dan fungsi menyaring kelenjar limfe regional. Fagositosis, aksi limfosit dan respon imunohumoral terutama dari IgA. Sekresi enzim-enzim dari sel-sel yang melapisi trakeo-bronkial yang bekerja sebagai anti mikroba yang non spesifik. Bila pertahanan tubuh tidak kuat maka mikroorganisme dapat melalui jalan nafas sampai ke alveoli yang menyebabkan radang pada dinding alveoli dan jaringan sekitarnya. Setelah itu mikroorganisme tiba di alveoli membentuk suatu proses peradangan yang meliputi empat stadium, yaitu :

a. Stadium I (<24 jam pertama/kongesti)

Disebut hiperemia, mengacu pada respon peradangan permulaan yang berlangsung pada daerah baru yang terinfeksi. Hal ini ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler di tempat infeksi. Hiperemia ini terjadi akibat pelepasan mediator-mediator peradangan dari sel-sel mast setelah pengaktifan sel imun dan cedera jaringan. Mediator-mediator tersebut mencakup histamin dan prostaglandin. Degranulasi sel mast juga mengaktifkan jalur komplemen. Komplemen bekerja sama dengan histamin dan prostaglandin untuk melemaskan otot polos vaskuler paru dan peningkatan permeabilitas kapiler paru. Hal ini mengakibatkan perpindahan eksudat plasma ke dalam ruang interstisium sehingga terjadi pembengkakan dan edema antar

kapiler dan alveolus. Penimbunan cairan diantara kapiler dan alveolus meningkatkan jarak yang harus ditempuh oleh oksigen dan karbondioksida, sehingga mempengaruhi perpindahan gas dalam darah dan sering mengakibatkan penurunan saturasi oksigen hemoglobin.

b. Stadium II (48 jam berikutnya)

Disebut hepatitisasi merah, terjadi sewaktu alveolus terisi oleh sel darah merah, eksudat dan fibrin yang dihasilkan oleh penjamu (host) sebagai bagian dari reaksi peradangan. Lobus yang terkena menjadi padat oleh karena adanya penumpukan leukosit, eritrosit dan cairan, sehingga warna paru menjadi merah dan pada perabaan seperti hepar, pada stadium ini udara alveoli tidak ada atau sangat minimal sehingga anak akan bertambah sesak, stadium ini berlangsung sangat singkat, yaitu selama 48 jam.

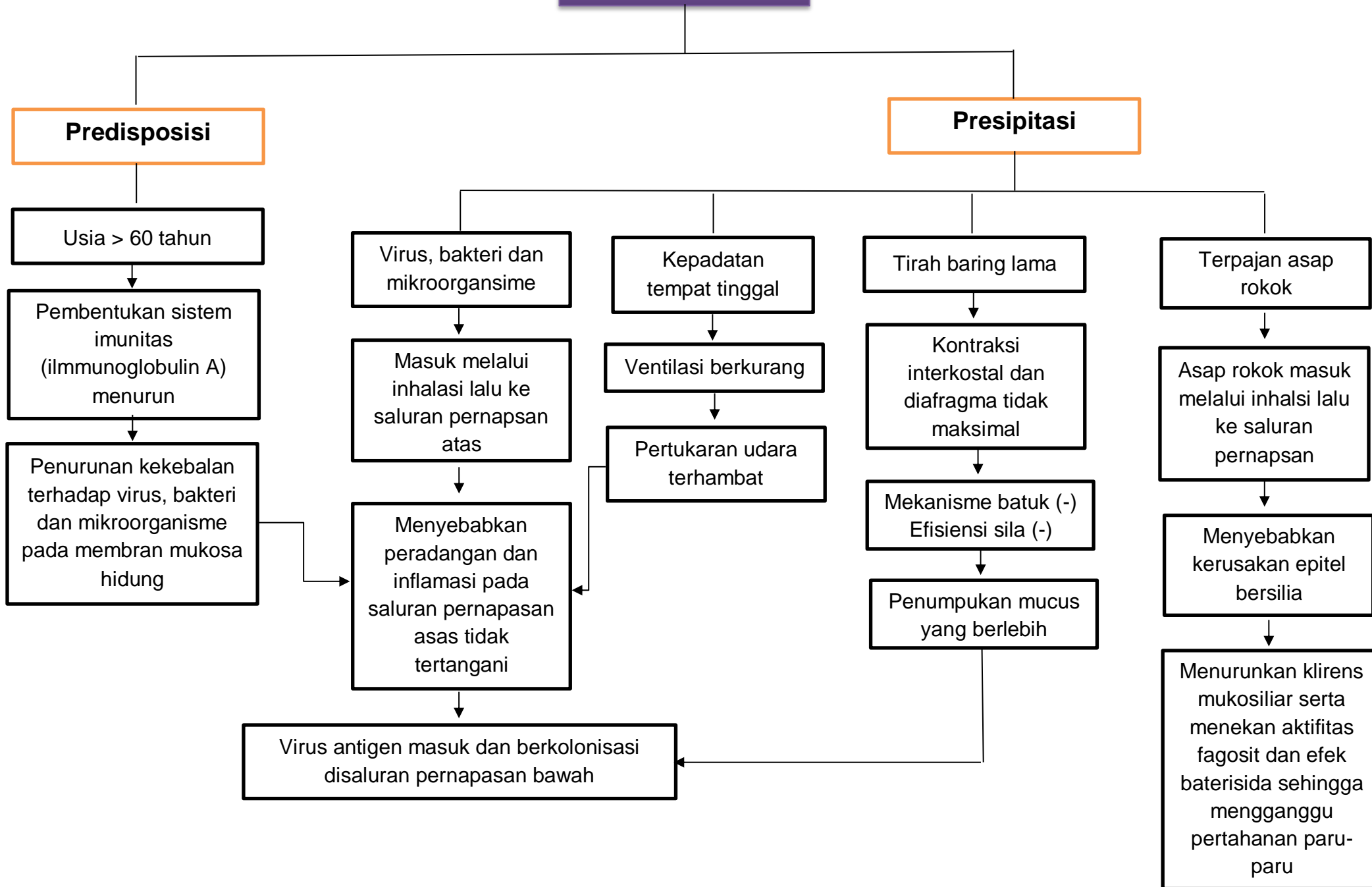
c. Stadium III (3–8 hari)

Disebut hepatitisasi kelabu yang terjadi sewaktu sel-sel darah putih mengkolonisasi daerah paru yang terinfeksi. Pada saat ini endapan fibrin terakumulasi di seluruh daerah yang cedera dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel. Pada stadium ini eritrosit di alveoli mulai diresorpsi, lobus masih tetap padat karena berisi fibrin dan leukosit, warna merah menjadi pucat kelabu dan kapiler darah tidak lagi mengalami kongesti.

d. Stadium IV (7–11 hari)

Disebut juga stadium resolusi yang terjadi sewaktu respon imun dan peradangan mereda, sisa-sisa sel fibrin dan eksudat lisis dan diabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali ke strukturnya semula.

ETIOLOGI



Pemeriksaan penunjang :
1. Pemeriksaan laboratorium (darah, sputum, AGD, kultur darah)
2. Pemeriksaan radiologi (rontgen thorax)

Stadium I : <24 jam kongesti

Infeksi mencapai paru-paru (alveoli)

PNEUMONIA

Merangsang sel globet

Peningkatan produksi mukus

Penumpukan secret di jalan napas

B1 (Breathing)
TG : sesak, batuk berlendir, bunyi napas tambahan
SDKI : Bersihan jalan napas tidak efektif
SLKI : Bersihan jalan napas
SIKI : Latihan batuk efektif

B2 (Blood)
TG : Suhu tubuh >37,2 °C
SDKI : Hipertermia
SLKI : Termoregulasi
Membaik

Masuk ke alveoli

Sel darah merah, leukosit mengisi alveoli

Leukosit, fibrin mengalami konsolidasi

Leukositosis

Merangsang hipotalamus

Suhu tubuh meningkat

Respon inflamasi

Peningkatan aliran dan permeabilitas kapiler

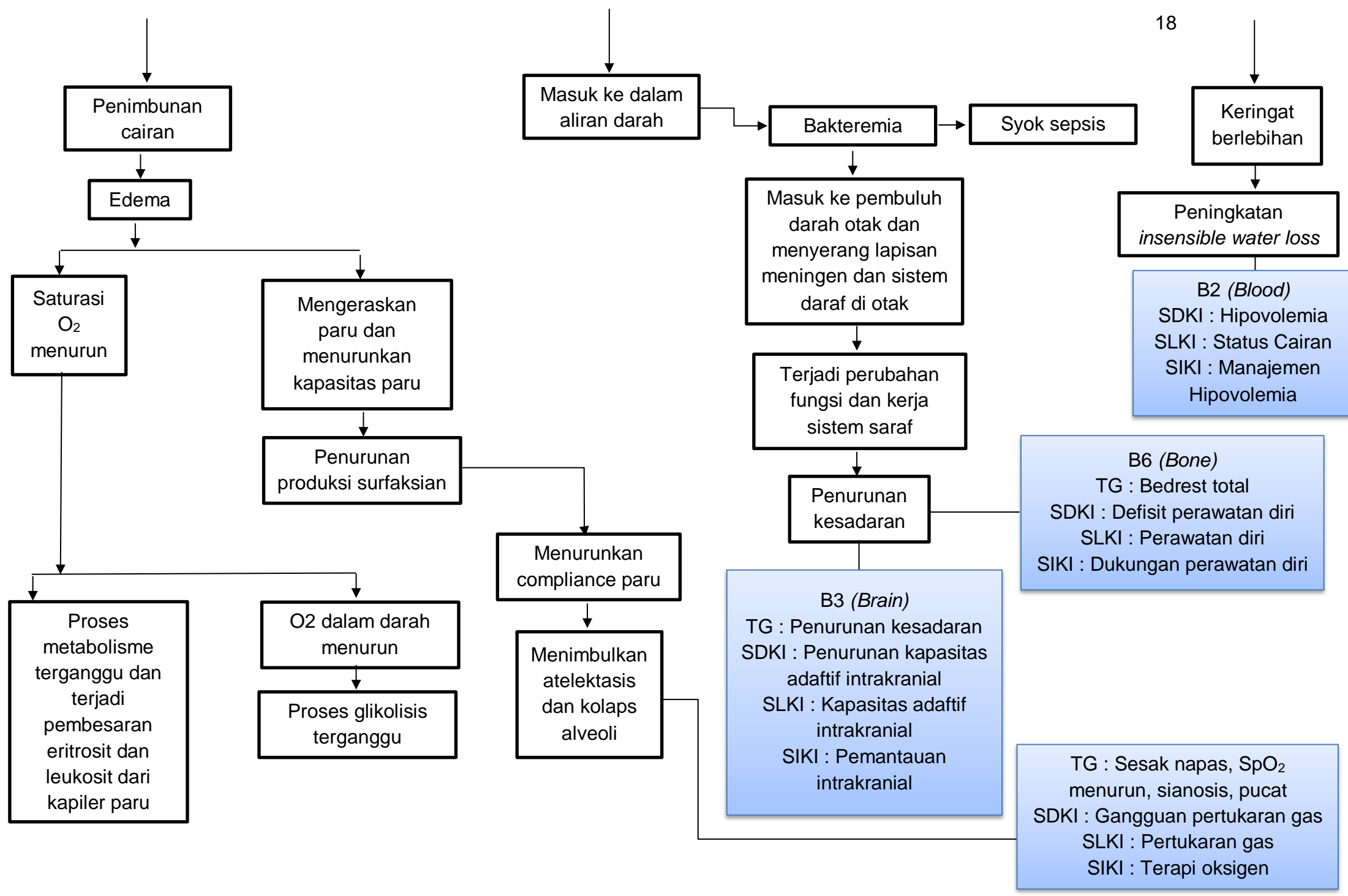
Sel mast melepaskan mediator kimiawi

Kuman melepaskan zat pirogenik

Merangsang histamin dan prostaglandin

Perpindahan eksudat plasma ke dalam ruang interstitium

Fagosit melepaskan endogenus pirogen



Penimbunan cairan

Edema

Saturasi O₂ menurun

Mengeraskan paru dan menurunkan kapasitas paru

Penurunan produksi surfaksian

Menurunkan compliance paru

Menimbulkan atelektasis dan kolaps alveoli

Proses metabolisme terganggu dan terjadi pembesaran eritrosit dan leukosit dari kapiler paru

O₂ dalam darah menurun

Proses glikolisis terganggu

Masuk ke dalam aliran darah

Bakteremia

Syok sepsis

Masuk ke pembuluh darah otak dan menyerang lapisan meningen dan sistem saraf di otak

Terjadi perubahan fungsi dan kerja sistem saraf

Penurunan kesadaran

B3 (Brain)
TG : Penurunan kesadaran
SDKI : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
SLKI : Kapasitas adaptif intrakranial
SIKI : Pemantauan intrakranial

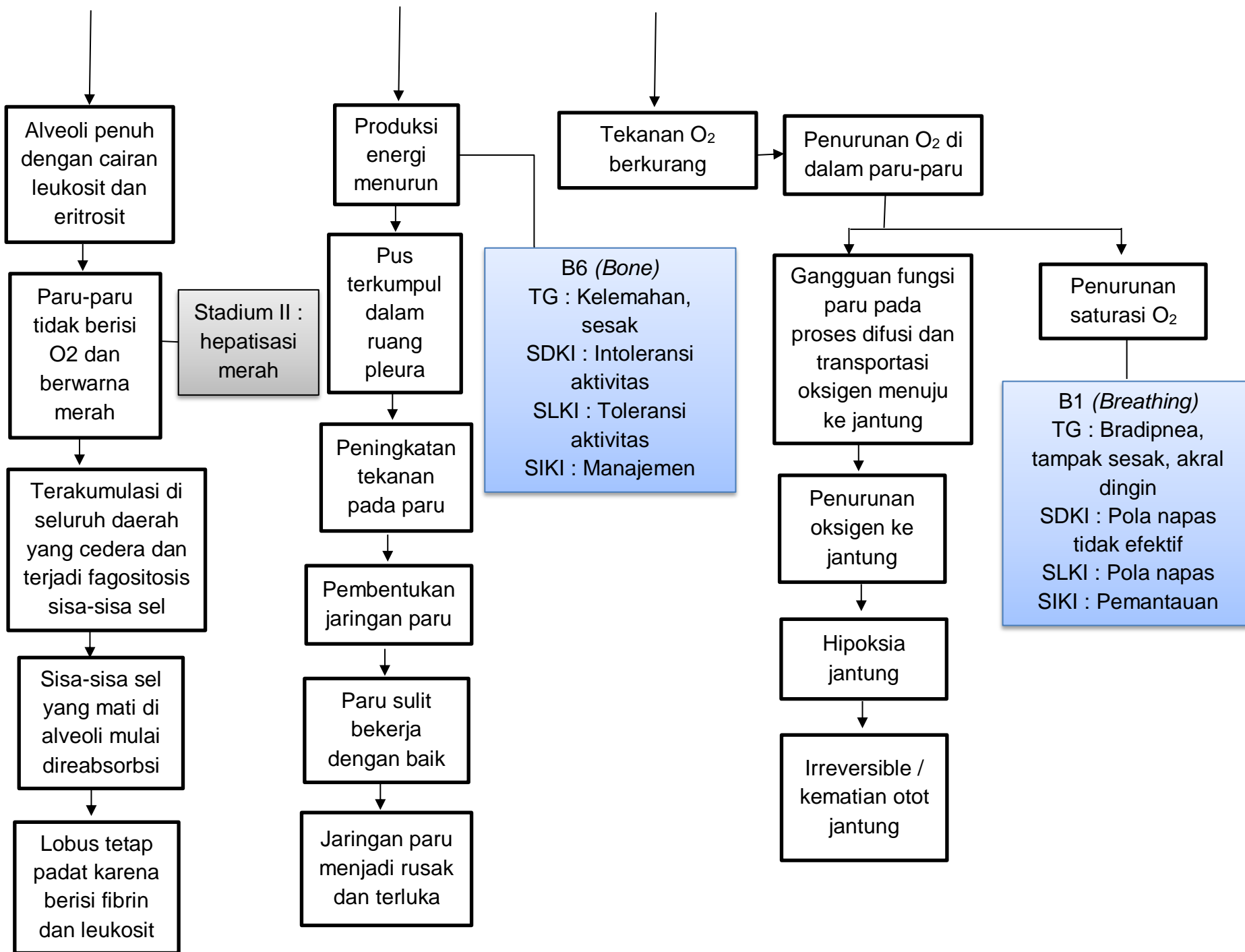
Keringat berlebihan

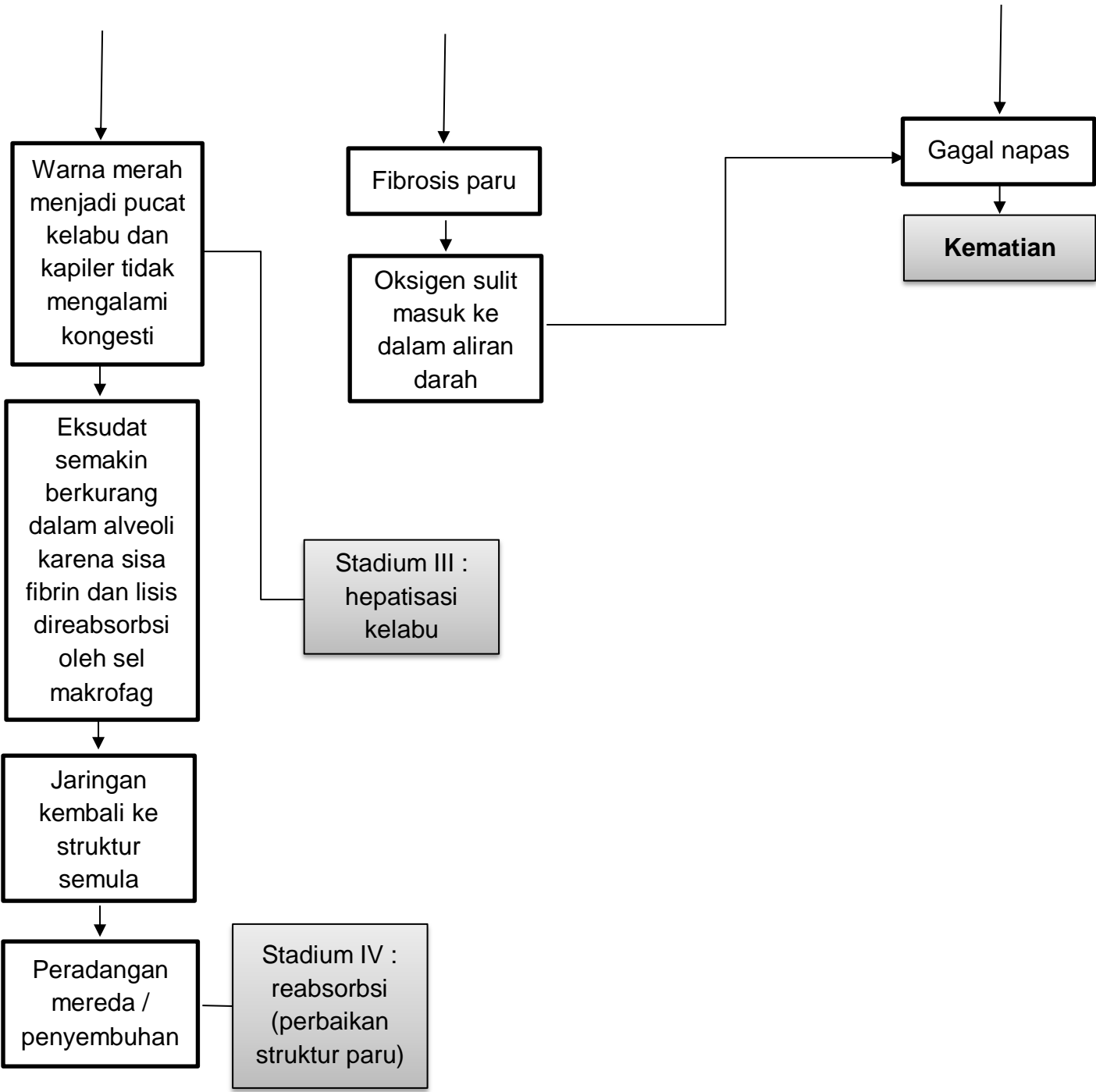
Peningkatan *insensible water loss*

B2 (Blood)
SDKI : Hipovolemia
SLKI : Status Cairan
SIKI : Manajemen Hipovolemia

B6 (Bone)
TG : Bedrest total
SDKI : Defisit perawatan diri
SLKI : Perawatan diri
SIKI : Dukungan perawatan diri

TG : Sesak napas, SpO₂ menurun, sianosis, pucat
SDKI : Gangguan pertukaran gas
SLKI : Pertukaran gas
SIKI : Terapi oksigen





6. Manifestasi Klinik

Adapun manifestasi klinik yang biasa dijumpai pada pasien dengan pneumonia (Amalia, 2023; Pambudi, 2023; Makarim, 2023) :

- a. Suhu dapat naik secara mendadak sampai 39-40°C dan mungkin disertai kejang karena demam yang tinggi.
- b. Gelisah.
- c. Dispnoe.
- d. Pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung
- e. Sianosis di sekitar hidung dan mulut.
- f. Batuk biasanya tidak dijumpai di awal penyakit, batuk biasanya setelah beberapa hari, di mana pada awalnya berupa batuk kering kemudian menjadi produktif.
- g. Adanya bunyi napas tambahan pernafasan seperti ronchi dan wheezing.
- h. Nafsu makan menurun.
- i. Kadang-kadang disertai muntah.
- j. Pemeriksaan fisik pada palpasi fremitus dapat mengeras, pada perkusi redup, pada auskultasi terdengar suara napas bronkovesikuler sampai bronkial yang mungkin disertai ronchi basah halus, yang kemudian menjadi ronchi basah kasar pada stadium resolusi.
- k. Pemeriksaan foto thorax biasanya terdapat hasil pneumonia dan pemeriksaan laboratorium terdapat peningkatan leukosit tinggi, pemeriksaan LED tinggi, pemeriksaan AGD yang biasanya ditemukan hipoksemia sedang sampai berat, pada beberapa kasus tekanan parsial karbondioksida (PCO₂) menurun dan pada stadium lanjut menunjukkan asidosis respiratorik.

7. Tes Diagnostik

Menurut Makdalena et al., (2020); Alfiah (2021) beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan pasien pneumonia adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah

Pada kasus pneumonia oleh bakteri akan terjadi leukositosis (meningkatnya jumlah neutrofil)

2) Pemeriksaan Sputum

Bahan pemeriksaan yang terbaik diperoleh dari batuk yang spontan dan dalam digunakan untuk kultur serta tes sensitifitas untuk mendeteksi agen infeksius. Biasanya pada pneumonia didapatkan mikroorganisme lebih dari satu jenis kuman, seperti *displococcus pneumoniae*, *staphylococcus aureus*, dan *haemophilus influenzae*, sehingga lebih mudah untuk menentukan antibiotik mana yang akan diberikan agar tidak terjadi resistensi obat.

3) Analisa Gas Darah

Analisa gas darah untuk mengevaluasi status oksigenasi dan status asam basah. Pada pasien pneumonia biasanya didapatkan hipoksemia sedang sampai berat, pada beberapa kasus tekanan parsial karbondioksida (PCO_2) menurun dan pada stadium lanjut menunjukkan asidosis respiratorik.

4) Kultur Darah

Kultur darah untuk mendekteksi bakteri.

b. Pemeriksaan Radiologi, berupa rontgen thorax

Kelainan foto rontgen thorax pada pneumonia tidak selalu berhubungan dengan gambaran klinis. Kadang-kadang bercak sudah ditemukan pada gambaran radiologis sebelum timbul gejala klinis. Akan tetapi, resolusi infiltrat sering memerlukan waktu yang

lebih lama setelah gejala klinis menghilang. Secara umum gambaran foto thorax terdiri dari :

- 1) Infiltrat interstisial, ditandai dengan peningkatan corakan bronkovaskuler peribronchial cuffing, dan hiperaerasi.
- 2) Infiltrat alveolar, merupakan konsolidasi paru dengan air bronchogram. Konsolidasi dapat mengenai satu lobus disebut dengan pneumonia lobaris, atau terlihat sebagai lesi tunggal yang biasanya cukup besar, berbentuk sferis, berbatas yang tidak terlalu tegas, dan menyerupai lesi tumor paru, dikenal sebagai round pneumonia.
- 3) Bronchopneumonia, ditandai dengan gambaran difus merata pada kedua paru, berupa bercak-bercak infiltrat yang dapat meluas hingga daerah perifer paru, disertai dengan peningkatan corakan peribronkial.

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Daiman et al, (2023) penatalaksanaan yang dapat diberikan pada pasien pneumonia antara lain :

- a. Antibiotik diberikan untuk organisme sampai hasil kultur dahak didapatkan. Untuk infeksi bakterial memberikan antibiotik seperti macrolides, (azitromylin clarithromycin), fluoroquinolones (levifloxacin), beta-lactams (amoxicilin, cefotaxime, ceftriaxone, ampicilin).
- b. Memberikan antipiretik jika demam agar pasien lebih nyaman.
- c. Memberikan bronkodilator untuk menjaga jalur udara tetap terbuka memperkuat aliran udara jika perlu, hidrasi, medikasi, antitusif, antihistamin.
- d. Tirah baring direkomendasikan sampai infeksi menunjukkan tanda-tanda bersih.
- e. Terapi oksigen diberikan untuk terapi hipoksemia.

- f. Menambah asupan cairan untuk menghilangkan sekresi dan mencegah dehidrasi.
- g. Bantuan pernapasan mencakup konsentrasi oksigen inspirasi yang tinggi, intubasi indotrakeal, ventilasi mekanisme.

9. Komplikasi

Beberapa komplikasi pneumonia yang mungkin terjadi menurut Ardian (2020) :

a. Empisema

Empisema adalah jenis penyakit paru obstruksi kronik yang melibatkan kerusakan pada kantung udara (alveoli) diparu-paru. Disebabkan oleh penyempitan pada saluran pernapasan, penyempitan tersebut mengakibatkan obstruksi jalan napas, sesak, sehingga dapat menyebabkan berkurangnya elastisitas bronkeolus.

b. Atelektasis

Atelektasis adalah pengerutan sebagian atau seluruh paru-paru atau penyumbatan saluran darah (bronkus dan bronkiolus). Disebabkan karena paru-paru mengalami kondisi pengekrutan oleh penyumbatan saluran udara bronkus dan bronkeolus.

c. Meningitis

Meningitis adalah suatu reaksi peradangan yang terjadi akibat infeksi karena bakteri, virus, maupun jamur pada selaput otak yang ditandai dengan adanya sel darah putih dalam cairan serebrospinal dan menyebabkan perubahan pada struktur otak.

d. Phneumothorax

Udara dari alveolus yang pecah disebabkan karena sumbatan atau peradangan disaluran bronkioli yang membuat udara bisa masuk namun tidak bisa keluar.

e. Infeksi darah

Kondisi ini terjadi akibat adanya bakteri yang masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ-organ lain. Infeksi darah berpotensi menyebabkan terjadinya kegagalan organ.

f. Efusi pleura

Efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapatnya penumpukan cairan dalam pleura berupa transudat atau eksudat.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Kritis meliputi (Zuriati et al, 2017) :

1) *Breathing* (B1)

Pengkajian pernapasan merupakan pemeriksaan fokus, berurutan pemeriksaan ini terdiri atas inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

a) Inspeksi

Inspeksi bentuk thorax pasien : jumlah, ritme dan tipe pernapasan, kesimetrisan pengembangan dada, jejas/kerusakan kulit, retraksi intercostalis.

b) Palpasi

Palpasi dada korban, apakah ada nyeri tekan, adakah penurunan ekspansi paru.

c) Auskultasi

Pada auskultasi, bagaimanakah bunyi napas (normal atau vesikuler menurun), adakah suara napas tambahan seperti ronchi, wheezing, pleural friction-rub.

d) Perkusi

Perkusi dilakukan di daerah thorak dengan hati-hati, beberapa hasil yang akan diperoleh adalah sebagai berikut : sonor (normal), hipersonor atau timpani bila ada udara di thorak, pekak atau dullnes bila ada konsolidasi atau cairan.

Menurut PPNI (2017) dalam Masitah (2023) pada pengkajian breathing, pasien mengalami sesak napas, terdapat pernapasan cuping hidung, terdengar suara ronchi, perkusi redup, ada retraksi dinding dada dan peningkatan frekuensi napas, kualitas napas lemah, pernapasan cepat dan dangkal.

2) *Blood* (B2)

Pada pengkajian yang biasanya didapatkan meliputi :

- a) Inspeksi : Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum.
- b) Palpasi : Denyut nadi perifer melemah.
- c) Perkusi : Batas jantung tidak mengalami pergeseran.
- d) Auskultasi : Tekanan darah biasanya normal. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

3) *Brain* (B3)

Klien dengan pneumonia yang berat sering terjadi penurunan kesadaran, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif, wajah klien tampak meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat.

4) *Bladder* (B4)

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok.

5) *Bowel* (B5)

Klien biasanya mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan.

6) *Bone* (B6)

Kelemahan dan kelelahan fisik secara umum sering menyebabkan ketergantungan klien terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

b. Pengkajian Pola Gordon

Pengkajian komprehensif mencakup seluruh aspek kerangka pengkajian keperawatan seperti 11 pola kesehatan fungsional (Nuryanti, 2021) :

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

DS : persepsi pasien tentang mempertahankan kesehatannya, keluhan utama, riwayat keluhan utama, riwayat penyakit yang pernah dialami, faktor risiko dan faktor genetik.

DO : kebersihan mulut, kulit kepala, kebersihan kulit, *hygiene* rongga mulut, kebersihan genitalian dan anus.

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

DS : jenis, frekuensi dan jumlah makanan yang masuk setiap hari, jenis dan jumlah minuman, nafsu makan berlebih atau berkurang, makanan tambahan (suplemen), jenis makanan yang disukai, kesulitan pada waktu makan, mual, muntah dan kembung, ketaatan terhadap diet, rasa haus dan lapar adalah penurunan BB.

DO : jumlah intake dan output, pemeriksaan fisik seperti keadaan rambut, hidrasi kulit, palpebra/konjungtiva, sclera, hidung, rongga mulut, gizi, kemampuan mengunyah, lidah, pharing, kelenjar getah bening, kelenjar parotis, abdomen (inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi), ikterik, lesi.

3) Pola Eliminasi

DS : perubahan pola berkemih (poliuria, oliguria, anuria, disuria, noturia), rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih, infeksi inkontensia, pola BAB, frekuensi, karakteristik dan warna.

DO : bentuk feses, konsistensi, warna, jumlah urin, bau dan endapan, berbusa, encer, warna kuning. Adakah penggunaan kateter, palpasi kandung kemih, nyeri ketuk ginjal, mulut uretra, anus (peradangan, hemoroid, fistula). Pemeriksaan diagnostik dan terapi yang berhubungan dengan pola eliminasi.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

DS : kebiasaan sehari-hari, kegiatan olahraga, aktivitas di waktu senggang, keluhan pada pernapasan, keluhan pada jantung seperti berdebar-debar, nyeri dada, rasa lemah badan, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

DO : postur tubuh, gaya jalan, aktivitas harian, anggota gerak yang catat, takikardia dan takipnes pada keadaan istirahat atau beraktivitas, latergi/disorientasi, koma, penurunan kekuatan otot.

5) Pola Tidur dan Istirahat

DS : jumlah jam tidur (siang dan malam), kebiasaan sebelum tidur, suasana gelap (gelap dan terang), perasaan saat bangun tidur, gangguan tidur seperti mimpi buruk, sering berkemih, gatal-gatal, nyeri, sesak napas.

DO : ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, palpebrae, inferior berwarna gelap, latergi, terapi yang berkaitan dengan pola tidur dan istirahat.

6) Pola Persepsi Kognitif

DS : gangguan penglihatan, rasa tidak nyaman seperti nyeri, kesemutan, gangguan terhadap daya penglihatan lingkungan, orang dan waktu (orientasi), perubahan dalam konsentrasi/daya ingat.

DO : penggunaan alat bantu, kemampuan berbicara, orientasi/disorientasi (waktu, tempat, orang), respon non verbal, pemeriksaan fisik meliputi penglihatan, pendengaran, penurunan rasa pada lengan dan tungkai.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

DS : konsep diri (identitas diri, harga diri, citra dan peran diri), kemampuan dalam pengambilan keputusan, pandangan pasien tentang dirinya, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi.

- DO : rentang perhatian, kontak mata, postur tubuh, pemeriksaan fisik meliputi kelainan bawaan yang nyata, abdomen, kulit dan punggung protesa.
- 8) Pola Peran dan Hubungan Sesama
 DS : peran dalam keluarga, masyarakat, dan lingkungan. Hubungan keluarga, masyarakat dan lingkungannya (konflik/perpisahan) adalah perasaan keterpisahan/terisolir.
 DO : hubungan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau orang lain (kooperatif).
- 9) Pola Reproduksi dan Seksualitas
 DS : hubungan penyakit dengan masalah seksualitas, gangguan fungsional/seksualitas.
 DO : terapi yang berhubungan dengan pola reproduksi seksualitas.
- 10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stres
 DS : mekanisme koping yang digunakan, ungkapan pasien terhadap dirinya, penyesuaian diri terhadap stres.
 DO : ansietas dan peka rangsangan.
- 11) Pola Sistem Kepercayaan
 DS : ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan.
 DO : alat untuk berdoa, tampak melakukan kegiatan ibadah.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien dengan pneumonia, antara lain (Masitah, 2023) :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, perubahan membran alveolus kapiler (D.0003)
- d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)
- e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

3. Perencanaan Keperawatan

Penyusunan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan menurut SLKI (2018) sebagai berikut :

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

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Produksi sputum menurun
- 2) Wheezing menurun
- 3) Dispnea menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Frekuensi napas membaik
- 6) Sianosis menurun
- 7) Pola nafas membaik

SIKI : Manajemen Jalan Napas

Observasi :

- 1) Monitor pola nafas

Rasional : takipnea, pernapasan dangkal, dan gerakan dada tidak simetris terjadi karena peningkatan tekanan darah dalam paru dan penyempitan bronkus.

- 2) Monitor bunyi nafas tambahan

Rasional : mengetahui apakah ada suara napas tambahan seperti ronchi indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan nafas, wheezing dan rules.

3) Monitor sputum

Rasional : memastikan adanya produksi sputum di jalan napas.

Terapeutik :

1) Pertahankan kepatenan pola nafas

Rasional : pasien dapat bernapas dengan mudah.

2) Posisi semifowler

Rasional : meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.

3) Berikan minuman hangat

Rasional : air hangat memobilisasi dan mengeluarkan sekret.

4) Berikan oksigen

Rasional : memperbaiki atau mencegah terjadinya hipoksia dan kegagalan napas serta tindakan untuk penyelamatan hidup.

Edukasi :

1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

Rasional : cairan (khususnya air hangat) dapat mengeluarkan sekret.

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator

Rasional : pemberian bronkodilator melalui inhalasi akan langsung memberikan efek yang cepat dan menurunkan kekentalan sekret.

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)

SLKI : Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama ...x... jam, maka pola napas membaik dengan kriteria hasil :

1) Tekanan ekspirasi meningkat

2) Dispnea menurun

3) Penggunaan otot bantu napas menurun

4) Frekuensi napas membaik

5) Kedalaman nafas membaik

SIKI : Pemantuan respirasi

Observasi

1) Monitor frekuensi, irama, kealaman dan upaya napas

Rasional : Manifestasi gawat napas menunjukkan, derajat keterlibatan paru serta status kesehatan umum.

2) Monitor kemampuan batuk efektif

Rasional : Latihan batuk efektif dapat meningkatkan pengeluaran sputum.

3) Monitor sputum

Rasional : pengeluaran sulit bila sekret tebal, seputum berdarah akibat kerusakan paru atau luka bronchial yang memerlukan evaluasi/intervensi lanjut.

4) Monitor saturasi oksigen

Rasional : memaksimalkan kada oksigen dalam tubuh.

Terapeutik :

1) Atur interval pemantuan dan prosedur pemantuan

Rasional : memudahkan dalam penentuan tindakan.

2) Informasih pemantuan jika perlu

Rasional : mengetahui hasil dari pemantuan keadaan pasien.

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, perubahan membran alveolus kapiler (D.0003)

SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam maka pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :

1) Dispnea menurun

2) Bunyi napas tambahan menurun

3) Gelisah menurun

4) Napas cuping hidung menurun

5) Pola napas membaik

SIKI : Terapi oksigen

Observasi:

1) Monitor kecepatan aliran oksigen

Rasional : untuk memaksimalkan kebutuhan oksigen yang dibutuhkan.

2) Monitor efektifitas terapi oksigen

Rasional : untuk melihat terapi oksigen efektif dalam memenuhi kebutuhan oksigen.

3) Monitor tanda-tanda hipoventilasi

Rasional : mengetahui adekuat oksigen yang ada dalam tubuh.

Terapeutik :

1) Pertahankan kepatenan jalan napas

Rasional : pasien dapat bernapas dengan mudah.

2) Berikan oksigen tambahan

Rasional : memaksimalkan pernapasan dan menurunkan kerja nafas.

Edukasi :

1) Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah

Rasional : untuk memudahkan dalam menggunakan oksigen.

Kolaborasi :

1) Kolaborasi penentuan dosis oksigen

Rasional : agar oksigen yang diberikan sesuai dengan yang dibutuhkan.

d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :

1) Mengigil menurun

2) Kejang menurun

- 3) Takikardi menurun
- 4) Suhu tubuh membaik
- 5) Suhu kulit membaik

SIKI : Manajemen hipertermi

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab hipertermi

Rasional : membantu dalam pengambilan tindakan yang tepat.

- 2) Monitor suhu tubuh

Rasional : untuk memonitor keadaan umum klien yang berkaitan dengan demam dan mengetahui tindakan keperawatan 28 serta mengidentifikasi kemajuan/penyimpangan dari hasil yang diharapkan.

- 3) Monitor komplikasi akibat hipertermi

Rasional : untuk mencegah agar pasien tidak mengalami masalah kesehatan.

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang dingin

Rasional : lingkungan yang dingin dapat membantu menurunkan suhu tubuh yang tinggi.

- 2) Longgarkan pakaian atau lepaskan pakaian

Rasional : meningkatkan penguapan agar mempercepat penurunan suhu tubuh.

- 3) Berikan cairan oral

Rasional : pemberian cairan oral yang cukup akan mempertahankan intake dalam tubuh dan meningkatkan output urin untuk mengurangi demam pasien.

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring

Rasional : dengan tirah baring maka aktifitas sel-sel dan proses metabolisme menurun sehingga diharapkan dapat mengurangi demam.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena jika perlu

Rasional : dengan pemberian cairan intravena dapat menunjang upaya-upaya perawatan dalam usaha menurunkan panas tubuh, serta memungkinkan pasien mendapatkan terapi lebih lanjut untuk penyakitnya.

- e. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam di harapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Kekuatan nadi cukup meningkat
- 2) Turgor kulit kulit meningkat
- 3) Perasaan lemah menurun
- 4) Keluhan haus menurun
- 5) Membran mukosa membaik

SIKI : Manajemen Hipovolemia

Observasi :

- 1) Monitor intake dan output cairan

Rasional : mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi.

Terapeutik :

- 1) Berikan asupan cairan oral

Rasional : untuk mengembalikan cairan yang hilang.

Edukasi :

- 1) Anjurkan perbanyak asupan cairan oral

Rasional : untuk mengembalikan cairan yang hilang.

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis

Rasional : untuk mengganti cairan dan elektrolit secara adekuat.

4. *Discharge Planning*

Menurut Daiman et al., (2023) hal-hal yang disampaikan kepada keluarga pasien sebelum pasien pulang, yaitu :

- a. Ajarkan pada keluarga atau tentang pemberian obat berupa dosis, efek samping dan respon pasien serta waktu untuk konsumsi obat.
- b. Berikan informasi pada pasien tentang cara-cara pengendalian infeksi penyebab pneumonia serta penatalaksanaannya.
- c. Hindari pemajanan kontak infeksius.
- d. Gizi seimbang dan cukup.
- e. Tutup mulut saat batuk karena penularan pneumonia banyak berasal dari pericikan batuk atau bersin pasien pneumonia.
- f. Hindari terpajan dengan asap-asap rokok.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisial Ny. M usia 73 tahun, seorang ibu rumah tangga, agama islam, alamat Jl. S. P Dg. Bunga, Tamanyeleng, Kec. Barambong, Kab. Gowa, Prov. Sulawesi Selatan. Masuk ruangan *intensive care unit* (ICU) Rumah Sakit Bhayangkara Makassar tanggal 05 Mei 2024 pukul. Pasien masuk dengan diagnosa medis Pneumonia Bilateral. Keluarga pasien mengatakan 28 April 2024 pasien mengalami sesak napas. Keluhan awal pasien merasa sesak setelah pasien membersihkan rumah yang berdebu, keluarga dan pasien menganggap sesak akan berkurang dengan beristirahat. Pada tanggal 03 Mei 2024 sesak tidak berkurang dan pasien mengalami batuk berlendir disertai demam. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah sering batuk-batuk di rumah tapi menganggap itu hanya sakit orang tua, keluarga pasien mengatakan kurang lebih sudah satu bulan pasien mengalami batuk berdahak di rumah sebelum masuk RS. Dan sejak pasien sakit ia hanya mengkonsumsi obat herbal (jahe dan kunyit), obat paracetamol tablet dan selama sakit tidak memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan. Kemudian sesak bertambah pada tanggal 06 Mei 2024 disertai pasien lemas dan gelisah, sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Setelah sampai di IGD karena kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan sesak napas akhirnya pasien di bawa ke ruang ICU.

Saat pengkajian di ruang *Intensive Care Unit* tampak pasien sesak dengan menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal, pasien demam, tampak pasien batuk dengan sputum berwarna kuning kehijauan, BB 60 kg, TB 165 cm, GCS 12 (E3V4M5), TD : 88/44 mmHg, N : 123x/mnt, S : 39,5 °C, P : 36x/mnt, SPO₂ : 88%. Terapi yang diberikan amiodarone 360mg/6 jam/SP ; vascon 0,03 mcg/kgBB/SP ; combivent 1

tube/8 jam ; acetylcysteine 3x1/NGT ; pct 1 gr/12 jam/IV ; NRM 12L/m ; NaCl 0,9% 20 tpm. Maka dari itu, penulis mengangkat 4 diagnosa yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, hipertermia berhubungan dengan proses infeksi dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

B. Pengkajian Kritis

1. Pengkajian Primer : (Meliputi : B-1/Breath, B-2/Bleed/Sirkulasi, B-3/Brain, B-4/Bladder, B-5/Bowel dan B-6/Bone)

Breath (B1)	Pergerakan dada	Simetris
	Pemakaian otot bantu napas	Ada Jenis : retraksi interkostal
	Palpasi	- Vocal Fremitus : teraba sama kiri dan kanan - Nyeri Tekan : Tidak ada - Krepitasi : Tidak ada
	Perkusi	Redup Lokasi : kedua lapang paru
	Suara napas	Ronchi Lokasi : Auskultasi pada kedua lapang paru kiri dan kanan terdengar suara napas tambahan ronchi
	Batuk	Ada Produktif
	Sputum	Warna lain : kuning kehijauan
	Alat bantu napas	Ada Jenis : Non Rebreathing Mask 12L/mnt

	Lain – lain	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - RR : 36x/mnt - SPO₂ : 88% - Hasil foto thoraks Kesan : Pneumonia Bilateral
Blood (B2)	Suara jantung	S1 S2 : Tunggal
	Irama jantung	Reguler
	CRT	≥ 3 detik
	JVP	Normal (5 – 2 CmH ₂ O)
	CVP	Tidak ada
	Edema	Tidak ada
	EKG	Sinus takikardia
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - TD : 88/44 mmHg - N : 123x/mnt - S : 39,5 °C - WBC (H) : 21.19 10³uL
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	Kualitatif : Apatis Kuantitatif (GCS) E : 3 V : 4 M : 5 Total : 12
	Reaksi pupil :	
	<ul style="list-style-type: none"> - Kanan - kiri 	<ul style="list-style-type: none"> - ada, diameter 3 cm - ada, diameter 3 cm
	Refleks fisiologis	Ada <ul style="list-style-type: none"> - Refleks Biseps : positif - Refleks Triceps : positif
	Refleks patologis	Refleks Babinsky : negatif

	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada
Bladder (B4)	Urin	Jumlah : 90cc/8 jam Warna : kuning keruh
	Kateter	Ada, hari ke 1 Jenis : foley catheter nomor 16fr
	Kesulitan BAK	Tidak, karena pasien menggunakan kateter
	Lain-lain	Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Kering
	Lidah	Kotor
	Keadaan gigi	Tidak lengkap
	Nyeri telan	Tidak ada
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik usus	Normal Nilai : 15 x/m
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematemesis	Tidak ada
	Melena	Tidak ada
	Terpasang NGT	Ya Nomor 14fr Hari pertama
	Terpasang colostomy bag	Tidak
	Diare	Tidak
	Konstipasi	Tidak

	Asites	Tidak
	Lain-lain	
Bone (B6)	Turgor	Jelek
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Icterus	Tidak ada
	Akral	- Dingin - Pucat
	Pergerakan sendi	Bebas
	Fraktur	Tidak ada
	Luka	Tidak ada
	Lain-lain	- Tampak pasien pucat - Tampak pasien gelisah

2. Diagnosa Keperawatan : (berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)

B-1 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

B-2 : Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan;
Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi

B-3 : Tidak ada masalah keperawatan

B-4 : Tidak ada masalah keperawatan

B-5 : Tidak ada masalah keperawatan

B-6 : Tidak ada masalah keperawatan

3. Tindakan Keperawatan Utama Yang Dilakukan

a. Pola napas tidak efektif

1) Pemberian posisi semi fowler

2) Pemberian oksigen (NRM 12L/mnt)

b. Hipovolemia

- 1) Memonitor tanda-tanda hipovolemia
- 2) Pemberian cairan IV isotonis (NaCl 0,9% 20tpm)

c. Hipertermia

Memonitor suhu tubuh

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting yang harus di jaga, namun keluarga pasien mengatakan pasien tidak terlalu memperhatikan kesehatannya dan jarang memeriksakan kesehatan. Keluarga pasien mengatakan saat terkena flu atau batuk hanya membeli obat di apotik atau meminum obat herbal untuk mengtasi kondisinya dan jika tidak ada perubahan barulah ke rumah sakit. Pasien mengatakan jarak rumah ke pelayanan kesehatan juga dekat.

2) Riwayat Penyakit Saat Ini

a) Keluhan Utama : Sesak napas

b) Riwayat Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan pada tanggal 28 Mei 2024 pasien mengalami sesak napas. Awal pasien sesak setelah pasien membersihkan rumah yang berdebu, keluarga dan pasien menganggap sesak akan berkurang dengan beristirahat. Pada 03 Mei 2024 sebelum ke RS sesak tidak berkurang dan pasien mengalami batuk berlendir disertai demam. Keluarga pasien mengatakan pasien sering batuk-batuk di rumah tapi menganggap itu hanya sakit orang, kurang lebih sudah satu bulan pasien batuk berdahak di rumah sebelum masuk RS dan sejak pasien sakit ia hanya

mengonsumsi obat herbal (jahe dan kunyit), obat paracetamol tablet dan selama sakit tidak memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan. Kemudian sesak bertambah pada tanggal 06 Mei 2024 disertai pasien lemas dan gelisah, sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Setelah sampai di IGD karena kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan sesak napas akhirnya pasien di bawa ke ruang ICU. Saat pengkajian di ruang ICU tampak pasien sesak dengan menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal, GCS 12 (E3V4M5), TD : 88/44 mmHg, N : 123x/mnt, S : 39,5 °C, P : 36x/mnt, SPO₂ : 88%.

3) Riwayat Penyakit yang Pernah Dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi dan asma dan tidak memiliki alergi obat atau makanan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan dalam keluarga yaitu diabetes mellitus maupun hipertensi

5) Pemeriksaan Fisik

- a) Kebersihan rambut : Tampak rambut bersih dan beruban
- b) Kulit kepala : Tampak kulit kepala bersih
- c) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih dan tidak ada lesi
- d) Higiene rongga mulut : Tampak mulut kotor
- e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
- f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x sehari, namun jarang mengkonsumsi sayuran-sayuran, pasien lebih banyak mengkonsumsi daging-dagingan dan goreng-gorengan. Serta pasien minum air putih dalam sehari hanya 3-4 gelas saja, pasien lebih suka mengkonsumsi teh saat pagi dan sore hari.

2) Keadaan Sejak Sakit

Sejak di rumah sakit pasien diberikan makan lewat NGT. Adapun nutrisi yang diberikan yaitu susu peptisol 3x100 cc, bubur blender 3x100 cc, dan air putih sebanyak 180cc. Total intake yang didapatkan 780cc/24 jam dan cairan infus NaCl 1.500 cc/24 jam

3) Observasi

Tampak terpasang ngt nomor 14 fr, tampak terpasang cairan NaCl 0,9% 20 tpm.

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan rambut : Tampak kotor
- b) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema
- c) Hidung : Tampak tidak ada polip
- d) Rongga mulut : Tampak kotor
- e) Gigi : Tampak tidak utuh
- f) Kemampuan mengunyah keras : Tidak dikaji
- g) Lidah : Tampak kotor
- h) Pharing : Tidak ada peradangan
- i) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
- j) Kelenjar parotis : Tidak ada pemebesaran
- k) Abdomen :
 - Inspeksi : Tampak simetris
 - Auskultasi : Bising usus 15x/mnt
 - Palpasi : Tidak dikaji
 - Perkusi : Bunyi thympani

l) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan Sebelum Sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

2) Keadaan Sejak Sakit

Sejak di rumah sakit pasien terpasang kateter dan pampers. Dimana pengeluaran urine pasien 90cc/8 jam dengan warna urine kuning keruh.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan folley kateter hari pertama, ukuran kateter yang digunakan adalah 16fr.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Palpasi kandung kemih : Kosong

b) Nyeri ketuk ginjal : Negatif

c) Mulut uretra : Tampak kotor

d) Anus :

- Peradangan : tidak ada
- Hemoroid : tidak ada
- Fistula : tidak ada

d. Pola Aktivitas Dan Latihan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien menjalankan aktivitsanya dengan baik. Keluarga pasien mengatakan pasien sebagai ibu rumah tangga yang rajin membersihkan rumah, memasak, dan mengurus anak serta cucunya. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah olahraga hanya saja setiap pagi pasien ke pasar dengan berjalan kaki.

2) Keadaan Sejak Sakit

Sejak di rumah sakit pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur dan semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat.

3) Observasi

a) Aktivitas Harian

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 2
- Mobilisasi di tempat tidur : 2

0 : mandiri
 1 : bantuan dengan alat
 2 : bantuan orang
 3 : bantuan alat dan orang
 4 : bantuan penuh

- b) Postur tubuh : Tegap
- c) Gaya jalan : Tidak dikaji
- d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- e) Fiksasi : Tidak tampak adanya fiksasi
- f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan Fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 88/44 mmHg

Duduk : -

Berdiri : -

b) HR : 123x/mnt

c) Kulit :

Keringat dingin : tidak teraba keringat dingin

Basah : tampak kulit pasien kering

d) Jantung

- Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi

Ictus cordis : Tidak tampak

- Perkusi
 - Batas atas jantung : ICS 2 Linea Sternalis Sinistra
 - Batas bawah jantung : ICS 5 Midclavicula Dextra
 - Batas kanan jantung : ICS 3 Linea Sternalis Dextra
 - Batas kiri jantung : Linea midclavikularis Sinistra
- Auskultasi
 - Bunyi jantung II A : ICS 2 Linea Sternalis Dextra, Tunggal
 - Bunyi jantung II P : ICS 2 Linea Sternalis Sinistra, Tunggal
 - Bunyi jantung I T : ICS 4 Linea Sternalis Sinistra, Tunggal
- Bunyi jantung I M : ICS 5 Midclavivula Dextra, Tunggal
- Bunyi jantung III irama gallop : tidak terdengar
- Murmur : Tidak ada
- Bruit : Aorta : Tidak ada
 - A. Renalis : Tidak ada
 - A. Femoralis : Tidak ada

e) Lengan dan Tungkai

- Atrofi otot : Negatif
- Rentang gerak :
 - Kaku sendi : Tidak ada
 - Nyeri sendi : Tidak ada
 - Parese : Tidak ada
 - Paralisis : Tidak ada
- Uji kekuatan otot : Tidak dikaji
- Clubing jari-jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada

f) Columna vetebralis

- Inspeksi : -
- Palpasi : -
- Kaku kuduk : Tidak dikaji

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum pasien sakit tidak ada masalah pada istirahat dan tidur pasien. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur mulai jam 22:00 wita dan bangun jam 05.00 wita.

2) Keadaan sejak sakit

Sejak dirumah sakit tampak pasien mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Banyak menguap : Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki gangguan seperti penglihatan, pengecapan dan pendengaran. Keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak memiliki gangguan terhadap proses berpikir.

2) Keadaan Sejak Sakit

Sejak dirumah sakit pasien mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien gelisah.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Penglihatan

- Kornea : Tampak jernih
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO) : Tidak ada glukoma

b) Pendengaran

- Pina : Tampak simetris kiri kanan

- Kanalis : Tampak tidak ada cairan, tidak ada lesi atau luka dan tampak bersih
- Membran timpani : tampak utuh dan memantulkan cahaya

g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan Sebelum Sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

2) Keadaan Sejak Sakit

Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

a) Kontak mata : Tidak ada

b) Rentang perhatian : Tidak baik

c) Suara dan cara bicara : Tidak ada

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh : normal

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama anaknya karena pasien sudah menjadi janda sejak 5 tahun yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki tanggungan kepada orang lain.

2) Keadaan Sejak Sakit

Hubungan pasien dengan keluarga terjalin dengan baik, karena keluarga secara bergantian menjaga pasien.

3) Observasi

Tampak keluarga pasien selalu mengunjungi pasien ketika jam besuk.

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan saat ini pasien berusia 73 tahun.

2) Keadaan Sejak Sakit

Tidak dikaji

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan Sebelum Sakit

Tidak dikaji.

2) Keadaan Sejak Sakit

Sejak sakit pasien hanya terbaring dan tidak memberikan respon.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama islam dan sering sholat 5 waktu dan juga sering mengikuti kegiatan di masjid.

2) Keadaan Sejak Sakit

Sejak dirumah sakit keluarga sering melatunkan ayat-ayat Alquran.

3) Observasi

Tampak keluarga memutar ayat-ayat Alquran dari *handphone* dan meletakkannya di samping telinga pasien.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Foto Thorax

Kesan : Pneumonia Bilateral

b. Pemeriksaan Darah Rutin

Parameter		Result	Unit	Ref. Range
WBC	H	21.19	$10^3/uL$	4.00-10.00
Neu#	H	18.38	$10^3/uL$	2.00-7.00
Lym#		1.13	$10^3/uL$	0.80-4.00
Mon#	H	1.08	$10^3/uL$	0.12-0.80
Eos#	H	0.55	$10^3/uL$	0.02-0.50
Bas#		0.05	$10^3/uL$	0.00-0.10
Neu%	H	86.8	%	50.0-70.0
Lym%	L	5.3	%	20.0-40.0
Mon%		5.1	%	3.0-12.0
Eos%		2.6	%	0.5-5.0
Bas%		0.2	%	0.0-1.0
RBC	L	3.40	$10^6/uL$	3.50-5.00
HGB	L	10.3	g/dL	11.0-15.0
HCT	L	28.3	%	37.0-54.0
MCV		83.4	fL	80.0-100.0
MCH		30.2	Pg	27.0-34.0
MCHC	H	36.2	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV		13.0	%	11.0-16.0
RDW-SD		45.8	fL	35.0-56.0
PLT		400	$10^3/uL$	150-400
MPV		7.6	fL	6.5-12.0
PDW	H	17.4		9.0-17.0
PCT	L	0.030	%	0.108-0.282

6. Diagnosa Keperawatan Sekunder

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien sesak sudah 1 minggu yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah batuk sejak 2 hari sebelum ke RS DO : - Tampak pasien sesak - Tampak pasien menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal - Tampak pasien batuk - Tampak sputum berwarna kuning kehijauan - Terdengar bunyi napas tambahan ronchi - RR : 36 x/mnt - SPO2 : 88% - Hasil foto thorax : Pneumonia bilateral	Hambatan Upaya Napas	Pola Napas Tidak Efektif
2.	DS : - DO : - Tampak membran mukosa kering - Turgor kulit jelek	Evaporasi	Hipovolemia

	<ul style="list-style-type: none"> - CRT >3 detik - Tekanan darah menurun : 88/44 mmHg - Frekuensi nadi meningkat : 123 x/mnt - Volume urin menurun 90 cc/8 jam - Gambaran EKG : sinus takikardia 		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien demam sejak dua hari sebelum di bawa ke RS <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat - Tampak pasien takikardia : 123 x/mnt - Suhu tubuh meningkat 39,5 °C - WBC (H) 21.19 10³uL 	Proses Penyakit	Hipertermia
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat. - Keluarga pasien mengatakan pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur 	Kelemahan	Defisit Perawatan Diri

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak kebutuhan harian pasien seperti makan, mandi, pakaian, kerapihan, BAK, BAB di bantu oleh perawat		
--	---	--	--

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan (D.0005)
2.	Hipovolemia berhubungan dengan evapulasi dibuktikan dengan frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, suhu tubuh meningkat (D.0023)
3.	Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal, takikardi (D.0130)
4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet (D.0109)

INTERVENSI KEPERAWATAN

No.	SDKI	SLKI	SIKI
			Meliputi : Observatif, Terapeutik, Edukatif dan Kolaborasi
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan (D.0005)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka, diharapkan Pola Napas Membaik (L.01004) dengan kriteria hasil : a. Dispnea cukup menurun b. Penggunaan otot bantu napas cukup menurun c. Frekuensi napas cukup membaik	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01012)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor pola napas b. Monitor bunyi napas tambahan c. Monitor sputum <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Posisikan semi flower atau fowler (EBN) (Muhsinin & Kusumawardani, 2019 ; Sari et al., 2022 ; Mulati et al., 2023) b. Berikan oksigen (<i>non rebreathing mask</i>) <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian bronkodilator (combivent 1 tube/8 jam/inhalasi), mukolitik (acetylcysteine 3x1 tablet/NGT)</p> <p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor saturasi oksigen b. Monitor hasil x-ray thoraks <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Atur interval pemantauan

			<p>respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>b. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>
2.	<p>Hipovolemia berhubungan dengan evaporasi dibuktikan dengan frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, suhu tubuh meningkat (D.0023)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka, diharapkan Status Cairan Membaik (L.03028) dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Turgor kulit cukup meningkat</p> <p>b. Output urin cukup meningkat</p> <p>c. Frekuensi nadi cukup membaik</p> <p>d. Tekanan darah cukup membaik</p> <p>e. Membran mukosa cukup membaik</p>	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, lemah)</p> <p>b. Monitor intake dan output cairan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Hitung kebutuhan cairan</p> <p>b. Berikan asupan cairan oral</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl 0,9% 20tpm)</p> <p>Pencegahan Syok (I.02068)</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil</p> <p>Manajemen Aritmia (I.02035)</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi pemberian antiaritmia (amiodarone)</p>

			360mg/6 jam/SP (3 cc/jam ; vascon 0,03 mcg/kgBB/SP (1,35 cc/jam)
3.	Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal, takikardi (D.0130)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka, diharapkan Termoregulasi Membaik (L.14134) dengan kriteria hasil : a. Pucat cukup menurun b. Takikardia cukup menurun c. Suhu tubuh cukup membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) <i>Observasi</i> a. Identifikasi penyebab hipertermia (mis, dehidrasi) b. Monitor suhu tubuh <i>Terapeutik</i> a. Sediakan lingkungan yang dingin b. Longgarkan atau lepaskan pakaian Regulasi Temperatur (I.14578) <i>Terapeutik</i> Tingkatan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat <i>Kolaborasi</i> Kolaborasi pemberian antipiretik (pct 1 gr/12 jam/IV) dan antibiotik (anbacim 1gr/12 jam/IV, cefoperazone 1gr/12 jam/IV)
4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/menggunakan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka, diharapkan Perawatan Diri Meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil : a. Kemampuan mandi	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) <i>Observasi</i> Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan makan <i>Terapeutik</i> a. Sediakan lingkungan yang

	<p>pakaian/makan/ke toilet (D.0109)</p>	<p>sedang</p> <p>b. Kemampuan makan sedang</p> <p>c. Kemampuan mengenakan pakaian sedang</p>	<p>terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>b. Siapkan keperluan pribadi</p> <p>c. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>Dukungan Perawatan Diri : BAB/BAK (I.11349)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>Sediakan alat bantu (kateter)</p> <p>Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian (I.11351)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Lakukan oral hygiene</p> <p>b. Berikan bantuan saat makan/minum melalui NGT</p> <p>Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Fasilitasi mandi</p> <p>b. Berikan bantuan saat mandi</p>
--	---	--	---

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tgl	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
06 Mei 2024	I	06:30	Memonitor pola napas Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - Tampak pasien menggunakan otot bantu napas, retraksi intrakostal - SPO2 : 88% - RR : 24x/mnt 	Anastasia Dita Juwita
	I	06:38	Memberikan oksigen Hasil : tampak pasien diberikan oksigen NRM 12L/mnt	
	I	06:23	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronkhi	
	I	06:28	Memberikan posisi semi flower Hasil : tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	
	II	06:35	Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Kualitatif : Apatis - Kuantitatif (GCS) 	

			<p>E : 3 V : 4 M : 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reaksi pupil kiri dan kanan ada 	
	II	06:45	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak membran mukosa kering - Turgor kulit menurun - CRT >3 detik - TD : 88/59 mmHg - HR : 119x/mnt 	
	II	06:50	<p>Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl 0,9% 20 tpm)</p> <p>Hasil : saat pemberian cairan tidak ada udara dalam selang infus dan infus menetes dengan baik</p>	
	IV	07:30	<p>Melakukan personal hygiene dan oral hygiene pada pasien</p> <p>Hasil : setelah dilakukan personal hygiene dan oral hygiene pasien tampak lebih bersih.</p>	
	I	09:00	<p>Memonitor sputum</p> <p>Hasil : Tampak sputum berwarna kuning kehijauan</p>	

	I	09:15	Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator (combivent 1 tube/inhalasi) Hasil : setelah pemberian bronkodilator pasien masih tampak sesak	
	II	09:30	Memonitor hasil x-ray thoraks Hasil : hasil foto thorax kesannya Pneumonia Bilateral	
	I	10:00	Memonitor saturasi oksigen Hasil : tampak setelah pemberian oksigen dan posisi <i>semi fowler</i> saturasi pasien 98%	
	IV	10:15	Memberikan bantuan saat makan/minum melalui NGT (pemberian susu peptisol 100cc, air putih 30cc) Hasil : saat pemberian makan melalui NGT, makanan masuk dengan lancar dan tidak ada kendala saat pemberian makan	
	II	10:30	Melakukan kolaborasi pemberian antiaritmia (vascon 0,03 mcg/kgBB/SP (1,35 cc/jam), amiodarone 360mg/6 jam/SP (3 cc/jam)	

			<p>Hasil : tampak tekanan darah masih menurun dan tekanan nadi meningkat</p>	
	IV	13:00	<p>Memberikan bantuan saat makan/minum melalui NGT (pemberian bubur blender 100cc, air putih 30cc)</p> <p>Hasil : saat pemberian makan melalui NGT, makanan masuk dengan lancar dan tidak ada kendala saat pemberian makan</p>	
	I	13:00	<p>Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik (acetylcysteine 3x1/NGT)</p> <p>Hasil : setelah pemberian mukolitik tampak pasien masih batuk dan belum mampu batuk efektif</p>	
	II	13:30	<p>Menghitung kebutuhan cairan pasien</p> <p>Hasil : 30 cc/kg BB/24 jam</p> $= 30 \times 60$ $= 1.800 \text{ cc}/24 \text{ jam}$ $= 1.800 : 24$ $= 75 \text{ cc}/\text{jam}$	
	III	13:45	<p>Memonitor suhu tubuh</p> <p>Hasil : suhu tubuh pasien 39°</p>	
	II	14:00	<p>Memonitor intake dan output cairan dan menghitung kebutuhan cairan</p>	

			<p>Hasil :</p> <p>Intake : NaCl 500cc NGT 260cc Vascon 1,35cc/jam x 8 jam = 10,8cc/8 jam Amiodarone 3cc/jam x 8 jam = 24cc/8 jam Total intake : 794,8 cc/8 jam</p> <p>Output : urine 100cc/8 jam</p> <p>IWL : $(10 \times \text{BB}) / 24$ $(10 \times 60) / 24 = 25 \times 8 \text{ jam}$ = 200 cc</p> <p>IWL Demam $\text{IWL} + 200 \times (39 - 36,8)$ $200 + 200 \times (2,2)$ 880 cc</p> <p>Balance : Intake – (Output + IWL) = $794,8 - (100 + 880)$ = $794,8 - (980)$ = -185,2 cc</p>	
07 Mei 2024	II	14:00	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 100/65 mmHg - HR : 119 x/mnt - Tampak membran mukosa pasien kering - Turgor kulit menurun - CRT >3 detik 	Anastasia Dita Juwita

	II	14:05	<p>Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kualitatif : Apatis - Kuantitatif (GCS) <ul style="list-style-type: none"> E : 3 V : 4 M : 5 - Reaksi pupil kiri dan kanan ada 	
	I	14:10	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien menggunakan otot bantu napas, retraksi interkostal - P : 24 x/mnt 	
	I	14:15	<p>Memberikan posisi <i>semi fowler</i></p> <p>Hasil : tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan</p>	
	III	14:20	<p>Mengidentifikasi penyebab hipertermia</p> <p>Hasil : penyebab pasien hipertermia karena dehidrasi dan infeksi</p>	
	I	14:30	<p>Memonitor bunyi napas tambahan</p> <p>Hasil : bunyi napas tambahan ronkhi</p>	

	I	15:00	Memberikan oksigen Hasil : tampak pasien menggunakan NRM 12L/mnt	
	II	15:05	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl 0,9% 20 tpm) Hasil : tetesan infus mengalir dengan lancar dan tidak ada udara dalam selang infus	
	IV	16:00	Melakukan pemberian bantuan makan dan minum melalui NGT (susu pepthisol 100cc, air putih 30cc) Hasil : saat pemberian makan melalui NGT, makanan masuk dengan lancar dan tidak ada kendala saat pemberian makan	
	I	16:05	Memonitor saturasi oksigen Hasil : tampak setelah pemberian oksigen dan posisi <i>semi fowler</i> saturasi pasien 99%	
	III	17:00	Memonitor suhu tubuh Hasil : 38 °C	
	I,III	18:00	Kolaborasi pemberian bronkodilator (combivent 1 tube/8 jam/inhalasi), antipiretik (pct 1 gr/12 jam/IV) dan antibiotik (anbacim 1gr/12 jam/IV,	

			cefoperazone 1gr/12 jam/IV) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Setelah diberikan bronkodilator pasien masih tampak sesak dan belum mampu batuk efektif. - Setelah diberikan antipiretik, demam pasien belum menurun. 	
	IV	19:00	Memberikan bantuan makan/minum melalui NGT (pemberian bubur blender 100cc, air putih 30cc) Hasil : saat pemberian makan melalui NGT, makanan masuk dengan lancar dan tidak ada kendala saat pemberian makan	
	I	19:00	Kolaborasi pemberian mukolitik (acetylcysteine 3x1 tab/NGT) Hasil : setelah pemberian mukolitik tampak pasien masih batuk dan belum mampu batuk efektif	
	I	20:00	Momonitor sputum Hasil : tampak sputum berwarna kuning kehijauan	

	II	20:30	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>Intake : NaCl 500cc NGT 270cc Obat 2cc Total intake : 772 cc/8 jam</p> <p>Output : urine 200cc/8 jam</p> <p>IWL : $(10 \times \text{BB}) / 24$ $(10 \times 60) / 24 = 25 \times 8 \text{ jam}$ = 200</p> <p>IWL Demam $\text{IWL} + 200 \times (38 - 36,8)$ $200 + 200 \times (1,2)$ 480 cc</p> <p>Balance : Intake – (Output + IWL) = $772 - (200 + 480)$ = $772 - (680)$ = 92 cc</p>	
08 Mei 2024	II	14:00	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 121/62 mmHg - HR : 86 x/mnt - Tampak membran mukosa pasien kering - CRT >3 detik 	Anastasia Dita Juwita
	III	14:10	<p>Memonitor suhu tubuh</p> <p>Hasil : 36,6 °C</p>	

	I	14:15	Memonitor pola napas Hasil : 17x/mnt	
	I	14:30	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : bunyi napas vesikuler (normal)	
	I	15:00	Memberikan posisi <i>semi fowler</i> Hasil : tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	
	I	15:30	Momonitor sputum Hasil : tampak sputum berwarna bening	
	I	16:00	Memberikan oksigen Hasil : tampak pasien menggunakan nasal kanul 5L/mnt	
	II	16:05	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl 0,9% 20 tpm) Hasil : tetesan infus lancar	
	IV	16:15	Melakukan bantuan pemberian makan/minum lewat NGT (susu pepthisol 100cc, air putih 30cc) Hasil : saat pemberian makan melalui NGT, makanan masuk dengan lancar dan tidak ada kendala saat pemberian makan	

	I	17:00	Memonitor saturasi oksigen Hasil : setelah pemberian posisi <i>semi fowler</i> saturasi oksigen menjadi 100%	
	I, III	19:00	Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator (combivent 1 tube/8 jam/inhalasi), antipiretik (pct 1 gr/12 jam/IV), antibiotik (anbacim 1gr/12 jam/IV, cefoperazone 1gr/12 jam/IV) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Setelah diberikan bronkodilator tampak sesak pasien mulai berkurang. - Setelah diberikan antipiretik, demam pasien mulai menurun. 	
	IV	19:30	Melakukan bantuan pemberian makan/minum lewat NGT (bubur blender 100cc, air putih 30cc) Hasil : saat pemberian makan melalui NGT, makanan masuk dengan lancar dan tidak ada kendala saat pemberian makan	
	I	19:30	Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik (acetylcysteine 3x1 tab/NGT) Hasil : tampak pasien masih batuk sesekali	

	II	20:30	Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : NaCl 500 cc NGT 270cc Obat 2cc Total intake : 772 cc/8 jam Output : urine 300cc/8 jam IWL : (10 x BB) / 24 (10 x 60) / 24 = 25 x 8 jam = 200 Balance : Intake – (Output + IWL) = 772 – (300 + 200) = 772 – (500) = 272 cc/jam	
--	----	-------	--	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Tgl	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
06 Mei 2024	<p>Dx 1 : Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih sesak - Tampak pasien batuk dengan sputum berwarna kuning kehijauan - Tampak pasien menggunakan NRM 12 L/mnt - Tampak pasien menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal - Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi - P : 24 x/mnt - SpO₂ : 98% <p>A : Pola napas belum membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen jalan napas - Pemantauan respirasi <p>Dx 2 : Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan Intake Cairan</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak membran mukosa pasien kering - Turgor kulit menurun - Turgor kulit menurun - CRT >3 detik - TD : 88/59 mmHg 	Anastasia Dita Juwita

	<ul style="list-style-type: none"> - N : 119 x/mnt - Tingkat kesadaran Kualitatif : Apatis Kuantitatif (GCS) E : 3 V : 4 M : 5 - Balance cairan : Intake – (Output + IWL) = 794,8 – (100 + 880) = 794,8 – (980) = -185,2 cc <p>A : Status cairan belum membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipovolemia - Pencegahan syok - Manajemen aritmia <p>Dx 3 : Hipertermia berhubungan dengan Proses Infeksi</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih pucat - Kulit teraba hangat - S : 37,9 °C - N : 119 x/mnt <p>A : Termoregulasi belum membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipertermia - Regulasi temperatur 	
--	---	--

	<p>Dx 4 : Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pemenuhan kebersihan diri dan mulut pasien dalam bantuan penuh - Tampak pemenuhan makan pasien dalam bantuan penuh <p>A : Perawatan diri belum meningkat</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan perawatan diri - Dukungan perawatan diri BAB/BAK - Dukungan perawatan diri berpakaian - Dukungan perawatan diri mandi 	
07 Mei 2024	<p>Dx 1 : Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk berlendir dengan sputum berwarna kuning kehijauan - Tampak pasien menggunakan NRM 12 L/mnt - Tampak pasien menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal - Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi - P : 24 x/mnt - SpO₂ : 99% <p>A : Pola napas belum membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen jalan napas 	Anastasia Dita Juwita

	<ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan respirasi <p>Dx 2 : Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan Intake Cairan</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak membran mukosa kering - Tampak pengeluaran urine sedikit 300cc/8 jam - Turgor kulit menurun - CRT >3 detik - TD : 100/65 mmHg - N : 119 x/mnt - Tingkat kesadaran <p>Kualitatif : Apatis</p> <p>Kuantitatif (GCS)</p> <p>E : 3</p> <p>V : 4</p> <p>M : 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balance cairan : Intake – (Output + IWL) $= 772 - (200 + 480)$ $= 772 - (680)$ $= 92 \text{ cc}$ <p>A : Status cairan belum membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipovolemia - Pencegahan syok - Pemantauan aritmia 	
--	---	--

	<p>Dx 3 : Hipertermia berhubungan dengan Proses Infeksi</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih pucat - Kulit teraba hangat - S : 38 °C - N : 119 x/mnt <p>A : Termoregulasi belum membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipertermia - Regulasi temperatur <p>Dx 4 : Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pemenuhan kebersihan diri dan mulut pasien dalam bantuan penuh - Tampak pemenuhan makan pasien dalam bantuan penuh <p>A : Perawatan diri belum meningkat</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan perawatan diri - Dukungan perawatan diri BAB/BAK - Dukungan perawatan diri berpakaian - Dukungan perawatan diri mandi 	
08 Mei 2024	<p>Dx 1 : Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas</p> <p>S : -</p>	Anastasia Dita Juwita

<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak sesak pasien sudah berkurang- Terdengar bunyi napas normal (vesikuler)- Tampak sputum berwarna bening- Tampak pasien menggunakan nasal kanul 5L/m- P : 17 x/mnt- SPO₂ : 100% <p>A : Pola napas membaik</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Dx 2 : Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan Intake Cairan</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak membran mukosa pasien kering- Tampak pengeluaran urine 300cc/8 jam- CRT >3 detik- TD : 121/62 mmHg- N : 86 x/mnt- Balance cairan : Intake – (Output + IWL) = 772 – (300 + 200) = 772 – (500) = 272 cc/jam <p>A : Status cairan belum membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none">- Manajemen hipovolemia- Pencegahan syok- Pemantauan aritmia	
---	--

	<p>Dx 3 : Hipertermia berhubungan dengan Proses Infeksi</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- S : 36,6 °C- N : 86 x/mnt <p>A : Termoregulasi membaik</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Dx 4 : Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak pemenuhan kebersihan diri dan mulut pasien dalam bantuan penuh- Tampak pemenuhan makan pasien dalam bantuan penuh <p>A : Perawatan diri belum meningkat</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none">- Dukungan perawatan diri- Dukungan perawatan diri BAB/BAK- Dukungan perawatan diri berpakaian- Dukungan perawatan diri mandi	
--	--	--

DAFTAR OBAT

A. Obat 1

1. Nama obat : Amiodarone
2. Klasifikasi/golongan obat : Antiaritmia
3. Dosis umum : 5 mg/kgBB selama 20–120 menit.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3 cc/jam
5. Cara pemberian obat : obat ini diberikan melalui infus menggunakan *syringe pump*
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : untuk mengatasi beberapa jenis gangguan irama jantung yang serius, seperti takikardia supraventrikular atau fibrilasi atrial. Obat ini bekerja menghambat sinyal elektrik yang menyebabkan jantung berdetak secara tidak normal. Dengan begitu, irama denyut jantung bisa teratur kembali.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami takikardia.
8. Kontraindikasi : syok kardiogenik, *sick sinus syndrome*, AV blok derajat dua atau tiga, serta bradikardia yang menyebabkan sinkop.
9. Efek samping obat : toksisitas paru, cedera hati, perburukan aritmia, gangguan penglihatan, abnormalitas tiroid, bradikardia, neuropati perifer, fotosensitifitas, dan perubahan warna kulit

B. Obat 2

1. Nama obat : vascon
2. Klasifikasi/golongan obat : obat keras. Vascon menjadi salah satu merek dagang untuk obat norepinephrine.
3. Dosis umum : 8-12 mcg per menit
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1,35 cc/jam
5. Cara pemberian obat : obat ini diberikan melalui infus menggunakan *syringe pump*
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : vascon berfungsi untuk meningkatkan tekanan darah yang diindikasikan pada pasien yang menderita tekanan darah rendah akut (hipotensi akut). Vascon bekerja dengan cara menyempitkan pembuluh darah sehingga dapat meningkatkan tekanan darah dan kadar gula didalam darah.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami penurunan tekanan darah (hipotensi).
8. Kontraindikasi : kontraindikasi absolut adalah pada pasien yang mengalami reaksi hipersensitivitas terhadap norepinephrine atau komponennya. Kontraindikasi lain adalah pada wanita hamil, hipotensi karena defisit volume darah, trombosis vaskular perifer kecuali untuk prosedur penyelamatan nyawa serta penggunaan bersamaan dengan beberapa anestesi umum seperti kloroform, trikloretilen, siklopropana dan halothane.
9. Efek samping obat : rasa seperti terbakar, sakit, perubahan warna, iritasi, dan perubahan kulit tempat masuknya obat.

C. Obat 3

1. Nama obat : combivent
2. Klasifikasi/golongan obat : antiasma/bronkodilator.
3. Dosis umum : 3-4 kali sehari (1-2 hirupan)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 tube/inhalasi nebulizer
5. Cara pemberian obat : diuapkan menggunakan alat nebulizer, kemudian dihirup
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : fungsi obat untuk meredakan dan mencegah munculnya gejala sesak napas atau mengi akibat penyempitan saluran pernapasan. Mekanisme kerja combivent dengan cara melebarkan brinkus dan melepaskan otot-otot saluran pernapasan, sehingga aliran udara ke paru-paru akan meningkat
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami sesak napas, terdengar suara napas *ronchi*, serta terdapat sputum yang sulit dikeluarkan.
8. Kontraindikasi : hipersensitivitas, obstruktif, hipertrofi, takiaritmia
9. Efek samping obat : efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah sakit kepala, iritasi tenggorokan, batuk, mulut kering, mual, muntah, diare.

D. Obat 4

1. Nama obat : acetylcysteine
2. Klasifikasi/golongan obat : mukolitik.
3. Dosis umum : 3x1 (200 mg)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1/NGT
5. Cara pemberian obat : obat diberikan melalui selang NGT bersama makanan yang diberikan pasien/
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : acetylcysteine bekerja dengan cara mengurai protein pada dahak sehingga dahak menjadi lebih encer dan lebih mudah dikeluarkan saat batuk. Berfungsi untuk mengencerkan dahak.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami batuk berlendir.
8. Kontraindikasi : kontraindikasi penggunaan acetylcysteine atau asetilsistein antidot adalah riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini,
9. Efek samping obat : mual, muntah, demam, ruam kulit, sakit maag.

E. Obat 5

1. Nama obat : paracetamol
2. Klasifikasi/golongan obat : antipiretik.
3. Dosis umum : 1000 mg/pemberian, interval minimal 4 jam, dosis maksimal 4 gr/hari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr
5. Cara pemberian obat : obat diberikan melalui intravena (drips)
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : cara kerja paracetamol yaitu dengan menghambat prostaglandin, mediator atau zat kimia tubuh dan berfungsi untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien peningkatan suhu tubuh
8. Kontraindikasi : hipersensitif dan gangguan hati berat.
9. Efek samping obat : malaise, kenaikan kadar transaminase, ruam, reaksi hipersensitif, hepatotoksik (overdosis).

F. Terapi infus NaCl 0,9% 500 cc 20 tpm

G. Terapi oksigen NRM 12L/mt

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dengan kasus nyata dari penerapan asuhan keperawatan kritis di ruang ICU pada Ny. "M" usia 73 dengan kasus Pneumonia Bilateral di ruang *intensive care unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar yang dilakukan dari tanggal 22 April – 12 Mei 2024.

Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu hasil foto thorax. Dari pengkajian yang dilakukan pada Ny. M diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit pada tanggal 05 Mei 2024 dengan keluhan sesak napas. Saat dilakukan pengkajian didapatkan diagnosa medik Pneumonia Bilateral. Saat pengkajian didapatkan tampak pasien sesak, menggunakan retraksi intrerkostal, tampak pasien lemas ditempat tidur, adanya sputum berwarna kuning kehijauan, pasien demam, terdengar bunyi napas tambahan ronchi, GCS (E3V4M5) kesadaran apatis.

Pada pasien pneumonia sesak terjadi diakibatkan oleh adanya agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi) dan aspirasi substansi asing yang berupa eksudat (cairan) dan konsolidasi (bercak berawan dalam paru-paru), sehingga didapatkan tanda dan gejala antara lain sesak, batuk disertai dahak berwarna putih encer kemudian berubah menjadi kekuningan, demam disertai menggigil,

pemeriksaan auskultasi paru didapatkan suara napas ronkhi di basal kedua paru, penurunan kesadaran, pemeriksaan laboratorium tampak peningkatan leukosit, pemeriksaan thoraks (Dwi et al., 2023).

Pada kasus ini ditemukan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan kesadaran apatis dan GCS 12 (E3V4M5). Menurut Shell (2020) pasien dengan pneumonia mengalami penurunan kesadaran diakibatkan dari respon inflamasi dari penyakit pneumonia. Di mana akibat dari respon inflamasi menyebabkan peningkatan aliran permeabilitas kapiler sehingga bakteremia masuk ke pembuluh darah otak, lalu menyerang lapisan meningen dan sistem saraf di otak yang membuat fungsi dan kerja sistem saraf menjadi terganggu sehingga pasien akan mengalami penurunan kesadaran.

Pasien juga mengalami hipovolemia dengan tanda dan gejala seperti frekuensi nadi meningkat, TD menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun. Penyebab dari hipovolemia adalah kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, dan evaporasi. Menurut Fadlilah et al, (2020) hipovolemia terjadi saat jumlah darah dan cairan di dalam tubuh berkurang secara drastis. Faktor risiko hipovolemia terdiri dari keadaan yang menyebabkan asupan cairan terganggu dan peningkatan pengeluaran cairan tubuh. Yang pertama peningkatan ekskresi air melalui kulit seperti pada keadaan panas, aktivitas fisik berat, luka bakar, atau penyakit kulit. Kedua, peningkatan ekskresi air melalui ginjal, seperti pemberian terapi diuretik, penyakit ginjal akut atau kronik, penyakit addison, hiperglikemia, dan hiperaldosteronisme. Ketiga, peningkatan ekskresi air melalui saluran pencernaan, seperti muntah, diare, terapi pencahar, dan fistula. Dan yang keempat peningkatan *insensible water loss*, seperti pada keadaan sepsis, penyakit paru obstruktif kronik, dan pernapasan

yang cepat. Dari penjelasan tersebut peneliti menyimpulkan penyebab pasien pneumonia mengalami hipovolemia akibat dari peningkatan *insensible water loss*. Pada kasus juga didapatkan tekanan darah pasien 88/44 mmHg. Menurut Fadlilah et al, (2020) hipotensi adalah keadaan tekanan arteri sistolik <90 mmHg, atau tekanan diastolik <60 mmHg yang terjadi ketika otak tidak mendapatkan aliran darah yang cukup. Penyebab pasien mengalami hipotensi dikarenakan banyak kehilangan cairan atau *water loss*. Sehingga dari penjelasan tersebut peneliti menyimpulkan penyebab pasien pneumonia mengalami hipovolemia akibat dari peningkatan *insensible water loss*.

Pada kasus pasien mengalami peningkatan suhu tubuh yang diakibatkan oleh bakteri, di mana pada pemeriksaan laboratorium didapatkan peningkatan leukosit yaitu $21.19 \times 10^3/uL$. Menurut Prat & Lacoma, (2016) pasien dengan pneumonia terjadi peningkatan suhu tubuh akibat dari bakteri yang mengiritasi saluran pernapasan sehingga saluran pernapasan bawah menjadi infeksi dan terjadinya peradangan sehingga terjadilah hipertermia dengan pemeriksaan penunjang didapatkan leukositosis.

Dari hasil pengkajian tersebut penulis menarik kesimpulan bahwa tanda dan gejala yang dialami oleh pasien Ny. M dengan pneumonia bilateral di ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar sama dengan tanda dan gejala berdasarkan teori.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan pada Ny. M sesuai SDKI, yaitu :

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

Peneliti mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala tampak pasien sesak, tampak pasien menggunakan otot

bantu napas retraksi interkostal, tampak pasien batuk disertai dahak berwarna kuning kehijauan, terdengar bunyi napas tambahan ronchi, RR : 36 x/mnt, SPO₂ : 88%.

Berdasarkan data-data diatas menunjukkan 80% sudah memenuhi tanda dan gejala mayor SDKI.

b. Hipovolemia berhubungan dengan evaporasi

Peneliti mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala tampak membran mukosa pasien kering, turgor kulit jelek, CRT >3 detik, tekanan darah menurun : 88/44 mmHg, frekuensi nadi meningkat : 123 x/mnt, volume urin menurun 90 cc/8 jam, gambaran EKG : sinus takikardia.

Berdasarkan data-data diatas menunjukkan 80% sudah memenuhi tanda dan gejala mayor SDKI.

c. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi

Peneliti mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala tampak pasien pucat, tampak pasien takikardia : 123 x/mnt, suhu tubuh meningkat 39,5 °C, WBC (H) 21.19 10³uL.

Berdasarkan data-data diatas menunjukkan 80% sudah memenuhi tanda dan gejala mayor SDKI.

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Peneliti mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala tampak kebutuhan harian pasien seperti makan, mandi, pakaian, kerapihan, BAK, BAB di bantu oleh perawat.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observasi, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif pada setiap

diagnosis perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien (SIKI PPNI, 2019).

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pada diagnosa ini penulis membuat 11 intervensi yaitu : monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan *semi flower*, berikan oksigen, pemberian bronkodilator mukolitik, monitor saturasi oksigen, monitor hasil x-ray thoraks, atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, dan jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
- b. Hipovolemia berhubungan dengan evaporasi. Pada diagnosa ini penulis membuat 7 intervensi yaitu : periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, hitung kebutuhan cairan, berikan asupan cairan oral, kolaborasi pemberian cairan IV isotonis, monitor tingkat kesadaran dan respon pupil, kolaborasi pemberian antiaritmia.
- c. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi. Pada diagnosa ini penulis membuat 6 intervensi yaitu : identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, tingkatan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat, kolaborasi pemberian antipiretik.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Pada diagnosa ini penulis membuat 9 intervensi yaitu : identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, sediakan lingkungan yang terapeutik, siapkan keperluan pribadi, fasilitasi kemandirian, sediakan alat bantu (kateter), lakukan oral hygiene, berikan bantuan saat makan/minum melalui NGT, fasilitasi mandi, berikan bantuan saat mandi.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Ny. M penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan dari 4 diagnosa keperawatan. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari, pada hari pertama dan kedua implementasi didapatkan keadaan pasien masih sama dengan keadaan saat melakukan pengkajian terutama sesak, batuk berlendir, dan masih terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada pasien, pasien masih demam dan masih menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal. Pada hari ketiga implementasi didapatkan pasien mengalami perubahan seperti sesaknya menurun, bunyi napas tambahan ronchi menjadi normal (vesikuler), serta demam pasien sudah menurun. Pada diagnosa pertama penulis memberikan posisi *semi fowler* dengan 45° sebagai penerapan *Evidence Based Nursing* yang dilaksanakan pada tanggal 06 Mei 2024 - 08 Mei 2024.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang didapatkan dari hasil implementasi yang dilakukan selama 3 hari pada Ny. M merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini didapatkan hasil sebagai berikut :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pada perawatan hari ketiga pola napas sudah membaik.

Pada pemberian posisi *semi fowler* sebagai penerapan *Evidence Based Nursing* yang dilaksanakan pada tanggal 06 Mei 2024 – 08 Mei 2024 didapatkan pengaruh pemberian posisi terhadap saturasi oksigen pasien. Pada hari pertama sebelum diberikan posisi *semi fowler* dengan 45° saturasi oksigen pasien 88% dan setelah diberikan posisi *semi fowler* saturasi oksigen pasien meningkat menjadi 98%, hari kedua saturasi oksigen

pasien setelah diberikan posisi *semi fowler* 99%, dan hari ketiga setelah pemberian posisi *semi fowler* saturasi oksigen pasien meningkat menjadi 100%

- b. Hipovolemia berhubungan dengan evaporasi. Sampai pada perawatan hari ketiga mulai membaik ditandai dengan tekanan darah pasien dalam batas normal, frekuensi nadi membaik, tetapi CRT masih >3 detik dan tampak membran mukosa pasien masih kering.
- c. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi. Sampai pada perawatan hari ketiga sudah membaik ditandai dengan suhu tubuh pasien dalam batas normal.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Sampai pada perawatan hari ketiga belum meningkat ditandai dengan dalam pemenuhan perawatan diri pasien masih sepenuhnya masih dibantu oleh perawat.

B. PEMBAHASAN PENERAPAN EBN

1. Judul EBN : Pemberian posisi *semi fowler* untuk mengurangi sesak dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan pneumonia.
2. Diagnosa keperawatan : Pola napas tidak efektif.
3. Luaran yang diharapkan : Pola napas membaik dengan kriteria hasil hasil dispnea cukup menurun, penggunaan otot bantu napas cukup menurun, frekuensi napas cukup membaik.
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Manajemen jalan napas.
5. Pembahasan tindakan keperawatan
 - a. Pengertian Tindakan

Posisi *semi fowler* adalah posisi setengah duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih ditinggikan atau dinaikkan dengan 30°-45°. Pemberian posisi *semi fowler* dapat mempertahankan kenyamanan dan untuk memfasilitasi fungsi pernapasan

dimana pemberian posisi *semi fowler* ini dapat mengurangi sesak napas karena meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga dapat meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru.

b. Tujuan/Rasional

Rasional dari pemberian posisi *semi fowler* adalah mengurangi tekanan dari abdomen dan diafragma, membuat oksigen dalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperringan kesukaran napas.

c. PICOT EBN

1) PICOT Pasien

a) P (*Population*)

Dalam penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien dengan pneumonia bilateral. Kriteria pasien kelolaan adalah pasien merasa sesak napas, menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal dengan SPO_2 : 88% dan P : 36x/mnt. Pada pengkajian didapatkan asukultasi terdengar bunyi napas tambahan ronchi pada kedua lapang paru. Hal ini yang merupakan indikasi dilakukannya intervensi keperawatan kritis dengan melakukan tindakan pemberian posisi *semi fowler* untuk membantu mengurangi sesak pada pasien.

b) I (*Intervention*)

Tindakan ini dilakukan dengan cara memberikan posisi *semi fowler* yang digunakan untuk mengurangi sesak pada pasienserta dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien.

c) C (*Comparison*)

Tidak ada intervensi pembanding dalam penelitian ini.

d) O (*Outcome*)

Didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan tindakan pemberian posisi *semi fowler*, saturasi oksigen pasien

berada di 88%, setelah dilakukan tindakan pemberian *semi fowler* meningkat 98%.

e) T (*Time*)

Intervensi dilakukan pada tanggal 06 Mei 2024 – 08 Mei 2024.

2) PICOT Berdasarkan Penelitian

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
Judul	Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Perubahan Respiratory Rate Pada Pasien Dengan Pneumonia (Muhsinin & Kusumawardani, 2019)	Pengaruh Pemberian Posisi <i>Semi Fowler</i> Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> Di Rsud Dr. Soeradji Tirtinegoro Klaten (Sari et al., 2022)	Efektivitas Posisi Pronasi Dengan Semi Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Pneumonia Di Ruang Isolasi Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih (Mulati et al., 2023)
P (<i>Population</i>)	Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang mengalami pneumonia di ruangan Ira III B RSUD Kota	Dilakukan kepada 10 responden di ruang ICU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dengan kriteria sampel merupakan	Sampel pada penelitian ini adalah seluruh responden pneumonia Covid-19 yang dirawat di ruang

	<p>Mataram, angka kejadian pneumonia di ruang rawat inap RSUD Kota Mataram pada bulan Januari sampai Februari 2018 berjumlah 120 orang, di mana sampel yang diambil peneliti adalah 9 responden.</p>	<p>pasien kritis yang dirawat di ruang ICU dan mengalami penurunan saturasi oksigen.</p>	<p>isolasi RS Islam Jakarta Cempaka Putih selama 2 bulan. Sebanyak 146 orang dari total keseluruhan pasien Covid-19 yang dirawat berjumlah 800 pasien dalam kurun waktu penelitian ini dilakukan.</p>
<p>I (<i>Intervention</i>)</p>	<p>Intervensi yang diberikan adalah posisi <i>semi fowler</i> dengan derajat kemiringan 30°-45°, dengan menggunakan gaya gravitasi untuk membantu mengembangkan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma. Keefektifan dari tindakan tersebut</p>	<p>Intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan nilai saturasi oksigen adalah dengan memposisikan pasien dalam posisi <i>semi fowler</i>. Pengamatan saturasi oksigen sebelum pemberian intervensi dilakukan selama ± 5 menit, kemudian responden</p>	<p>Rancangan ini dapat melihat saturasi oksigen sebelum dan setelah dilakukan intervensi, perubahan status oksigen pada kelompok pra dan setelah intervensi pronasi dan intervensi <i>semi fowler</i> serta faktor lain yang mempengaruhi</p>

	dapat dilihat dari <i>respiratory rate</i> yang menunjukkan angka normal yaitu 16-24x/mnt pada usia dewasa	diposisikan semi fowler 45° selama ± 30 menit, selanjutnya diobservasi kembali saturasi oksigennya dan di catat sebagai hasil dokumentasi.	saturasi oksigen pada intervensi pronasi dan intervensi semi fowler.
C (<i>Comparison</i>)	Frekuensi napas sebelum dan sesudah pemberian posisi	Pengaruh posisi semi fowler terhadap saturasi oksigen	Efektivitas posisi pronasi dan semi fowler terhadap saturasi oksigen pada pasien pneumonia
O (<i>Outcome</i>)	Penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh penerapan pemberian posisi <i>semi fowler</i> terhadap perubahan <i>respiratory rate</i> pada pneumonia.	Penelitian ini menunjukkan terdapat peningkatan nilai saturasi oksigen yang signifikan sebelum dan sesudah intervensi posisi semi fowler. Berdasarkan hasil yang didapat bahwa penerapan posisi semi fowler 45° dapat	Hasil penelitian ini menunjukkan nilai ditemukan rerata sebelum dan sesudah dilakukan posisi semi fowler adalah 95% terhadap saturasi oksigen.

		meningkatkan nilai saturasi oksigen pada pasien kritis.	
T (<i>Time</i>)	Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2019	Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2022	Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2023

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan kritis pada Ny. M dengan Pneumonia Bilateral di ruang ICU di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Dari hasil yang didapatkan pada kasus dengan diagnosa medik pneumonia bilateral, pasien mengalami sesak napas disertai dengan batuk, tampak retraksi interkostal, terdengar bunyi napas tambahan ronchi, kesadaran apatis, demam dengan tanda-tanda vital, TD 88/44 mmHg, HR 123x/mnt, RR 36x/mnt, S 39,5 °C, SPO₂ 88%.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada kasus Ny. M yaitu : pola napas tidak efektif, hipovolemia, hipertermia dan defisit perawatan diri.

3. Intervensi keperawatan

Dari rencana keperawatan yang telah penulis susun, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis, meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi, dan penyuluhan serta intervensi keperawatan berbasis *evidence based nursing* (EBN) dengan tindakan keperawatan pemberian posisi semi fowler pada pasien dengan pneumonia untuk mengurangi sesak dan meningkatkan saturasi oksigen. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan rekan mahasiswa dan perawat ruangan di ruangan ICU.

4. Implementasi

Setelah perawatan selama tiga hari bekerjasama dengan rekan mahasiswa dan perawat, semua implementasi boleh terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi

Dari hasil evaluasi yang telah dilakukan pada pasien menunjukkan bahwa pola napas sudah membaik.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditunjukkan :

1. Bagi Institusi RS

Diharapkan menjadi referensi khususnya pada perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan khususnya tindakan yang berbasis *evidence based nursing* (EBN) yaitu pemberian posisi semi fowler untuk mengurangi sesak dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan pneumonia.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan kasus ini dapat digunakan bagi peserta didik, serta sebagai referensi bagi mahasiswa keperawatan dalam menerapkan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan diagnosa medik pneumonia baik di RS maupun dilingkup masyarakat.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Penulis mengharapkan agar profesi keperawatan mampu melaksanakan asuhan keperawatan dan menerapkan intervensi yang berdasarkan *evidence based nursing* dalam merawat pasien dengan pneumonia.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, R. L., & Herlina, S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia : Study Kasus*. 2(2), 102–107.
- Alfiah, Y. (2021). Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan 2021. *Jurnal Gema Keperawatan*, 3(2), 13–21.
- Amalia, D. (2023). Bronkopneumonia. *Medika Nusantara*, 1(3), 134–145.
<https://doi.org/10.59680/medika.v1i3.403>
- Ardian, M. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Pernafasan: Bronchopneumonia Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Bougenville li Rsud Ciamis Tahun 2019*. 2507(1), 1–9.
- Daiman, Y., Saik, H., & Doyawilda, Y. (2023). *Karya Ilmiah Akhir Asuhan Keperawatan Anak Dengan Pneumonia Di Ruang Santo Yoseph Iii Rumah Sakit Stella Maris Makassar*.
- Dinkes. (2018). *Profil Kesehatan Kota Semarang 2017*.<https://semarangkota.bps.go.id/publication/2018/12/18/c8e4a9f981e39fff16470adb/profil-kesehatan-kota-semarang-2017.html>
- Dwi, M., Syarifah, M. C., Viantry, P., Damawiyah, S., & Agnovianto, Y. (2023). Pengenalan Dan Pencegahan Potensi Bakteri Penyebab. *Community Development Journal*, 4(5), 10846–10849.
- Fadlilah, S., Hamdani Rahil, N., & Lanni, F. (2020). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Tekanan Darah Dan Saturasi Oksigen Perifer (Spo2). *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada, Spo* 2, 21–30.
<https://doi.org/10.34035/jk.v11i1.408>
- Frisca, A. (2024). *Struktur Dan Fungsi Sistem Pernapasan*. Eureka Media Aksasa.
- Hidayani, W. (2020). *Pneumonia : Epidemiologi, Faktor Risiko Pada Balita*.
<https://doi.org/10.31237/osf.io/adn5z>
- Kemendes RI. (2023). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Pneumonia Pada Dewasa*. 1–65.
- Makarim. (2023). *Konsep Penyakit Bronkopneumonia*. 22–62.
- Makdalena, M., Indri. D., & Siti, N. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang*

- Masitah, S. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Bronkopneumonia Disertai Hipertermi Di Ruang Baitun Nisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.*
- Muhsinin, S. Z., & Kusumawardani, D. (2019). Pengaruh Penerapan Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Pneumonia. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 42–46.
- Mulati, S., Agreta, N., Purwati, N. H., Azzam, R., Kelamin, J., Fowler, S., & Oksigen, S. (2023). *Efektivitas Posisi Pronasi Dengan Semi Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Covid-19 Pneumonia Di Ruang Isolasi Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih.* 1–11.
- Nuryanti, A. (2021). Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah Berbasis Pola Fungsional Kesehatan Gordon. *Jurnal Edudikara*, 2(2), 3–5.
- Pambudi, R. (2023). *Asuhan Keperawatan Bronchopneumonia.* 7–38.
- Prat, C., & Lacoma, A. (2016). Bacteria in the respiratory tract—how to treat? Or do not treat? *International Journal of Infectious Diseases*, 51, 113–122. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.09.005>
- Riskedas. (2018). *Pneumonia.* <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/3514/1/Laporan%20Ris%20kesdas%202018%20Nasional.pdf>
- Safitri, R. W., & Suryani, R. L. (2022). Batuk Efektif Untuk Mengurangi Sesak Nafas Dan Sekret Pada Anak Dengan Diagnosa Bronkopneumonia. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(4), 5751–5756. <https://stp-mataram/JIP/article/download/1951/1514/>
- Sardjito, R. (2023). *Penggunaan Antibiotik dan Etiologi Pasien Pneumonia.* 12(1), 113–119.
- Sari, N. K., Hudiawati, D., & Herianto, A. (2022). Pengaruh Pemberian Posisi Semi-Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis Terpasang Ventilator Di Ruang Intensive Care Unit di RSUD dr. Soeradji Tirtinegoro Klaten. *Prosiding Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1, 30–38. <https://proceedings.ums.ac.id/index.php/semnaskep/article>
- Shell. (2020). *Faktor Yang Mempengaruhi Penurunan Saturasi Oksigen Pasien Pneumonia.*

https://repository.stikesmitrakeluarga.ac.id/repository/5.%20Rani%20Walisyah%20Harumawati_Profesi%20Ners_2023.pdf

Subanada, I. B., Putu, N., & Purniti, S. (2010). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pneumonia Bakteri pada Anak*. 12(3).

Suek, Y. A., Tedju, I. A., Deviarbi, H., & Tira, S. (2024). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Saluran Pernapasan Akut (Ispa) Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Naibonat Kabupaten Kupang*. 3(1), 103–110. <https://doi.org/https://doi.org/10.55123/sehatmas.v3i1.2856>

UNICEF. (2023). *Pneumonia*. 2024. <https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/>

WHO. (2020). *Pneumonia*. <https://www.who.int/health-topics/pneumonia>





Yustiawan, E., Immawati, & Dewi, N. R. (2022). *Application Of Simple Inhalation Using White Wood Oil To Improve Jurnal Cendikia Muda Volume 2 , Nomor 1 , Maret 2022 ISSN 2807-3649*

Zolanda, A., Raharjo, M., & Setiani, O. (2021). Faktor Risiko Kejadian Infeksi Saluran Pernafasan Akut Pada Balita Di Indonesia. *Link*, 17(1), 73–80. <https://doi.org/10.31983/link.v17i1.6828>


Zuriati, S., Suriya, S., & Ananda, S. (2017). Buku Ajar Asuhan keperawatan medikal bedah Gangguan Pada Sistem Respirasi. *Gangguan Pada Sistem Respirasi Aplikasi Nanda NIC & NOC*, 95–114.

Lampiran 1**LEMBARAN KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH**

Nama : Anastasia Dita Juwita
Pembimbing I : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kes
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Pneumonia Bilateral Di Ruang *Intensive Care Unit*
Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

No.	Hari/ Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	06 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none">- Konsul kasus dan pengkajian- ACC kasus- Lengkapi pengkajian- Ganti diagnosa risiko syok menjadi hipovolemia- Buat pengamatan kasus- Lanjutkan intervensi dan implementasi- Buat daftar PICOT EBN		
2.	17 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none">- Konsus askep- Untuk pengkajian sejak sakit cantumkan hal yang didapat oleh perawat bukan dari keluarga pasien- Tambahkan berapa banyak nutrisi yang di dapatkan pasien di pola nutrisi dan metabolik		





		<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan berapa urin pasien di pola eliminasi - Penulisan data objektif untuk analisa data di urutkan dari inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, hasil ttv, dan hasil pemeriksaan penunjang - Pada implementasi cantumkan tindakan mana yang termasuk dari EBN 	li	
3.	21 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk obat kategorikan golongan obat termasuk dalam golongan mana dan masuk dalam intervensi mana - Pada implementasi tuliskan golongan obat. - Perbaiki pengetikan penulisan - Buat pembahasan 	li	Anting
4.	22 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul pembahasan - Perbaiki kalimat untuk implementasi - Tentukan yang menjadi prioritas pertama, pola napas atau hipovolemia 	li	Anting

		<ul style="list-style-type: none"> - Pada pembahasan bagian pengkajain tambahkan teori, bagaimana pasien pneumonia mengalami hipovolemia - Pada pembahasan bagian diagnosa keperawatan cantumkan diagnosa yang diangkat sudah memenuhi 80% dari tanda dan gejala mayor SDKI - Pada pembahasan bagian intervensi keperawatan cantumkan apa yang menjadi intervensi perawat dan cantumkan yang mana tindakan dari EBN - Pada pembahasan bagian implementasi dituliskan bagaimana perawat mengimplementasi dari hari pertama sampai ketiga kemudian progress perubahannya seperti apa di evaluasi. - Pada pembahasan bagian evaluasi tuliskan 		
--	--	---	---	--

		<p>diagnosa yang teratasi dan tidak teratasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan untuk daftar pustaka 		
5.	28 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan intervensi perawatan diri makan, mandi - Perbaiki penulisan implementasi - Buat EBN untuk diagnosa pertama - Pada pembahasan tambahkan alasan kenapa pneumonia mengakibatkan hipovolemia, penurunan kesadaran 	di	Anting
6.	31 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan bagian pembahasan penyebab terjadinya hipovolemia - Tambahkan rasional pemberian posisi semi fowler pada EBN - Perbaiki penulisan daftar pustaka 	di	Anting
7.	04 Juni 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Penambahan penyebab hipotensi di pembahasan 	di	Anting
8.	05 Juni 2024	<ul style="list-style-type: none"> - ACC 	di	Anting

LEMBARAN KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH

Nama : Anastasia Dita Juwita
Pembimbing I : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Pneumonia Bilateral Di Ruang *Intensive Care Unit*
Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

No.	Hari/ Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	27 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none">- Konsul Bab I dan Bab II- Perbaiki penulisan sampul dan spasi- Perbaiki Bab I sampai Bab II, dari bronchopneumonia diganti tentang pneumonia		
2.	28 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none">- Konsul Bab I dan II- Penulisan sampul hilangkan nama inisial pasien dan penulisan RS jangan disingkat- Prevalensi pneumonia cari yang terbaru- Prevalensi pneumonia dari global, asia, indonesia lalu masuk ke sulse- Tambahkan jenis-jenis pneumonia pada latar belakang- Penulisan point tidak boleh dibold		

		<ul style="list-style-type: none"> - Gambar anatomi fisiologi lebih diperbesar dan cantumkan sumbernya - Perbaiki penulisan sitasi - Pada konsep dasar keperawatan bagian diagnosa urutkan berdasarkan prioritas - Penulisan kata rasional tidak disingkat 	R	
3.	29 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan di latar belakang alasan mengapa pneumonia memerlukan penanganan yang intensive - Ganti gambar anatomi - Lanjut pembuatan pathway 	R	Anting
4.	31 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> - ACC Bab II - Perbaiki latar belakang - Tambahkan B1-B6 dan pemeriksaan penunjang pada pathway 	R	Anting
5.	04 Juni 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan sitasi 	R	Anting
6.	06 Juni 2024	<ul style="list-style-type: none"> - ACC 	R	Anting

Lampiran 2

Daftar Riwayat Hidup



1. Identitas Pribadi

Nama : Anastasia Dita Juwita
Tempat/ Tanggal Lahir : Makassar, 06 Juni 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jln. Dg. Hayo Kompleks Perhubungan
Laut

2. Identitas Orang Tua

Ayah : Thomas Tahir
Ibu : Dina
Agama : Katolik
Pekerjaan : Wiraswata
Alamat : Jln. Dg. Hayo Kompleks Perhubungan
Laut

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Pattunuang : 2006 - 2007
SD Inpress Tello Baru : 2008 - 2013
SMP Frater Thamrin Makassar : 2013 - 2016
SMA Katolik Cenderawasih Makassar : 2016 - 2019
S1 Keperawatan dan Profesi Ners STIK Stella Maris : 2019 - 2024