



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PNEUMONIA DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT*
RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY JUSUF PUTERA
MAKASSAR**

OLEH:

ANJELINA BONTONG (NS2414901034)

ANJEL TUWATANASSY (NS2414901032)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2025**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PNEUMONIA DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT*
RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY JUSUF PUTERA
MAKASSAR**

OLEH:

ANJELINA BONTONG (NS2414901034)

ANJEL TUWATANASSY (NS2414901032)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2025**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Anjelina Bontong (NS2414901034)
2. Anjel Tuwatanassy (NS2414901032)

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

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 11 Juni 2025

Yang menyatakan,



Anjelina Bontong



Anjel Tuwatanassy

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Pneumonia* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM

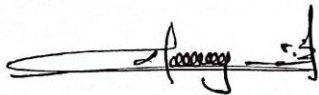
: Anjelina Bontong (NS2414901034)

Anjel Tuwatanassy (NS2414901032)

Disetujui oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2



(Mery Solon, Ns., M. Kes)
NIDN: 0910057502



(Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M. Kes)
NIDN: 0925117501

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita, Ns., M. Kep., Sp. KMB., Ph.D
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

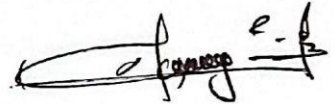
Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : Anjelina Bontong (NS2414901034)
Anjel Tuwatanassy (NS2414901032)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
Pneumonia di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah
Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

Telah Berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji:

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Solon.,Ns.,M.Kes



Pembimbing 2 : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes



Penguji 1 : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB.,Ph.D



Penguji 2 : Kristia Novia, Ns.,M.Kep



Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 11 Juni 2025

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdu, S.Si, Ns., M.Kes
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anjelina Bontong (NS2414901034)
Anjel Tuwatanassy (NS2414901032)

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, 11 Juni 2025

Yang menyatakan



Anjelina Bontong



Anjel Tuwatanassy

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan segala berkat, hikmat dan kesehatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Pneumonia di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar”. Karya Ilmiah Akhir ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan kuliah program profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Stella Maris Makassar.

Selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan karya ilmiah akhir ini, tidak lepas dari pengarahan, bantuan, bimbingan, motivasi, serta doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati melalui kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar sekaligus telah memberikan masukan pada penyusunan skripsi serta memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Stik Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB.,Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji I yang akan memberikan masukan dan arahan bagi penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang administrasi, keuangan, sarana dan prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang kemahasiswaan, alumni dan inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.,Ph.D selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.

6. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dalam proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes selaku Pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dalam proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Kristia Novia, Ns.,M.Kep selaku penguji II yang akan memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Manajemen Rumah Sakit, Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
10. Teristimewa orang tua tercinta dari Anjelina Bontong dan Anjel Tuwatanassy serta keluarga, sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
11. Seluruh teman-teman STIK Stella Maris Makassar Angkatan 2024-2025 yang banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini, sukses buat kita semua.

Akhir kata penulisan berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 11 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	3
D. Metode Penulisan	4
E. Sistematika Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. Konsep Dasar Medik.....	6
B. Konsep Dasar Keperawatan	22
BAB III PENGAMATAN KASUS.....	34
A. Ilustrasi Kasus	34
B. Pengkajian Kritis.....	35
C. Diagnosa Keperawatan	37
D. Pengkajian Sekunder	37
E. Analisa Data	47
F. Diagnosis Keperawatan	50
G. Intervensi Keperawatan	52
H. Implementasi Keperawatan	57
I. Evaluasi Keperawatan	68
Daftar Obat	73
BAB IV PEMBAHASAN	78
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	78
B. Pembahasan Penerapan EBN.....	84
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	88
A. Simpulan.....	88

B. Saran	89
DAFTAR PUSTAKA	91
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Kritis	34
Tabel 3.2 Pemeriksaan Darah Rutin.....	47
Tabel 3.3 Analisa Keperawatan.....	48
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan.....	51
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan.....	52
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan	57
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan	68
Tabel 4.1 Picot EBN Pasien.....	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan.....	7
---	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Konsultasi Pembimbing Karya Ilmiah Akhir

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke iskemik merupakan salah satu penyebab utama kecacatan dan kematian di seluruh dunia. Kondisi ini terjadi akibat terhambatnya aliran darah ke otak, yang menyebabkan kerusakan jaringan otak secara mendadak. Pasien dengan stroke iskemik sering mengalami penurunan kesadaran, kelemahan otot, serta gangguan menelan (disfagia), yang meningkatkan risiko komplikasi selama perawatan di rumah sakit (Rasyid, 2020). Salah satu komplikasi yang paling sering muncul pada pasien stroke iskemik adalah *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP) atau pneumonia yang didapat di rumah sakit. HAP biasanya terjadi setelah 48 jam pasien dirawat inap dan merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada pasien stroke, risiko ini semakin tinggi pada pasien dengan stroke berat, imobilisasi jangka panjang, serta ketergantungan alat seperti selang makan (NGT) atau ventilator (Nikmawati, 2024).

American Heart Association (2021) menyatakan prevalensi pasien stroke yang mengalami *hospital acquired pneumonia* (HAP) di dunia cukup luas, yaitu sekitar 2,3% hingga 44% yang secara epidemiologi dapat menjadi gambaran serupa di negara berkembang termasuk Indonesia. Di Indonesia, data dari beberapa rumah sakit menunjukkan prevalensi pneumonia pada pasien stroke berkisar antara 41,9% pada kelompok usia 60-69 tahun (Yudo, 2025). Menurut Riskesdas, (2018) di Sulawesi Selatan data prevalensi HAP diperkirakan sekitar 12% dengan mayoritas pneumonia terjadi pada pasien stroke iskemik yang semakin memperburuk keadaan pasien sehingga dapat menimbulkan tanda dan gejala sesak napas, batuk berdahak, demam, dispnue, penggunaan otot bantu napas, dan adanya bunyi napas tambahan ronchi atau crackles (Thalib, 2023).

Dampak dari HAP pada pasien stroke iskemik sangat serius, antara lain memperpanjang masa rawat inap, meningkatkan biaya pengobatan,

memperburuk kondisi neurologis, risiko mengalami infeksi nosokomial serta meningkatkan angka mortalitas (Pingkan et al., 2024). Pada pasien dengan kesadaran menurun juga sering mengalami batuk berdahak namun tidak memiliki kemampuan untuk mengeluarkan sekret secara mandiri sehingga tertumpuk di jalan napas dan dapat memicu hipoksia yang memperparah kerusakan otak sehingga peran perawat sangat krusial dalam mencegah dan menangani komplikasi HAP (Muhafidzah et al., 2021).

Perawat memiliki tanggung jawab dalam melakukan perawatan pasien post stroke terutama dalam mencegah komplikasi akibat perawatan di rumah sakit seperti infeksi nosokomial sehingga deteksi dini terhadap tanda-tanda infeksi terutama pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran sangat penting dengan memperhatikan personal hygiene pasien untuk mencegah bakteri dan virus masuk ke dalam saluran napas pasien akibat silent *aspirasi* yang beresiko terjadi HAP (Kuntarti, 2021).

Oleh karena itu dibutuhkan penanganan yang tepat untuk mencegah HAP dan mengurangi gejala yang dialami serta memperbaiki dan meningkatkan kualitas jalan napas pada pasien stroke iskemik yang mengalami penurunan kesadaran dengan komplikasi HAP adalah kombinasi fisioterapi dada dan *suction*. Tujuan dari pemberian fisioterapi dada dan *suction* yaitu untuk meningkatkan ventilasi paru dan memfasilitasi pengeluaran sekret serta membersihkan jalan napas pasien sehingga dibutuhkan asuhan keperawatan yang spesifik serta peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya menggunakan proses pendekatan keperawatan (Patmah et al., 2022).

Berdasarkan fenomena tersebut maka penulis tertarik memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia sebagai Karya Ilmiah Akhir yang dilakukan di ruang *intensive care unit* Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien yang mengalami pneumonia
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan pneumonia
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan pneumonia
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan pneumonia berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN)
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan pneumonia

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Bagi Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui pencegahan dan pengendalian infeksi serta peran perawat dalam melakukan penatalaksanaan keperawatan pada pasien sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi HAP.

2. Manfaat Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawancara dan teknologi terapan bidang keperawatan pada pasien dengan 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.

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 sistematis 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 TEORI

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

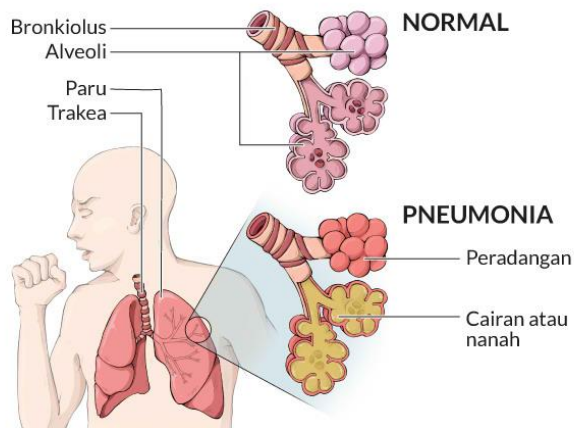
Pneumonia menjadi salah satu penyakit infeksi yang mengenai saluran pernapasan bawah ditandai dengan batuk dan sesak napas, hal ini diakibatkan oleh adanya agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi), dan aspirasi substansi asing yang berupa eksudat (cairan) dan konsolidasi (bercak berawan)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

Pneumonia merupakan infeksi saluran pernapasan akut yang menyerang paru-paru. Ketika seseorang menderita pneumonia, alveoli berisi nanah dan cairan yang menyebabkan nyeri saat bernapas dan mengakibatkan terbatasnya asupan oksigen yang masuk ke paru-paru. Pada penyakit pneumonia dapat terjadi komplikasi seperti dehidrasi, bakteremia (sepsis), abses paru, efusi pleura dan kesulitan bernapas (Sartiwi et al., 2022)

Berdasarkan pengertian di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa pneumonia disebabkan oleh mikroorganisme bakteri, virus, jamur yang menginfeksi parenkim paru dan akan mengakibatkan alveoli berisi nanah dan cairan.

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.



Gambar 2.1 : Struktur sistem pernapasan

Sumber : (Fathiyah, 2020)

Parenkim paru tersusun atas satuan fungsional yang disebut asinus. Asinus adalah bagian paru yang terletak distal dari bronkus terminalis, bronkiolus dan alveolus lengkap dengan struktur penyangganya.

a. Anatomi

1) Bronkus

Bronkus merupakan cabang dari trakea yang bercabang dua ke paru-paru kanan dan kiri. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar diameternya. Bronkus kiri lebih horizontal, lebih panjang dan lebih sempit. Bronkus terbagi menjadi bronkus lobaris kanan (3 lobus) dan bronkus lobaris kiri (2 lobus). Bronkus lobaris kanan terbagi menjadi 10 bronkus segmental dan bronkus lobaris kiri terbagi menjadi 9 bronkus segmental. Bronkus segmentalis ini kemudian teragi lagi menjadi subsegmental yang dikelilingi oleh segmental bercabang-cabang menjadi bronkiolus. Bronkiolus merupakan cabang dari bronkus yang bertugas menyalurkan udara dari bronkus ke alveolus.

2) Paru-paru

Paru-paru bertugas sebagai tempat pertukaran oksigen dari udara dengan karbondioksida dari darah. Jika paru-paru terganggu fungsinya, maka kesehatan tubuh manusia bisa terpengaruh secara keseluruhan. Paru-paru kanan memiliki tiga bagian (lobus) sedangkan paru-paru kiri memiliki dua bagian (lobus).

3) Alveolus

Bagian dari paru yang merupakan kelompok terkecil yang disebut kantong alveolus di ujung bronkiolus. Paru-paru menghasilkan campuran lemak dan protein yang disebut dengan surfaktan paru-paru. Campuran lemak dan protein ini melapisi permukaan alveolus dan membuatnya lebih mudah untuk mengembang dan mengempis saat bernapas. Alveolus kemudian menyerap oksigen dari udara yang dibawa oleh bronkiolus dan mengalirkannya ke dalam darah. Karbondioksida yang merupakan limbah dari sel-sel tubuh mengalir dari darah ke alveolus untuk dihembuskan keluar. Pertukaran gas ini terjadi melalui dinding alveolus dan kapiler yang sangat tipis.

b. Fisiologi sistem pernapasan

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 kantung alveolar untuk dihembuskan. Respirasi eksternal hanya terjadi diluar bronkiolus pernapasan.

3) Transportasi gas pernapasan

Oksigen 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 O₂. 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 Nurcahyo, (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 (Suryani, 2022).

4. Klasifikasi

Menurut Arianti, (2023) klasifikasi pneumonia berdasarkan anatominya dibagi menjadi beberapa bagian yaitu :

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”.

- a. Pneumonia lobaris (*bronkopneumonia*) terjadi pada ujung akhir *bronkhiolus* yang dapat tersumbat oleh *eksudat* mukopuren untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus.
- b. Pneumonia interstitial (*bronkolitis*) proses inflamasi yang terjadi didalam dinding alveolar (*interstitium*) dan jaringan peribrokial serta interlobular.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan faktor dari lingkungan menurut Arianti, (2023) :

- a. *Community acquired pneumonia* (CAP)

CAP adalah infeksi yang didapatkan oleh seorang pasien dari luar rumah sakit atau dari komunitas dan disebabkan oleh bakteri, virus, atau aspirasi bahan kimia ke paru-paru sehingga menyebabkan infeksi akut.

b. *Hospital acquired pneumonia* (HAP)

Infeksi yang terjadi selama atau setelah 48 jam pasien dirawat di rumah sakit dan tidak dalam masa inkubasi saat masuk rumah sakit dan menjadi salah satu infeksi nosokomial. HAP dibedakan menjadi dua yaitu early onset dimana terjadi < 5 hari perawatan di rumah sakit umumnya disebabkan oleh bakteri seperti *streptococcus pneumonia*, Sedangkan late onset terjadi ≥ 5 hari perawatan dan sering melibatkan bakteri yang resisten terhadap obat seperti *pseudomonas aeruginosa*.

c. Pneumonia Bakteri

Infeksi paru-paru yang disebabkan oleh bakteri yang menyebabkan peradangan pada alveoli. Alveoli yang seharusnya berisi udara, menjadi terisi oleh cairan atau nanah, sehingga menyebabkan gejala seperti batuk, demam dan sesak napas.

d. Pneumonia Virus

Infeksi paru-paru yang disebabkan oleh virus dan 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 bisa berakibat fatal terutama untuk kelompok rentan serta terlambat mendapatkan pertolongan tepat (Abdjul & Herlina, 2020).

e. Pneumonia Aspirasi

Disebabkan oleh adanya saluran pencernaan bagian atas yang terisi, makanan, minuman atau muntahan yang masuk ke dalam saluran pernapasan dan paru-paru sehingga menyebabkan peradangan dan infeksi. (Subanada, 2022)

5. Patofisiologi dan Pathway

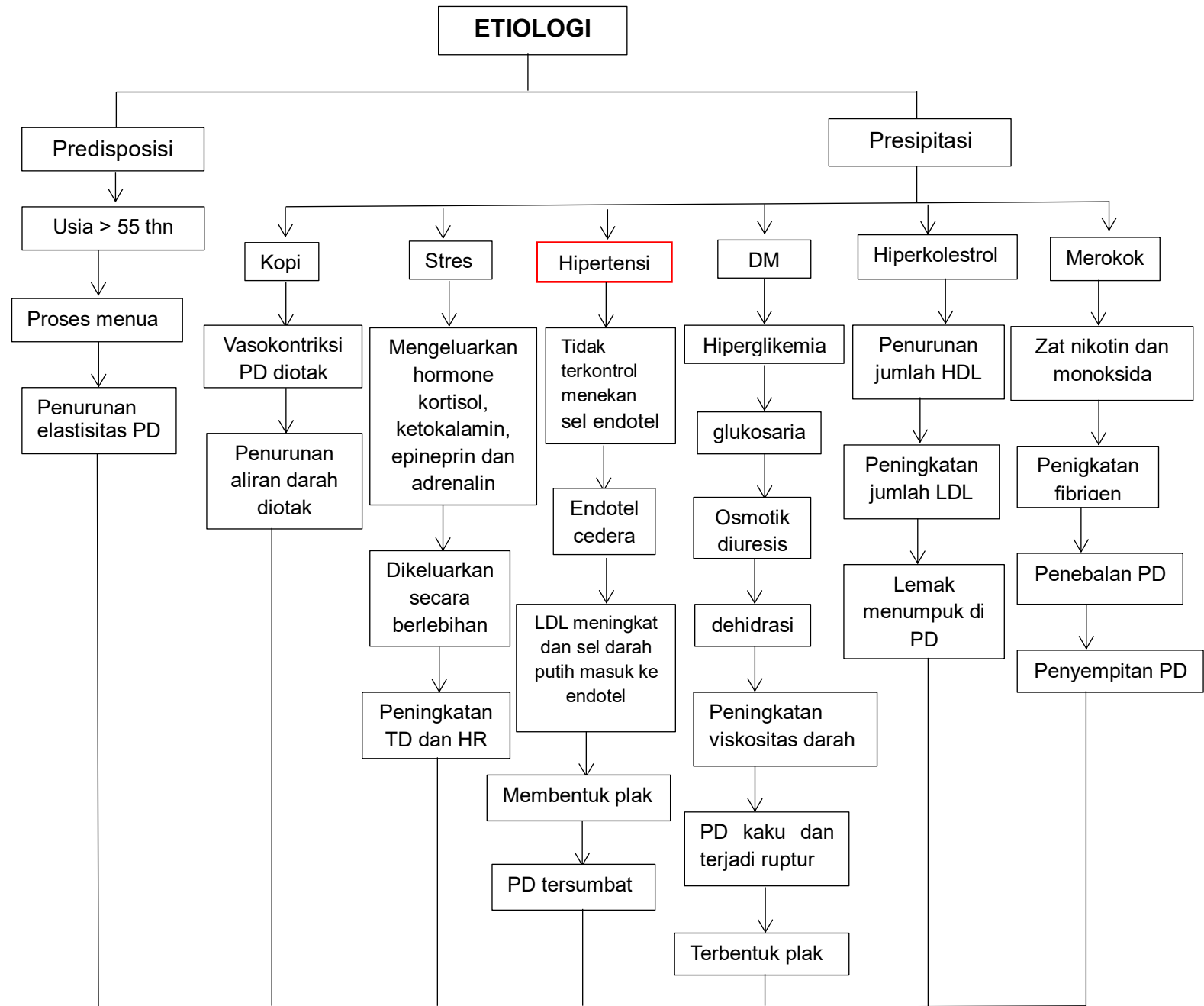
Menurut Hidayani, (2022) kuman masuk ke dalam jaringan paru-paru melalui saluran napas bagian atas menuju bronkiolus dan

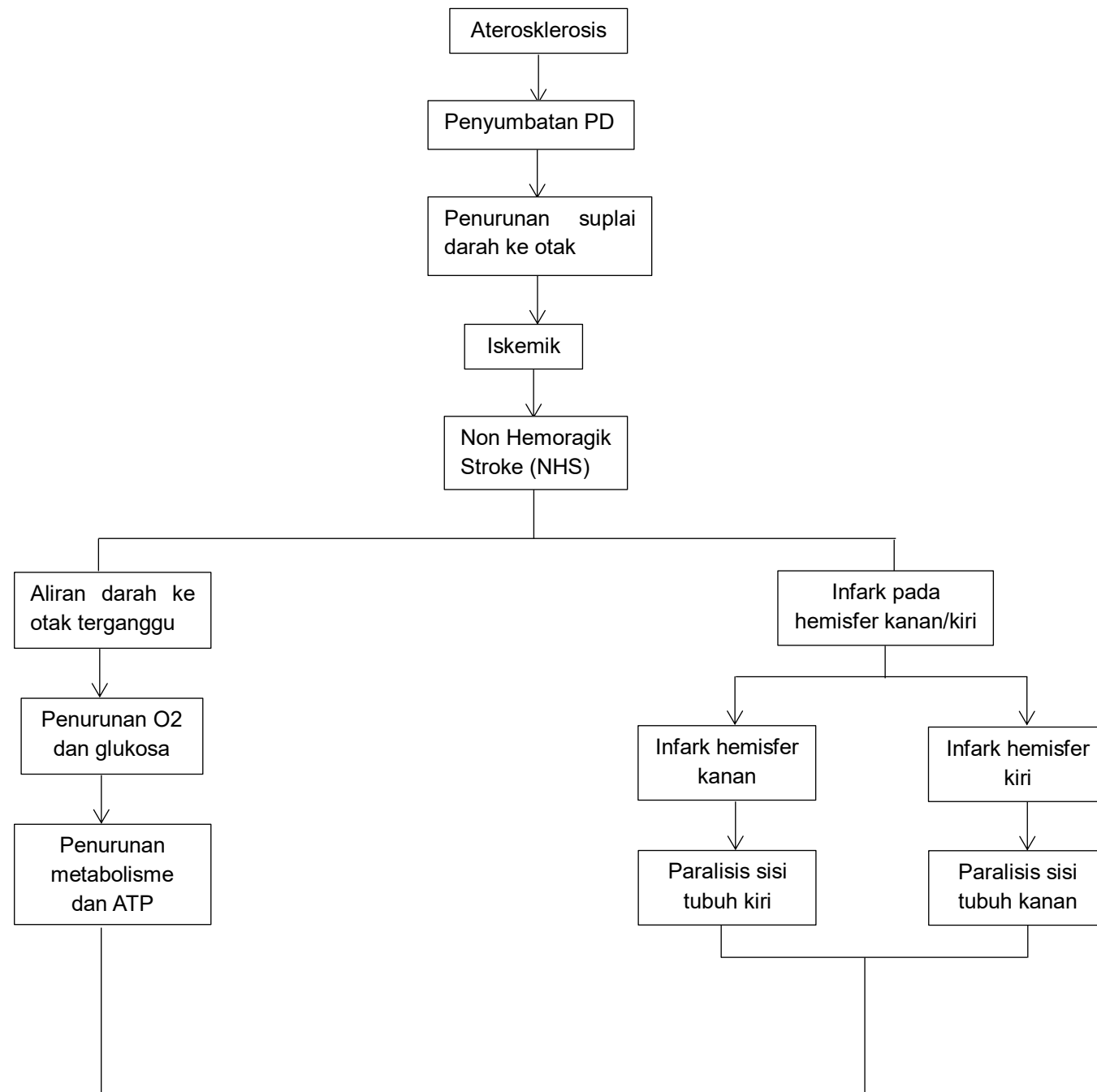
alveolus. Setelah bakteri masuk dapat menimbulkan reaksi peradangan dan menghasilkan cairan edema kaya protein. Kuman pneumokokus dapat meluas dari alveoli ke seluruh segmen atau lobus. Eritrosit dan leukosit mengalami peningkatan, sehingga alveoli penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit, fibrin dan leukosit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar, paru menjadi tidak terisi udara.

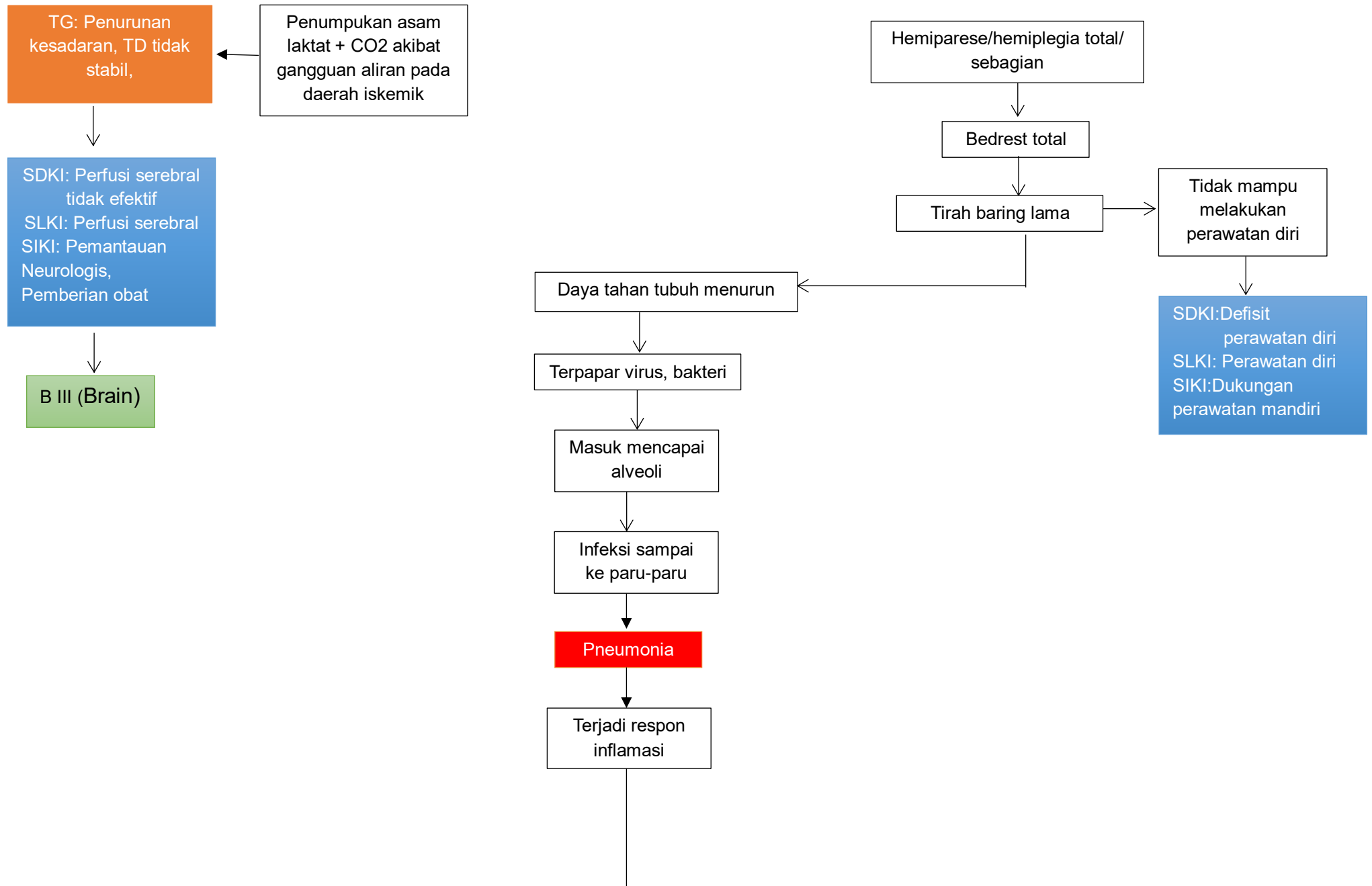
Pada tingkat lebih lanjut, aliran darah menurun sehingga alveoli penuh dengan leukosit dan eritrosit menjadi sedikit. Setelah itu paru tampak berwarna abu-abu kekuningan. Perlahan sel darah merah yang akan masuk ke alveoli menjadi mati dan terdapat eksudat pada alveolus. Sehingga membran dari alveolus mengalami kerusakan yang dapat mengakibatkan gangguan proses difusi osmosis oksigen dan berdampak pada penurunan jumlah oksigen yang dibawah oleh darah.

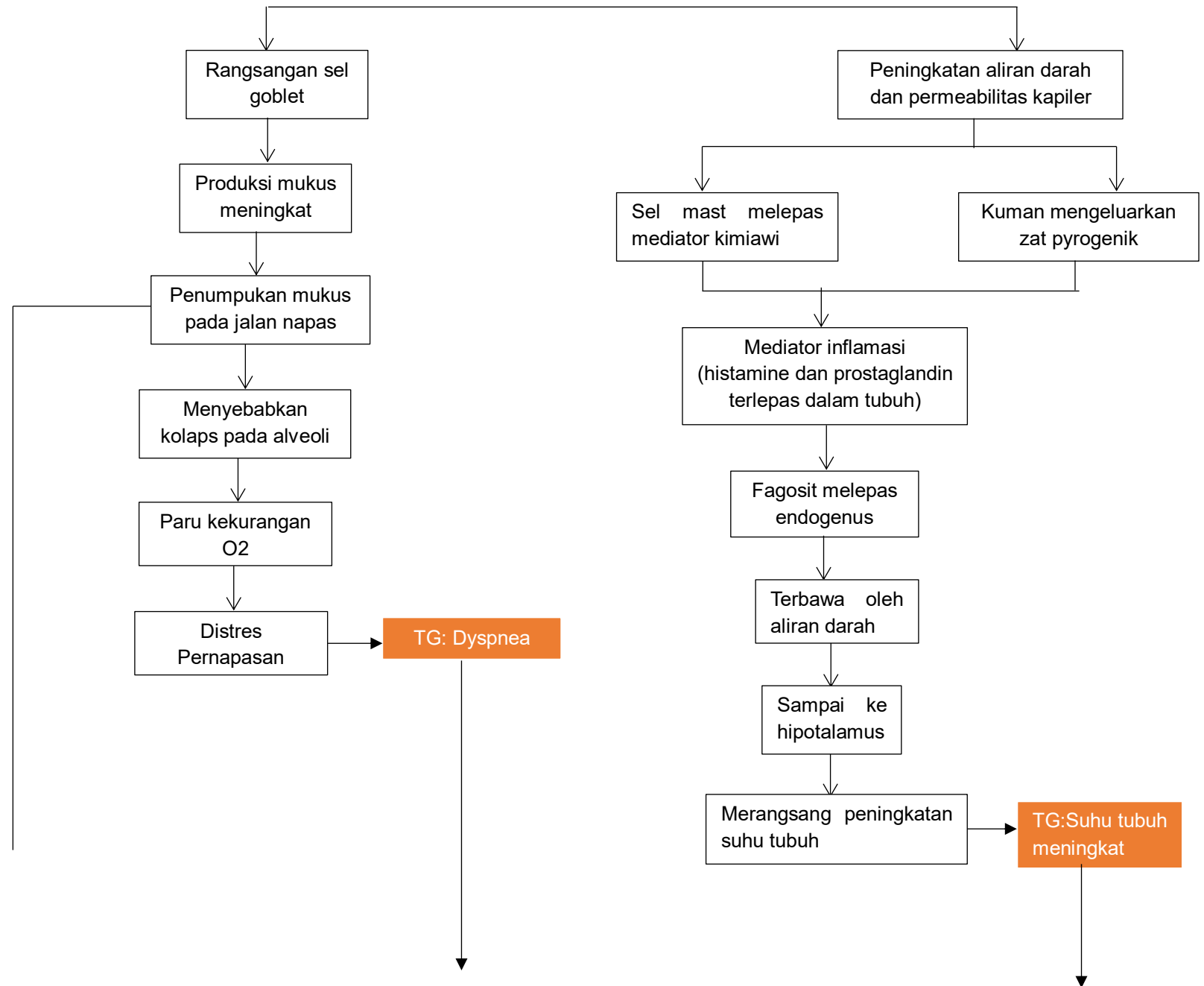
Terdapatnya cairan purulent pada alveolus menyebabkan peningkatan tekanan paru, dan dapat menurunkan kemampuan mengambil oksigen dari luar serta mengakibatkan berkurangnya kapasitas paru. Sehingga penderita akan menggunakan otot bantu pernapasan yang dapat menimbulkan retraksi dada. Secara hematogen maupun lewat penyebaran sel, mikroorganisme yang ada di paru akan menyebar ke bronkus sehingga terjadi fase peradangan lumen bronkus. Hal ini mengakibatkan terjadinya peningkatan produksi mukosa dan peningkatan gerakan silia sehingga timbul reflek batuk.

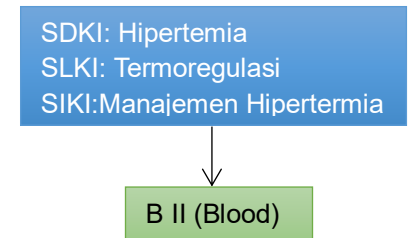
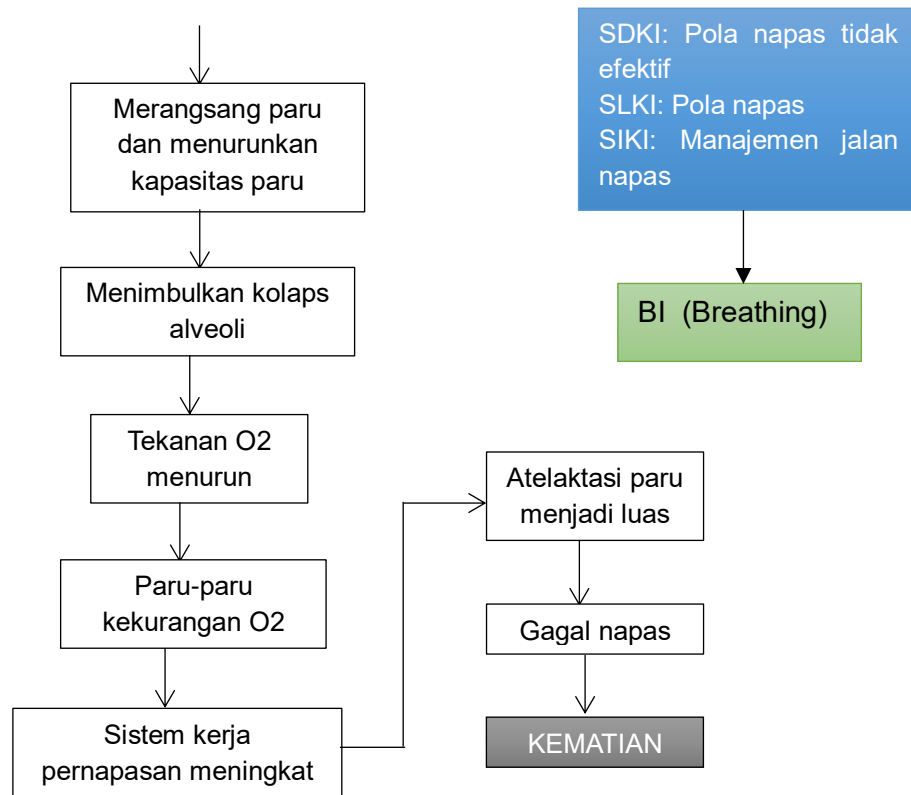
Patoflowdiagram











6. Manifestasi klinik

Menurut Rohmah, (2020) mengatakan, pneumonia virus lebih sering berasosiasi dengan batuk, mengi atau stridor dan gejala demam lebih tidak menonjol dibanding pneumonia bakterial. Pneumonia bakterial secara tipikal berasosiasi dengan demam tinggi, menggigil, batuk, dispneu dan pada auskultasi ditemukan adanya tanda konsolidasi paru. Gejala klinis lainnya yang dapat ditemukan adalah distress pernapasan termasuk nafas cuping hidung, retraksi interkosta dan subkosta, dan merintih (grunting). Semua jenis pneumonia memiliki ronchi kering yang terlokalisir dan penurunan suara respiratori.

Tanda dan gejala yang terjadi menurut Thalib, (2023) yaitu:

- a. Demam
- b. Batuk berlendir
- c. Dispneu
- d. Pernafasan cepat dan dangkal disertai otot bantu napas
- e. Adanya bunyi napas tambahan pernafasan seperti ronchi dan crackles
- f. Nafsu makan menurun.
- g. Kadang-kadang disertai muntah.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Mardalena, (2021) beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan pasien pneumonia adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan Radiologi

1) Foto Thorax

Tujuannya untuk mendeteksi adanya infeksi atau peradangan pada paru-paru serta membantu menegakkan diagnosis dan menilai tingkat keparahan pneumonia.

b. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah

Pada kasus pneumonia oleh bakteri akan terjadi leukositosis.

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 *displacoccus 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 basa. 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 mendeteksi bakteri

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Arianti, (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, (azitromisin, clarithromycin), fluoroquinolones (levofloxacin), 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. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Muhafidzah et al., (2021) penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya HAP antara lain:

a. Preventif

Melakukan mobilisasi dini untuk mencegah stagnasi sekret dan meningkatkan fungsi pernapasan, melakukan perawatan oral hygiene untuk mengurangi kolonisasi bakteri patogen di rongga mulut dan pengelolaan alat bantu pernapasan dan NGT secara aseptik untuk mencegah terjadinya infeksi.

b. Promotif

Memberikan dukungan psikososial untuk meningkatkan motivasi pasien dalam proses pemulihan.

c. Kuratif

Melakukan monitoring tanda-tanda vital dan saturasi oksigen secara berkala untuk mendeteksi dini gangguan pernapasan, melakukan perawatan jalan napas suction dengan teknik steril dan sesuai SOP.

d. Kolaboratif

Bekerjasama dengan dokter untuk menentukan terapi antibiotik dan terapi suportif lainnya, koordinasi dengan fisioterapi untuk program rehabilitas pernapasan dan mobilisasi.

10. Komplikasi

Beberapa komplikasi pneumonia yang mungkin terjadi menurut Fathiyah, (2020):

a. Sepsis

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.

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. Pneumothorax

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

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 menurut Zuriati et al., (2022) meliputi:

1) *Breathing* (B1)

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

Berdasarkan hasil inspeksi, klien menunjukkan tanda-tanda batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu pernapasan, serta peningkatan frekuensi napas. Pada auskultasi terdengar bunyi napas tambahan berupa crackles. Kondisi ini umumnya terjadi pada pasien pneumonia dengan penurunan tingkat kesadaran hingga koma, disertai dengan menurunnya kemampuan batuk. Pada klien dengan kesadaran compos mentis, hasil inspeksi menunjukkan adanya peningkatan frekuensi pernapasan. Pemeriksaan palpasi pada daerah thoraks menunjukkan vocal fremitus yang seimbang antara sisi kanan dan kiri. Hasil auskultasi tidak menunjukkan adanya bunyi napas tambahan.

2) *Blood* (B2)

Pada pengkajian yang biasanya didapatkan meliputi :

Pada pengkajian sistem kardiovaskular, ditemukan adanya kondisi peningkatan suhu tubuh karena adanya proses peradangan kemudian disertai dengan takikardia.

3) *Brain* (B3)

Pengkajian tingkat kesadaran sangat penting untuk menentukan tingkat kesadaran serta sebagai alat evaluasi dalam pemantauan selama pemberian asuhan keperawatan. Pengkajian meliputi pemeriksaan refleks fisiologis dan patologis, respons pupil, serta tanda-tanda meningeal.

4) *Bladder* (B4)

Pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran, dapat mengalami ketidakmampuan mengontrol kandung kemih karena terganggunya fungsi motorik dan postural. Selama fase

ini, kateterisasi intermiten dilakukan menggunakan teknik steril untuk membantu eliminasi urin.

5) *Bowel* (B5)

Pasien dengan penurunan kesadaran memiliki kesulitan menelan dan sangat beresiko mengalami aspirasi sehingga memerlukan alat bantu berupa selang NGT untuk dapat memasukkan makanan serta obat-obatan ke lambung pasien, untuk menegah terjadinya peningkatan sekresi asam lambung, yang berdampak pada masalah dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi.

6) *Bone* (B6)

Pasien dengan tirah baring lama juga perlu dikaji mencakup tanda-tanda dekubitus, khususnya pada area tubuh yang menonjol, karena mobilitas fisik yang terbatas meningkatkan risiko terjadinya tekanan berlebih pada area tersebut.

b. Pengkajian Pola Gordon

Pengkajian komprehensif mencakup seluruh aspek kerangka pengkajian keperawatan seperti 11 pola kesehatan fungsional (Novitasari, 2022)

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

DS : Pasien memiliki riwayat hipertensi namun tidak rutin untuk minum obat sehingga menjadi salah satu faktor resiko mengalami stroke dan karena perawatan di ruang ICU yang lama sehingga pasien mengalami infeksi pneumonia nosokomial.

DO : Rambut tampak beruban

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

DS : Pasien mengalami penurunan keadaran sehingga tidak dapat menelan makanan dan beresiko terjadi aspirasi sehingga pasien diberikan alat bantu makan berupa selang

NGT untuk memasukan makanan dan obat-obatan pasien serta tetap menjaga kebutuhan nutrisi pasien.

DO : Tidak mampu menelan.

3) Pola Eliminasi

DS : pasien yang mengalami penurunan kesadaran, dapat mengalami ketidakmampuan mengontrol kandung kemih. Selama fase ini, kateterisasi intermiten dilakukan menggunakan teknik steril untuk membantu eliminasi urin.

DO : palpasi kandung kemih untntuk mencegah terjadinya distensi kandung kemih.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

DS : Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis.

DO : Semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat..

5) Pola Tidur dan Istirahat

DS : Pada pasien dengan penurunan kesadaran memiliki peningkatan waktu tidur dan sulit dibangunkan serta tida memiliki respon verbal.

DO : ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap.

6) Pola Persepsi Kognitif

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

DO :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 : Perasaan tidak berdaya, dan perasaan putus asa.

DO: Ekpresi wajah sedih, emosi dan kesulitan

mengekspresikan diri..

8) Pola Peran dan Hubungan Sesama

DS : Masalah bicara, ketidakmampuan untuk bicara dengan orang lain

DO : Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa

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 : Perasaan tidak berdaya

DO : Tidak apat mengekspresikan diri.

11) Pola Sistem Kepercayaan

DS : ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan.

DO : alat untuk berdoa.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien dengan pneumonia, antara lain (PPNI, 2018) :

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

1. Perencanaan Keperawatan

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

a. 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
- 2) Monitor kemampuan batuk efektif
- 3) Monitor sputum
- 4) Monitor saturasi oksigen

Terapeutik :

- 1) Atur interval pemantuan dan prosedur pemantuan
- 2) Informasi pemantuan jika perlu

b. 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
- 2) Monitor bunyi nafas tambahan
- 3) Monitor sputum

Terapeutik :

- 1) Pertahankan kepatenan pola nafas
- 2) Posisi semifowler
- 3) Berikan minuman hangat
- 4) Berikan oksigen

Edukasi :

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

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator

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 nafas tambahan menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Napas cuping hidung menurun
- 5) Pola nafas membaik

SIKI : Terapi oksigen

Observasi:

- 1) Monitor kecepatan aliran oksigen
- 2) Monitor efektifitas terapi oksigen
- 3) Monitor tanda-tanda hipoventilasi

Terapeutik :

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas
- 2) Berikan oksigen tambahan

Edukasi :

- 1) Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi penentuan dosis oksigen

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
- 2) Monitor suhu tubuh
- 3) Monitor komplikasi akibat hipertermi

Terapeutik:

- 1) Sediakan lingkungan yang dingin
- 2) Longgarkan pakian atau lepaskan pakian
- 3) Berikan cairan oral

Edukasi:

- 1) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi:

e. Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena jika perlu
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

Terapeutik :

- 1) Berikan asupan cairan oral

Edukasi :

- 1) Anjurkan perbanyak asupan cairan oral

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis

2. *Discharge Planning*

Menurut Arianti, (2023) hal-hal yang perlu disampaikan kepada keluarga pasien sebelum pasien pulang, yaitu :

- a. Edukasi kepada keluarga pasien tentang pemberian obat (dosis, rute, waktu) dan pentingnya menghabiskan seluruh dosis antibiotik

- b. Ajarkan kepada keluarga pasien tentang cara pemberian makanan melalui selang makan (NGT) pada pasien.
- c. Ajarkan kepada keluarga untuk melakukan mobilisasi sederhana pada pasien untuk mencegah terjadinya luka tekan pada area bokong pasien
- d. Ajarkan keluarga untuk melakukan fisioterapi dada secara mandiri untuk membantu memfasilitasi pengeluaran secret pasien.
- e. Anjurkan kepada keluarga untuk menyediakan dukungan di rumah berupa fisioterapi untuk memaksimalkan perawatan pasien dirumah.
- f. Anjurkan kepada keluarga pasien untuk rutin kontrol agar dapat memantau kondisi kesehatan pasien

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisial Ny. M usia 82 tahun, seorang ibu rumah tangga. Masuk ruangan *intensive care unit* (ICU) Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar sejak 1 minggu lalu karena stroke serangan pertama dan mengalami penurunan kesadaran kemudian sejak 3 hari yang lalu kondisi pasien memberat tiba-tiba mengalami sesak napas disertai demam dan batuk berlendir namun karena pasien tidak memiliki kemampuan untuk mengeluarkan sekret sehingga dibantu dengan suction. Saat pengkajian di ruang *Intensive Care Unit* tampak pasien sesak dengan menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal, pasien demam, tampak pasien batuk dengan sputum kental berwarna kuning kehijauan, BB 60 kg, TB 165 cm, GCS 5 (E3V1M1), TD : 160/80 mmHg, N: 114x/m, S : 38,1 °C, P : 34x/mnt, SPO₂ : 90%. Terapi yang diberikan meprovent 2,5 ml, moxifloxacin 400mg, acetylcysteine 200mg, sistenol 500 mg ,Clopidogrel 75mg, Citicolin 500mg, omeprazole 40mg, NRM 12L/m ; KN3B 20 tpm.

B. Pengkajian kritis**RUANG INTENSIVE CARE UNIT**

Nama Mahasiswa :Anjelina Bontong & Anjel Tuwatanassy

Tanggal : 13 mei 2025

Nama Pasien/Usia : Ny.M

Diagnosa Medis : Pneumonia

B1- <i>Breath</i>	Pergerakan Dada	Tampak simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu napas	- Ada - Jenis: Retraksi Interkostal
	Palpasi	- Vocal premitus : Tidak dikaji - Nyeri tekan : Tidak dikaji - Krepitasi : tidak ada
	Perkusi	- Redup
	Suara napas	- Lokasi : Auskultasi pada kedua lapang paru kiri dan kanan terdengar suara napas tambahan crackles
	Batuk	- Ada
	Sputum	- Warna kunng kehijauan
	Alat bantu napas	- Ada - Jenis: Non Rebreathing Mask 12L
	Lain-lain	- Tampak pasien sesak - RR: 34x/menit - SPO ² : 90% - Hasil foto thoraks Kesan: Pnemonia
B2- <i>Blood</i>	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 - Tunggal
	Irama jantung	- Regular

	CRT	- < 3 detik
	JVP	- Normal (5 – 2 CmH2O)
	Edema	- Tidak ada
	EKG	Sinus Takikardi
	Lain-lain	- TTV TD : 160/80mmHg N : 114x/menit S : 38,1
B3- <i>Brain</i>	Tingkat Kesadaran	- Kualitatif : Sopor - Kuantitatif : 5 E : 3 V : 1 M: 1
	Reaksi pupil - Kanan - Kiri	Ada, Isokor Ada, Isokor
	Refleks fisiologis	Refleks Biseps : positif Refleks Triceps : positif
	Refleks patologis	Refleks Babinsky : Kanan: Negatif Kiri : Positif
	Meningeal sign	- Tidak ada
	Lain –lain	Tidak ada
B4 - <i>Bladder</i>	Urin	Jumlah : 1.000cc/12jam Warna : Kekuningan
	Kateter	- Ada
	Kesulitan BAK	Tidak, karena pasien menggunakan kateter
	Lain – lain	Tidak Ada
B5 - <i>Bowel</i>	Mukosa bibir	- Lembab
	Lidah	Bersih
	Keadaan gigi	Tidak lengkap
	Nyeri tekan	Tidak ada
	Abdomen	Tidak ada distensi abdomen
	Peristaltik Usus	Normal : 15x/menit
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematemesis	Tidak ada

	Melena	Tidak ada
	Terpasang NGT	Ada
	Terpasang Colostomy Bag	Tidak ada
	Diare	Tidak ada
	Konstipasi	Tidak ada
	Asites	Tidak ada
	Lain-lain	
B6 - Bone	Turgor kulit	- Elastis
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Ikterus	Tidak ada
	Akral	- Hangat
	Pergerakan sendi	- Terbatas
	Fraktur	- Tidak ada
	Luka	- Tidak ada
	Lain lain	- Uji kekuatan otot: Tidak dikaji

C. Diagnosa Keperawatan

1. B1 (Breathing) : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
2. B2 (Blood) : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
3. B3 (Brain): Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
4. B4 (Bladder) : tidak ada masalah keperawatan
5. B5 (Bowel) : tidak ada masalah keperawatan.
6. B6 (Bone) : tidak ada masalah keperawatan

D. Pengkajian Sekunder

- a. Pola Persepsi Dan Pemeliharaan Kesehatan

- 1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting yang harus dijaga, 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 mengatasi 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 pasien sudah kurang lebih 1 minggu dirawat di ICU karena mengalami stroke serangan pertama, kemudian sejak 3 hari yang lalu kondisi pasien tiba-tiba mengalami sesak napas disertai demam dan batuk berlendir. Saat pengkajian di ruang ICU tampak pasien sesak dengan menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal, dan terdengar bunyi napas tambahan crackles, pasien mengalami penurunan kesadaran GCS 5 (E3V1M1), TD : 160/80 mmHg, N : 114x/mnt, S : 38,1 °C, P : 34x/mnt, SPO₂ : 90%. Tampak terpasang cairan KN3B 20 tpm, NRM 12L, kateter urin dan NGT.

3) Riwayat Penyakit yang Pernah Dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun lalu dan tidak rutin minum obat.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan dalam keluarga

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 3× 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 jus putih telur 1x1 100 cc, bubur blender 3x100 cc, dan air putih sebanyak 180cc. Total intake yang didapatkan 580cc/24 jam dan cairan infus KN3B 1.500 cc/24 jam.

3) Observasi

Tampak terpasang NGT dan cairan infus KN3B 20 tpm.

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan rambut : Tampak bersih
- 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 1000cc/12 jam dengan warna urin berwarna kekuningan.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan folley kateter, 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 aktivitasnya 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 : Tidak dikaji

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: 160/80 mmHg

b) HR: 114x/m

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 : Ada
 - Paralisis : Ada
- Uji kekuatan otot : Tidak dikaji
- Clubing jari-jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada

f) Columna vetebralis

- 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 21:00 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) : Tekanan pada kedua mata sama

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 : Tidak dikaji

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 pasien merupakan seorang ibu sekaligus seorang nenek.

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 *speaker* dan meletakkannya di samping telinga pasien.

5. Uji saraf kranial

- a. N I (Olfactorius) :Tidak dikaji (kesadaran menurun)
- b. N II (Optikus) : Tidak dikaji (kesadaran menurun)
- c. N III, IV,VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducens)
Respon pupil melambat, refleks cahaya positif
- d. N V (Trigeminus): Tidak dikaji (kesadaran menurun)
- e. N VII (Fascialis)
Sensorik : Tidak dikaji (kesadaran menurun)

Motorik : Tidak dikaji (kesadaran menurun)

f. N VIII (Vestibulo- acustikus)

Vestibularis : Tidak dikaji (kesadaran menurun)

Akustikus : Tidak dikaji (kesadaran menurun)

g. N IX (Glosopharyngeus): Tampak letak ovula berada ditengah

h. N X (Vagus): Tidak dikaji (kesadaran menurun)

i. N XI (Accessoriuss): Tidak dikaji (kesadaran menurun)

j. N XII (Hypoglossus): Tidak dikaji (kesadaran menurun)

6. Diagnosa keperawatan sekunder

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

7. Pemeriksaan fisik

a. Foto Thorax

Kesan : Pneumonia

b. Ct-scan Kepala

Kesan: Infark cerebri kanan

c. Pemeriksaan darah rutin

Parameter		Result	Unit	Ref. Range
-----------	--	--------	------	------------

WBC	H	24.19	$10^3/\mu\text{L}$	4.00-10.00
Neu#	H	18.32	$10^3/\mu\text{L}$	2.00-7.00
Lym#		1.13	$10^3/\mu\text{L}$	0.80-4.00
Mon#	H	0.96	$10^3/\mu\text{L}$	0.12-0.80
Eos#	H	0.50	$10^3/\mu\text{L}$	0.02-0.50
Bas#		0.05	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.10
Neu%	H	72.0	%	50.0-70.0
Lym%	L	5.4	%	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	$10^6/\mu\text{L}$	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	$10^3/\mu\text{L}$	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

E. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS : - Keluarga pasien mengatakan sejak 3 hari lalu kondisi	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif

	pasien memberat karena mengalami sesak napas disertai demam dan batuk berlendir. DO : - Tampak pasien sesak - Tampak pasien menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal - Tampak pasien batuk namun tidak mampu untuk mengeluarkan sekret - Tampak sputum berwarna kuning kehijauan - Terdengar bunyi napas tambahan crackles - RR : 34 x/mnt - SPO2 : 90% Hasil foto thorax : Pneumonia		
2.	DS:- DO: - Tingkat kesadaran pasien menurun GCS 5 (sopor) - Observasi TTV:	Hipertensi	Perfusi serebral tidak efektif

	TD: 160/80 mmHg N: 114x/m P: 34x/m S: 38,1°c - Hasil Ct-scan: Infark cerebri kanan		
3.	DS : - Keluarga mengatakan pasien selama di rawat sempat demam namun sejak mengalami sesak dan batuk pasien demam terus menurun dan turun saat diberi obat DO : - Tampak pasien pucat - Nadi: 114x/m - Suhu tubuh meningkat 38,1 °C	Proses penyakit	Hipertermia
4.	DS : - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat. - Keluarga pasien mengatakan pasien hanya terbaring lemah	Kelemahan	Defisit Perawatan Diri

	ditempat tidur DO : - Tampak kebutuhan harian pasien seperti makan, mandi, pakaian, kerapihan, BAK, BAB di bantu oleh perawat		
--	---	--	--

F. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSIS
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
2.	Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
3.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

G. INTERVENSI KEPERAWATAN

	SDKI	SLKI	SIKI
	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka, diharapkan Pola Napas Membaik dengan kriteria hasil : a. Dispnea cukup menurun b. Penggunaan otot bantu napas cukup menurun c. Frekuensi napas cukup membaik d. Bunyi napas tambahan cukup menurun	Manajemen jalan napas Observasi a. Monitor pola napas b. Monitor bunyi napas tambahan c. Monitor sputum Terapeutik a. Posisikan semi fowler b. Lakukan fisioterapi dada (EBN) c. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik d. Berikan oksigen Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat antibiotik, bronkodilator, mukolitik

	Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka, diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : a. Tingkat kesadaran Meningkat b. Tekanan darah membaik	Pemantauan Neurologis Observasi a. Monitor tingkat kesadaran b. Monitor tanda-tanda vital Terapeutik a. Dokumentasi hasil pemantauan Pemberian Obat Observasi a. Identifikasi kemungkinan alergi terhadap obat b. Monitor efek terapeutik obat Terapeutik a. Lakukan prinsip enam benar b. Dokumentasi pemberian obat dan respon terhadap obat
--	---	---	---

			Edukasi a. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat antiplatelet dan neuroprotektor
	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka, diharapkan Termoregulasi Membaik dengan kriteria hasil : a. Suhu tubuh cukup membaik b. Suhu kulit cukup membaik	Manajemen Hipertermia Observasi a. Identifikasi penyebab hipertermia b. Monitor suhu tubuh c. Monitor tanda dan gejala sepsis Terapeutik a. Sediakan lingkungan yang dingin b. Longgarkan atau lepaskan pakaian Kolaborasi

	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka, diharapkan Perawatan Diri Meningkat dengan kriteria hasil : - Mempertahankan kebersihan diri cukup meningkat - Mempertahankan kebersihan mulut cukup meningkat	a. Kolaborasi pemberian cairan elektrolit dan antipiretik Dukungan Perawatan Diri <i>Observasi</i> Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan makan <i>Terapeutik</i> - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi) - Siapkan keperluan pribadi - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Dukungan Perawatan Diri
--	---	--	--

			: BAB/BAK <i>Terapeutik</i> Sediakan alat bantu (kateter) Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian <i>Terapeutik</i> a. Lakukan oral hygiene b. Berikan bantuan saat makan/minum melalui NGT Dukungan Perawatan Diri : Mandi <i>Terapeutik</i> a. Fasilitasi mandi Berikan bantuan saat mandi
--	--	--	---

H. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tgl	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
13 Mei 2025	I	08.00	Mengobservasi ttv & Memonitor pola napas Hasil : - Tampak pasien sesak - Tampak pasien menggunakan otot bantu napas, retraksi intrakostal - SPO2 : 90% TD:160/80mmHg - RR : 34x/mnt S: 38,1°C - N: 114x/m	Anjel Tuwatana ssy
	I		Memonitor pemberian oksigen Hasil : tampak pasien diberikan oksigen NRM 12L/mnt	
	I		Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : terdengar bunyi napas tambahan crackles	
	I		Melakukan suction dan monitor sputum Hasil: Pasien di suction selama kurang lebih 15 detik dan tampak sekret yang keluar berwarna kuning kehijauan.	
	I	08.15	Memberikan posisi semi flower Hasil : tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	
	II	08.30	Memonitor tingkat kesadaran Hasil :	

			- Kualitatif : Sopor - Kuantitatif (GCS) E : 3 V : 1 M : 1	
	I,II,III	08.40	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV (KN3B 20 tpm) Hasil : saat pemberian cairan tidak ada udara dalam selang infus dan infus menetes dengan baik.	
	IV	09.00	Melakukan personal hygiene dan oral hygiene pada pasien Hasil : setelah dilakukan personal hygiene dan oral hygiene pasien tampak lebih bersih.	
	IV	10.30	Memberikan bantuan saat makan/minum melalui NGT (pemberian jus putih telur 100cc, air putih 30cc)	
	I	11.30	Melakukan pemberian terapi nebulizer (Meprovent 2,5mg) Hasil : setelah dilakukan nebulizer pasien batuk dan terdengar suara sekret yang tertahan	
	I		Melakukan suction dan monitor sputum Hasil : Pasien di suction selama kurang lebih 15 detik dan tampak sekret yang keluar berwarna kuning kehijauan. Melakukan pemberian makan melalui NGT Hasil: Pasien diberikan bubur saring melalui NGT,	

	IV	12.00	makanan masuk dengan lancar dan tidak ada kendala saat pemberian makan	
	II		Melakukan kolaborasi pemberian obat Hasil : acetylcysteine 200mg/oral sistenol 500mg/oral Clopidogrel 75mg/oral Citicolin 500mg/iv Omeprazole 40mg/iv	
	II	13.30	Melakukan observasi TTV Hasil: TD: 150/80 mmHg N: 110x/m P: 26x/m SPO2: 98% Memonitor suhu tubuh Hasil: 37,8°C	
	III			
14 mei 2025	II	08.00	Melakukan observasi TTV Hasil: TD: 140/70 mmHg	Anjel Tuwatan assy

			N: 118x/m P: 28x/m SPO2: 99%	
	I		Memonitor pola napas Hasil: Tampak pasien menggunakan otot bantu napas, dan retraksi intrakostal	
	I		Memonitor pemberian oksigen Hasil : tampak pasien diberikan oksigen NRM 10L/mnt	
	III		Memonitor suhu tubuh Hasil: S: 37,9°C	
	IV	09.00	Melakukan personal hygiene Hasil : setelah dilakukan personal hygiene dan oral hygiene pasien tampak lebih bersih dan segar.	
	I	09.30	Melakukan fisioterapi dada Hasil: Tampak pasien batuk dan terdengar suara sekret yang tertahan pada jalan napas	
	I		Melakukan suction dan monitor sputum Hasil: Pasien di suction selama kurang lebih 15 detik dan tampak sekret yang keluar berwarna kuning kehijauan.	
	IV	10.00	Memberikan bantuan saat makan/minum melalui NGT (pemberian jus putih telur 100cc, air putih 30cc)	

	I	11.30	Melakukan pemberian terapi nebulizer (Meprovent 2,5mg) Hasil : setelah dilakukan nebulizer pasien batuk dan terdengar suara sekret yang tertahan Melakukan pemberian makan melalui NGT Hasil: Pasien diberikan bubur saring melalui NGT, makanan masuk dengan lancar dan tidak ada kendala saat pemberian makan	
	IV	12.00	Melakukan kolaborasi pemberian obat Hasil: acetylcysteine 200mg/oral sistenol 500mg/oral Clopidogrel 75mg/oral Citicolin 500mg/ iv Omeprazole 40mg/iv	
	II	14.00	Melakukan observasi TTV Hasil: TD:140/90mmHg N: 108x/m S:37,1°C P: 32x/m SPO2: 99% Memonitor tingkat kesadaran Hasil: Kualitatif: Sopor Kuantitatif: E4M1V1	Anjelina Bontong
	II		Memonitor pola napas Hasil :Tampak pasien menggunakan otot bantu napas, retraksi intrakostal	

	I	15.00	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV (KN3B 20 tpm) Hasil : saat pemberian cairan tidak ada udara dalam selang infus dan tidak phlebitis	
	III	16.00	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : terdengar bunyi napas tambahan crackles	
	I	17.00	Melakukan fisioterapi dada Hasil: Tampak pasien batuk dan terdengar suara sekret yang tertahan	
	I		Melakukan suction dan monitor sputum Hasil: Pasien di suction selama kurang lebih 15 detik dan tampak sekret yang keluar berwarna kuning kehijauan	
	I		Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil: Moxifloxacin 400mg	
			Melakukan pemberian makan melalui NGT Hasil: Pasien diberikan bubur saring melalui NGT, makanan masuk dengan lancar dan tidak ada kendala saat pemberian makan	
	II	18.00		
	IV	19.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil: acetylcysteine 200mg sistenol 500mg	
			Melakukan pemberian terapi nebulizer (Meprovent 2,5mg) Hasil : setelah dilakukan nebulizer pasien batuk	
	II			

			dan terdengar suara sekret yang tertahan.	
	I	20.00	Memonitor suhu tubuh Hasil: 37,5°c	
	III	20.30		

15 Mei 2025	I	14.00	Melakukan observasi TTV Hasil: TD: 140/70 mmHg N: 90x/m P: 28x/m SPO2: 99%	Anjel Tuwatana ssy
	I		Memonitor tingkat kesadaran Hasil: Kualitatif: Sopor Kuantitatif: E4M1V1	
	I	14:30	Memonitor suhu tubuh Hasil: S: 36,8°C	
	I		Memonitor pola napas Hasil: Tampak penggunaan otot bantu napas retraksi interkosta menurun	
	I		Memonitor pemberian oksigen Hasil : tampak pasien diberikan oksigen NRM 10L/mnt	
	I	15.30	Melakukan fisioterapi dada Hasil: Tampak pasien batuk dan terdengar suara sekret yang tertahan pada jalan napas	
	I		Melakukan suction dan monitor sputum Hasil: Pasien di suction selama kurang lebih 15 detik dan tampak sekret yang keluar berwarna kuning kehijauan.	
	I	16.00	Monitor bunyi napas tambahan Hasil: Terdengar bunyi napas tambahan crackles	

			menurun	
	I		Memberikan posisi semi fowler Hasil: Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler	
	IV	17.00	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	
	III	18.30	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV (KN3B 20 tpm) Hasil : Saat pemberian cairan tidak ada udara dalam selang infus dan tidak phlebitis	
	IV		Melakukan pemberian makan melalui NGT Hasil: Pasien diberikan bubur saring melalui NGT, makanan masuk dengan lancar dan tidak ada kendala saat pemberian makan	
	II		Kolaborasi pemberian obat Hasil: acetylcysteine 200mg/oral sistenol 500mg/oral	
	II	19.00	Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil: Moxifloxacin 400mg	
	II		Melakukan pemberian terapi nebulizer (Meprovent 2,5mg) Hasil : setelah dilakukan nebulizer pasien batuk dan terdengar suara sekret yang tertahan.	
	I	20.00		

			Melakukan suction Hasil: Pasien di suction selama kurang lebih 15 detik dan tampak sekret yang keluar berwarna kuning kehijauan.	
	I	20.30	Melakukan observasi TTV: Hasil: TD: 150/90 mmHg N: 103x/m P: 25x/m	
	I	21.00	SPO2: 99% Memonitor suhu tubuh Hasil: Suhu: 36,8°c	Anjelina Bontong
	III		Melakukan suction dan monitor sputum Hasil: Pasien di suction selama kurang lebih 15 detik dan tampak sekret yang keluar berwarna kuning kehijauan.	
	I	22.00	Memonitor tingkat kesadaran Hasil: Kualitatif: Sopor Kuantitatif: E4M1V1	
	II	23.00	Memberikan posisi semi fowler Hasil: Tampak pasien berada dalam posisi semi fowler	
	I		Melakukan kolaborasi pemberian obat Hasil: Citicolin 500mg/iv	
	II	24.00	Melakukan pemberian terapi nebulizer (Meprovent 2,5mg) Hasil : setelah dilakukan nebulizer pasien batuk	

			dan terdengar suara sekret yang tertahan.	
	I	04.00	Melakukan suction dan monitor sputum Hasil: Pasien di suction selama kurang lebih 15 detik dan tampak sekret yang keluar berwarna kuning kehijauan.	
	I	04.30	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: Bunyi napas tambahan crackles menurun	
	I		Melakukan observasi TTV: Hasil: TD: 140/80 mmHg N: 100x/m P: 21x/m SPO2: 100%	
	II	06.00	Memonitor suhu tubuh Hasil: Suhu: 36,8°c	
	III			

I. EVALUASI KEPERAWATAN

Tgl	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
13 Mei 2025	Dx 1 : Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas S : - O : - Tampak pasien batuk dan masih memproduksi banyak sekret dan saat di suction sekret berwarna kuning kehijauan - Tampak pasien masih menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal - Terdengar bunyi napas tambahan crackles - P : 26 x/mnt - SpO₂ : 98% A : Pola napas belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Manajemen jalan napas Dx 2 : Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Hipertensi S : - O : - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran - GCS: 5 (Sopor) E:3,M:1,V:1 - Observasi TTV: TD: 150/80mmHg N: 110x/m S: 37,8°C A : Perfusi serebral belum teratasi	Anjel Tuwata nassy

	P : Intervensi dilanjutkan - Pemantauan Neurologis - Pemberian Obat Dx 3 : Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit S : - O : - Kulit terasa hangat - S: 37,8°C A : Termoregulasi belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Manajemen hipertermia Dx 4 : Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan S : - O : - Tampak pemenuhan kebersihan diri dan mulut pasien dalam bantuan penuh - Tampak pemenuhan makan pasien dalam bantuan penuh A : Perawatan diri belum meningkat P : Intervensi dilanjutkan - Dukungan perawatan diri - Dukungan perawatan diri BAB/BAK - Dukungan perawatan diri berpakaian - Dukungan perawatan diri mandi	
--	--	--

14 Mei 2025	Dx 1 : Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas S : - O : - Tampak pasien batuk dan masih memproduksi banyak sekret dan saat di suction sekret berwarna kuning kehijauan - Tampak pasien masih menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal - Terdengar bunyi napas tambahan crackles - P : 32 x/mnt - SpO₂ : 98% A Pola napas belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Manajemen jalan napas Dx 2 : Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Hipertensi S : - O : - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran - GCS: 6 (Sopor) E:4,M:1,V:1 - Observasi TTV: TD: 140/90mmHg N: 108x/m P: 32x/m S: 37,5°c A : Perfusi serebral belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	Anjel T & Anjelina B
-------------	---	-------------------------------

	- Pemantauan Neurologis - Pemberian Obat Dx 3 : Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit S : - O : - Kulit terasa hangat - S: 37,5°C A : Termoregulasi belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Manajemen hipertermia Dx 4 : Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan S : - O : - Tampak pemenuhan kebersihan diri dan mulut pasien dalam bantuan penuh - Tampak pemenuhan makan pasien dalam bantuan penuh A : Perawatan diri belum meningkat P : Intervensi dilanjutkan - Dukungan perawatan diri - Dukungan perawatan diri BAB/BAK - Dukungan perawatan diri berpakaian - Dukungan perawatan diri mandi	
--	--	--

15 Mei 2025	Dx 1 : Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas S : - O : - Tampak pasien batuk dan masih memproduksi sekret dan saat di suction sekret berwarna kuning kehijauan - Tampak penggunaan otot bantu pernapasan retraksi interkosta menurun - Terdengar bunyi napas tambahan crackles menurun - P : 21 x/mnt - SpO₂ : 100% A : Pola napas mulai membaik P : Intervensi dilanjutkan - Manajemen jalan napas Dx 2 : Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Hipertensi S : - O : - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran - GCS: 6 (Sopor) E:4,M:1,V:1 - Observasi TTV: TD: 140/80mmHg N: 100x/m P: 21x/m S: 36,8°C A : Perfusi serebral mulai meningkat P : Intervensi dilanjutkan - Pemantauan Neurologis	Anjel T & Anjelina B
-------------	---	-------------------------------

	- Pemberian Obat Dx 3 : Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit S : - O : - Kulit terasa hangat - S: 36,8°C A : Termoregulasi teratasi P : Intervensi stop Dx 4 : Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan S : - O : - Tampak pemenuhan kebersihan diri dan mulut pasien dalam bantuan penuh - Tampak pemenuhan makan pasien dalam bantuan penuh A : Perawatan diri belum meningkat P : Intervensi dilanjutkan - Dukungan perawatan diri - Dukungan perawatan diri BAB/BAK - Dukungan perawatan diri berpakaian - Dukungan perawatan diri mandi	
--	--	--

DAFTAR OBAT

A. Obat 1

1. Nama obat : Meprovent
2. Klasifikasi/golongan obat : bronkodilator
3. Dosis umum : 2,5 mg, 3-4 kali sehari
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 : Mengurangi bronkospasme, memperbaiki aliran udara dan meredakan gejala sesak napas dan batuk, obat ini juga bisa menyebabkan relaksasi otot bronkus sehingga saluran udara melebar, sehingga aliran udara ke paru-paru akan meningkat.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami sesak napas, terdengar suara napas *crackles*, serta terdapat sputum yang sulit dikeluarkan.
8. Kontraindikasi : hipersensitivitas, takiaritmia
9. Efek samping obat : efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah takikardia, sakit kepala, kram otot, tremor

B. Obat 2

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.

C. Obat 3

1. Nama obat : sistenol
2. Klasifikasi/golongan obat : Fenilpropanolamin
3. Dosis umum : 1 tablet, 3-4 kali sehari
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 :mengurangi reaksi alergi seperti bersin dan hidung tersumbat dan mata berair.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami flu dan mata berair
8. Kontraindikasi : hipersensitivitas, penyakit jantung koroner
9. Efek samping obat : pusing, tekanan darah meningkat, jantung berdebar

D. Obat 4

1. Nama obat : clopidogrel
2. Klasifikasi/golongan obat : antiplatelet
3. Dosis umum : 75 mg 1 kali sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 kali sehari/NGT
5. Cara pemberian obat : obat diberikan melalui selang NGT bersama makanan yang diberikan pasien
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Mencegah terbentuknya gumpalan darah di arteri
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami stroke iskemik
8. Kontraindikasi : Hipersensitifitas, tukak lambung
9. Efek samping obat : Diare, nyeri perut, mual

E. Obat 5

1. Nama obat : citicolin

2. Klasifikasi/golongan obat : neuroprotektor
3. Dosis umum : 500- 2000 mg perhari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg
5. Cara pemberian obat : disuntikan melalui intra vena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Memperbaiki dan melindungi membrane neuron yang rusak, meningkatkan metabolisme otak dan aliran darah serebral.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami stroke iskemik
8. Kontraindikasi : Hipersensitifitas
9. Efek samping obat : Sakit kepala, insomnia, mual, diare

F. Obat 6

1. Nama obat : Moxifloxacin
2. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
3. Dosis umum : 400mg/250ml
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 400 mg
5. Cara pemberian obat : disuntikan melalui intra vena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Digunakan untuk membunuh bakteri serta menghentikan replika bakteri sehingga menyebabkan kematian sel.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami pneumonia
8. Kontraindikasi : Hipersensitifitas, gangguan irama jantung
9. Efek samping obat : Sakit kepala, pusing, mual, diare

G. Obat 7

1. Nama obat : Omeprazole
2. Klasifikasi/golongan obat : Inhibitor Pompa Proton (PPI)
3. Dosis umum : 20-40mg
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 40 mg
5. Cara pemberian obat : disuntikan melalui intra vena

6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Mengurangi produksi asam lambung dan mencegah iritasi lambung akibat obat atau refluks.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pencegahan efek samping peningkatan asam lambung dari pemberian obat
8. Kontraindikasi : Osteoporosis atau fraktur
9. Efek samping obat : Sakit kepala, nyeri perut, mual, diare

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 82 tahun dengan kasus Pneumonia di ruang *intensive care unit* Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar yang dilakukan dari tanggal 13 mei- 15 mei 2025

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 kurang lebih sudah 1 minggu dirawat di ICU karena mengalami stroke serangan pertama dan mengalami penurunan kesadaran, kemudian sejak 3 hari yang lalu kondisi pasien tiba-tiba mengalami sesak napas disertai demam dan batuk berlendir. Saat dilakukan pengkajian didapatkan diagnosa medik Pneumonia. Saat pengkajian didapatkan tampak pasien sesak, menggunakan retraksi intrerkostal, adanya sputum berwarna kuning kehijauan dan kental, pasien demam, terdengar bunyi napas tambahan crackles, GCS 5 (E3V1M1) sopor.

Pada kasus ini ditemukan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan kesadaran sopor dan GCS 5 (E3V1M1). Menurut Mariyati, (2024) stroke iskemik terjadi ketika aliran darah ke otak tersumbat oleh gumpalan darah atau plak lemak di pembuluh arteri otak, sehingga suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak berkurang atau terhenti. Kondisi ini menyebabkan sel-sel otak kekurangan oksigen (hipoksia) dan akhirnya mati (nekrosis). Penurunan aliran darah ini memicu kerusakan fungsi otak secara

cepat, termasuk gangguan metabolisme sel seperti kerusakan pompa natrium-kalium yang menyebabkan edema sel dan kematian sel otak. Jika area otak yang terpengaruh adalah bagian yang mengatur kesadaran, maka penderita bisa mengalami penurunan kesadaran hingga koma.

Pada pasien stroke iskemik mengalami silent *aspirasi* dan sangat beresiko mengalami pneumonia yang 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 crackles di basal kedua paru, penurunan kesadaran, pemeriksaan laboratorium tampak peningkatan leukosit, pemeriksaan thoraks (Yustiawan et al., 2022).

Pada kasus pasien juga mengalami peningkatan suhu tubuh yang diakibatkan oleh bakteri, di mana pada pemeriksaan laboratorium didapatkan peningkatan leukosit yaitu $24.19 \times 10^3/\mu\text{L}$. Menurut Lacoma, (2023) 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 di ruang ICU Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar sama dengan tanda dan gejala berdasarkan teori.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan pada Ny. M sesuai (PPNI, 2018) 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 dan dahak berwarna kuning kehijauan, terdengar bunyi napas tambahan crackles, RR : 34 x/mnt, SPO₂ : 90%.

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

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

Peneliti mengangkat diagnosa ini karena hemodinamik pasien tidak stabil dan kesadaran menurun.

- c. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi

Peneliti mengangkat diagnosa ini karena didapatkan tanda dan gejala kulit teraba hangat dan suhu tubuh meningkat 38,1 °C, WBC (H) 24.19 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, kerapian, 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 (PPNI, 2018).

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pada diagnosa ini penulis membuat 8 intervensi yaitu : monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan *semi flower*, berikan oksigen, pemberian bronkodilator mukolitik, lakukan suction kurang dari 15 menit, lakukan fisioterapi dada.
- b. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Pada diagnose ini penulis membuat 8 intervensi yaitu: monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, dokumentasi hasil pemantauan, identifikasi kemungkinan alergi obat, monitor efek terapeutik obat, lakukan prinsip enam benar, dokumentasi pemberian obat, jelaskan jenis dan alasan pemberian obat.
- 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.
- 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 didapatkan keadaan pasien masih sama dengan keadaan saat melakukan pengkajian terutama GCS 5 (Sopor) E3V1M1, sesak, batuk berlendir, dan masih terdengar bunyi napas tambahan crackles pada pasien, pasien masih demam dan masih menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal, pada hari kedua implementasi terdapat perubahan peningkatan GCS 6 E4V1M1 (Sopor) namun pasien masih sesak, dan penggunaan otot bantu napas retraksi interkosta, kemudian pada hari ketiga implementasi didapatkan pasien mengalami perubahan seperti pola napas mulai membaik, bunyi napas tambahan crackles mulai menurun GCS 6 (Sopor) E4V1M1 dan hipertermia sudah teratasi.

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 fisioterapi dada sebagai penerapan *Evidence Based Nursing* yang di laksanakan pada tanggal 14 Mei 2025 – 15 Mei 2025 didapatkan pengaruh saturasi oksigen pasien pada hari pertama sebelum diberikan fisioterapi dada saturasi oksigen pasien 90% dan setelah dilakukan tindakan meningkat 98% dan memudahkan pengeluaran dahak saat di suction.
- b. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Pada perawatan hari ketiga perfusi serebral sudah membaik ditandai dengan tekanan darah mulai stabil dan kesadaran meningkat.

- 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 : Kombinasi fisioterapi dada dengan *suction* untuk membantu membebaskan jalan napas, meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan pneumonia.
2. Diagnosa keperawatan: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
3. Luaran yang diharapkan : Pola napas meningkat dengan kriteria hasil hasil dispnea cukup menurun, produksi sputum cukup menurun, frekuensi napas cukup membaik.
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Manajemen jalan napas
5. Pembahasan tindakan keperawatan

- a. Pengertian tindakan keperawatan

Kombinasi fisioterapi dada dan tindakan *suction* adalah prosedur tindakan yang dilakukan dengan melakukan vibrasi yaitu memberi getaran pada dinding dada saat ekspirasi dan *clapping* pada area dada dengan cara telapak tangan ditangkupkan selama 3-5 menit sehingga dapat membantu meningkatkan ventilasi paru-paru dan membantu memfasilitasi pengeluaran sekret.

- b. Tujuan/Rasional

Pada pasien stroke iskemik yang mengalami penurunan kesadaran, tirah baring lama dan mengalami perawatan lebih dari 48 jam di rumah sakit sangat beresiko untuk mengalami infeksi pneumonia nosokomial sehingga akan menimbulkan tanda dan gejala sesak napas, demam dan batuk berdahak, kemudian pada pasien stroke iskemik dengan penurunan kesadaran yang memiliki reflex batuk namun tidak mampu untuk mengeluarkan sekret secara mandiri sangat beresiko untuk menutup jalan napas pasien sehingga diperlukan tindakan keperawatan suction untuk membebaskan jalan napas dan dilakukan fisioterapi dada untuk

merangsang terjadinya batuk dan mencegah terjadinya penumpukan sekret.

c. PICOT EBN

1) PICOT Pasien

a) P (*Population*)

Dalam penulisan karya ilmiah ini ditemukan 1 pasien dengan pneumonia. Kriteria pasien kelolaan adalah pasien dengan sesak napas, menggunakan otot bantu napas retraksi interkostal dengan SPO₂ : 90% dan P : 34x/mnt. Pada pengkajian didapatkan asukultasi terdengar bunyi napas tambahan crackles pada kedua lapang paru. Hal ini yang merupakan indikasi dilakukannya intervensi keperawatan kritis dengan melakukan tindakan kombinasi fisioterapi dada dan *suction* untuk membantu meningkatkan ventilasi paru dan memfasilitasi pengeluaran sekret.

b) I (*Intervention*)

Melakukan Tindakan kombinasi fisioterapi dada dengan *suction*

c) C (*Comparison*)

Tidak ada intervensi pembandingan dalam penelitian ini.

d) O (*Outcome*)

Didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan tindakan pemberian fisioterapi dada dan *suction*, saturasi oksigen pasien berada di 90%, setelah dilakukan tindakan meningkat pada hari kedua 98% dan hari ketiga 100 % serta memudahkan pengeluaran dahak saat di *suction*.

e) T (*Time*)

Intervensi dilakukan pada tanggal 14 Mei 2025 – 15 Mei 2025.

2) PICOT Berdasarkan Penelitian

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
Judul	Pemberian Fisioterapi Dada dan Suction terhadap Perubahan Kadar Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Nafas (Sukhifah et al., 2024)	Pengaruh pemberian fisioterapi dada dan suction terhadap status respiratorik pada pasien di intensive care unit (icu) rsup dr m. Djamil padang (Padilah et al., 2024)	Efektivitas kombinasi fisioterapi dada dan suction terhadap penurunan produksi sputum pada pasien gagal nafas di ruang icu (Rudolph et al., 2022)
P (Population)	Populasi dalam penelitian ini adalah 4 pasien dengan diagnosa gagal nafas dan terpasang ventilator di Ruang ICU RSPAW Salatiga	Populasi dalam penelitian ini adalah 30 pasien dengan diagnosa medis pneumonia	Populasi dalam penelitian ini adalah 3 pasien
I (Intervention)	Intervensi yang diberikan adalah fisioterapi dada dan tindakan suction pada pasien dilakukan selama 3 hari dan dalam sehari dilakukan 2 kali selama 10-15 menit	Intervensi yang diberikan adalah fisioterapi dada dilakukan selama 15 menit dan suction dilakukan pada pagi dan sore hari selama 2 hari.	fisioterapi dada dan tindakan suction satu kali dalam satu hari dengan durasi waktu intervensi 3 menit dan dilakukan selama 3 hari
C (Comparison)	Tidak ada intervensi pembandingan dalam penelitian ini.	Tidak ada intervensi pembandingan dalam penelitian ini.	Tidak ada intervensi pembandingan

			dalam penelitian ini.
O (<i>Outcome</i>)	Penelitian ini menunjukkan ada pengaruh pemberian fisioterapi dada dan suction terhadap peningkatan saturasi oksigen pasien	Penelitian ini menunjukkan adanya perubahan pemberian fisioterapi dada dan tindakan suction terhadap penurunan pernapasan dan peningkatan saturasi oksigen	Penelitian ini menunjukkan setelah 3 hari dilakukan fisioterapi dada dan suction di dapatkan perubahan pernapasan pasien membaik dan saturasi oksigen pasien meningkat.
T (Time)	Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2024 sampai dengan tanggal Juli 2024	Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2024	Penelitian ini dilakukan pada bulan maret 2024

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 di ruang ICU di Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Dari hasil yang didapatkan pada kasus Ny. M sudah dirawat di Ruang ICU selama 1 minggu yang lalu karena stroke serangan pertama dan mengalami penurunan kesadaran kemudian sejak 3 hari yang lalu kondisi pasien memberat tiba-tiba sesak napas disertai demam dan batuk berlendir dan secret kental setelah dilakukan pemeriksaan penunjang foto thorax di dapatkan kesan pneumonia, pasien mengalami sesak napas disertai dengan batuk, tampak retraksi interkostal, terdengar bunyi napas tambahan crackles, kesadaran sopor E:3M:1V:1, dan febris dengan tanda-tanda vital, TD 160/80mmHg, HR 114x/mnt, RR 34x/mnt, S 38,1°C, SPO₂ 90%.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada kasus Ny. M yaitu : pola napas tidak efektif, perfusi serebral tidak efektif, 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 kombinasi fisioterapi dengan *suction* dada pada pasien dengan pneumonia untuk memperbaiki ventilasi paru dan meningkatkan saturasi oksigen. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan rekan mahasiswa dan perawat ruangan di ruangan ICU.

4. Implementasi keperawatan

Setelah perawatan selama tiga hari dengan menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) dan sebelum dilakukan tindakan pemberian fisioterapi dada dan *suction*, saturasi oksigen pasien berada di 90%, setelah dilakukan tindakan meningkat pada hari kedua 98% dan hari ketiga 100 % serta memudahkan pengeluaran dahak saat di *suction*.

5. Evaluasi keperawatan

Dari hasil evaluasi yang telah dilakukan pada pasien menunjukkan bahwa pola napas mulai membaik, perfusi serebral mulai meningkat dan termoregulasi membaik.

B. Saran

1. Bagi rumah sakit

Diharapkan selalu mempertahankan mutu pelayanan tindakan keperawatan secara *continue* yang mencakup observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi, sehingga dapat membantu meningkatkan derajat kesehatan serta mencegah terjadinya infeksi nosokomial dan komplikasi lainnya yang tidak diinginkan.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan kiranya karya ilmiah ini dapat bermanfaat dan menjadi pengalaman agar kedepan menjadi perawat yang profesional, serta dilakukannya pembaharuan referensi-referensi yang ada khususnya terkait penyakit pneumonia.

3. Bagi profesi keperawatan

Penulis mengharapkan untuk tetap meningkatkan asuhan keperawatan secara komperhensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik untuk pasien maupun perawat sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association*, (2021). Profil Temporal Pneumonia Pasca Stroke.
- Abdjul, R. L., & Herlina, S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia*. 2(2), 102–107.
- Arianti, E. R. (2023). Hubungan Lanjut Usia Dengan Kejadian Pneumonia Komunitas Di RSUD Provinsi NTB Tahun 2023. In *Universitas Islam Negeri*.
- Asril, A., & Nikmawati, S. (2024). Gambaran Pneumonia pada Penderita Stroke yang Dirawat di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD M. Natsir. *ScientificJournal*, 3(2), 114–118.
<https://doi.org/10.56260/sciena.v3i2.142>
- Fathiyah Isbaniah, & Agus Dwi Susanto. (2020). Pneumonia Corona Virus Infection Disease-19 (COVID-19). *Journal Of The Indonesian Medical Association*, 70(4), 87–94. <https://doi.org/10.47830/jinma-vol.70.4-2020-235>
- Hidayani, R. (2022). Pneumonia : Epidemiologi, Faktor Risiko Pada Balita. *CV.Pena Persada*, 1–20. <https://osf.io/preprints/thesiscommons/adn5z>
- Mardalena, I. (2021). *Dasar-dasar ilmu gizi dalam keperawatan: Konsep dan penerapan pada asuhan keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Masitah, S. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Bronkopneumonia Disertai Hipertermi Di Ruang Baitun Nisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*.
- Muhafidzah, N. F., Pranggono, E. H., Wibisono, Y., & Juli, C. (2021). *Faktor Faktor Risiko terjadinya Pneumonia pada Stroke Akut di RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung Risk Factors of Pneumonia in Acute Stroke at Hasan Sadikin Hospital Bandung*. 10(3), 151–161.
- Padilah, AlfikaL, & Linmus. (2024). Musyawarah Masyarakat Desa (MMD I dan MMD II) Serta Implementasi Praktif Profesi Keperawatan

- Komunitas di RW 10 RT 01-06 Kecamatan Priuk KOta Tangerang. *Ilmu Kesehatan*, 4(1), 1–6. <https://doi.org/10.5455/mnj.v1i2.644xa>
- Patmah, P., Mariana, E. R., & Purwati Ningsih, E. S. (2022). Literature Review Faktor yang Mempengaruhi Pneumonia Aspirasi pada Pasien Stroke dengan Disfagia. *Jurnal Citra Keperawatan*, 10(2), 73–80. <https://doi.org/10.31964/jck.v10i2.260>
- Pingan, W., Kaunang, J., Kalele, G., & Nelwan, A. M. (2024). *Patogenesis penyakit infeksi*. November, 0–9.
- Prat, C., & Lacoma, A. (2020). 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>
- Pratiwi, R. I., & Nurcahyo, H. (2023). Penggunaan Antibiotik dan Etiologi Pasien Pneumonia di RSUP Dr. Sardjito. *Parapemikir: Jurnal Ilmiah Farmasi*, 12(1), 113. <https://doi.org/10.30591/pjif.v12i1.4808>
- Putri, R. A. A., & Novitasari, D. (2022). Latihan Batuk Efektif Pada Pasien Dengan Pneumonia. *Jurnal Sehat Mandiri*, 17(1), 87–98. <http://jurnal.poltekkespadang.ac.id/ojs/index.php/jsm>
- Rasyid, A. (2020). Peran Sistem Imun Terhadap Terjadinya Pneumonia Terkait Stroke. *Majalah Kedokteran Neurosains Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia*, 36(4), 322–329. <https://doi.org/10.52386/neurona.v36i4.94>
- Relica, C., & Mariyati. (2024). Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal. *Peran Mikronutrisi Sebagai Upaya Pencegahan*, 14(3), 75–82.
- Riskesdas. (2023). *Pneumonia*.
- Rohmah, D. N. (2020). Management Kasus Gagal Nafas Pada Penyakit Pneumonia. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 13(1), 22–30.
- Rudolph, M. W., Slager, S., Burgerhof, J. G. M., van Woensel, J. B. M., Alffenaar, J. W. C., Wösten - van Asperen, R. M., de Hoog, M., IJland, M. M., & Kneyber, M. C. J. (2022). Paediatric Acute Respiratory Distress Syndrome Neuromuscular Blockade study (PAN-study): a

phase IV randomised controlled trial of early neuromuscular blockade in moderate-to-severe paediatric acute respiratory distress syndrome.

Trials, 23(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05927-w>

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.e-journal.id/JIP/article/download/1951/1514/>

Sartiwi, W., Nofia, V. R., & Sari, I. K. (2022). Latihan batuk efektif pada pasien pneumonia di RSUD Sawahlunto. *Jurnal Abdimas Saintika*, 3(1), 1–8.

<https://jurnal.syedzasaintika.ac.id/index.php/abdimas/article/download/1124/786>

Subanada, I. B., & Purniti, N. P. S. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pneumonia Bakteri pada Anak. *Sari Pediatri*, 12(3), 184. <https://doi.org/10.14238/sp12.3.2010.184-9>

Sukhifah, S., Sukesi, N., Winarti, R., Hadi, W. C., Heru, W., Widya, U., & Semarang, H. (2024). *Pemberian Fisioterapi Dada dan Suction terhadap Perubahan Kadar Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Nafas Providing Chest Physiotherapy and Suction on Changes in Oxygen Saturation Levels in Respiratory Failure Patients Berdasarkan latar belakang diatas mak. 2*, 113–120.

Tania, N., & Kuntarti, K. (2021). Perilaku Perawat dalam Mencegah Aspirasi pada Pasien Stroke. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 17(3), 101–107. <https://doi.org/10.7454/jki.v17i3.455>

Thalib, A. H., & St. Arisah. (2023). Penerapan Manajemen Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Sebagai Terapi Kepatenaan Jalan Nafas Pada Pasien Dengan Penyakit Pneumonia Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rs TK II Pelamonia. *Jurnal Mitrsehat*, 12(2), 262–272. <https://doi.org/10.51171/jms.v12i2.334>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Definisi dan Indikator. Persatuan Perawt Indonesia. (2018).

Tim Pokja SIKI DPP PPNI Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Persatuan Perawat Indonesia. (2018).

Tim Pokja SLKI DPP PPNI Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria (SLKI). Persatuan Perawat Indonesia. (2018).

Yudo, T. (2025). *Overview of Risk Factors for Pneumonia Incidence in Acute Stroke Patients*. 26(4), 68–77.

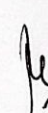
Yustiawan, E., Immawati, & Dewi, N. R. (2022). Penerapan Inhalasi Sederhana Menggunakan Minyak Kayu Putih Untuk Meningkatkan Bersihan Jalan Nafas Pada Anak Dengan Ispa Di Wilayah Kerja Puskesmas Metro Tahun 2021. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(1), 147–155.

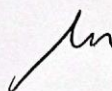
Zuriati, S., Suriya, S., & Ananda, Y. (2021). Buku Ajar Asuhan keperawatan medikal bedah Gangguan Pada Sistem Respirasi. *Penerbit Sinar Ultima Indah*, 95–114.

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH

Nama : 1. Anjelina Bontong (NS2414901034)
 2. Angel Tuwatanassy (NS2414901032)
 Program : Profesi Ners
 Pembimbing : Mery Solon, Ns.,M.Kes
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Pneumonia
 di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis
 Jaury Jusuf Putera Makassar

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Paraf		
			Pembimbing I	Penulis	
				1	2
1.	13 Mei 2025	Lapor kasus (ACC)			
2.	15 Mei 2025	Konsul askep 1. Masukan terapi obat stroke pasien dan tambahkan reflex babinski 2. Perbaiki pengkajian pola aktivitas parese,paralisis dan kaku kuduk pada pasien 3. Ganti diagnose bersihan jalan napa dengan pola napas tidak efektif , untuk SLKI sesuaikan dengan analisa data dan evalusai sesuaikan			

		dengan luaran 4. Masukkan diagnosa stroke			
3.	20 Mei 2025	Konsul askep dan hasil revisi sebelumnya 1. Tambahkan jumlah urin berapa jam pada pengkajian 2. Tambahkan bunyi napas tambahan pada riwayat keluhan utama dan tambahkan pengkajian uji saraf kranial 3. Tambahkan intervensi tentang suction dan intervensi pemberian obat pada diagnosa kedua			
4.	4 Juni 2025	konsul BAB 3,4 dan 5 1. Tambahkan bunyi napas tambahan pada luaran dx 1 2. Tambahkan rute pemberian obat pada implementasi dan tambahkan monitor terapi oksigen pada implementasi hari ke 2 3. Perbaiki penulisan citasi			

		4. Pada EBN tambahkan jurnal internasional, dan pada intervensi masukan berapa kali tindakan dilakukan 5. Tambahkn hasil dari implementasi EBN di bab V			
5.	5 Juni 2025	Konsul revisi BAB 3,4 dan 5 (ACC)			

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH

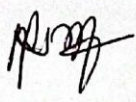
Nama : 1. Anjelina Bontong (NS2414901034)
 2. Angel Tuwatanassy (NS2414901032)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Pneumonia
 di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Akademis
 Jaury Jusuf Putera Makassar

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Paraf		
			Pembimbing 2	Penulis	
				1	2
1.	3 juni 2025	Konsul BAB 1 dan 2 1. Perbaiki latar belakang paragraph awal fokus langsung penjelasan pneumonia 2. Ganti gambar anatomi sistem pernapasan dengan gambar anatomi pada alveoli 3. Perhatikan dalam penomoran penulisan 4. Isi Konsep dasar keperawatan fokus pada kasus 5. Pola Gordon sesuaikan dengan			

		manifestasi dikasus 6. Perbaiki <i>discharge</i> <i>plannig</i>			
2.	5 Juni 2025	Konsul hasil revisi 1.Paragraf akhir bab 1 fokus pada masalah pneumonia serta peran perawat dan tambahkan penjelasan tentang EBN 2.Ganti gambar anatomi			
3.	9 Juni 2025	Konsul hasil revisi 1. bab 1 paragraf terakhir ACC			

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Anjelina Bontong
Tempat/Tanggal Lahir : Merauke, 22 Agustus 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen
Alamat : Jln. Datuk Museng No. 21D

2. Identitas Orang Tua/Wali

Ayah/ibu : Ruben Bontong/Martina Palungan
Agama : Kristen
Pekerjaan : Petani
Alamat : Merauke

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Torrok Datu : 2008-2009
SD Inpres Asiki : 2009-2014
SMP Negeri Asiki : 2014-2017
SMA Negeri 3 Merauke : 2017-2020
STIK Stella Maris Makassar : 2020-2025

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama	: Anjel Tuwatanassy
Tempat/Tanggal Lahir	: Passo, 09 Maret 2002
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen
Alamat	: Ambon

2. Identitas Orang Tua/Wali

Ayah/ibu	: Erwin Tuwatanassy/Rachel Tuwatanassy
Agama	: Kristen
Pekerjaan	: Wiraswata
Alamat	: Ambon

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Kristen Ambon	: 2008-2009
SD N 3 Tomlina Ambon	: 2009-2014
SMP Negeri 9 Ambon	: 2014-2017
SMK Kesehatan Ambon	: 2017-2020
STIK Stella Maris Makassar	: 2020-2025