KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA PASIEN DENGAN *PNEUMONIA BILATERAL* DI RUANGAN IGD RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH :

FEDERIKO WODA SADO	**NS2514901022**
GREIZ ONESAWANTI	**NS2514901030**

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

TAHUN 2026

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA PASIEN DENGAN *PNEUMONIA BILATERAL* DI RUANGAN IGD RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH :

FEDERIKO WODA SADO	**NS2514901022**
GREIZ ONESAWANTI	**NS2514901030**

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

TAHUN 2026

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Federiko Woda Sado NS2514901022
2. Greiz Onesawanti NS2514901030

Menyatakan dengan sungguh bahwa karya ilmiah akhir ini hasil karya kami pribadi dan bukan duplikasi ataupun *plagiasi* (jiplakan) dari hasil karya ilmiah orang lain.

Makassar, 18 Maret 2026

Yang menyatakan,



Federiko Woda Sado



Greiz Onesawanti

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien dengan *Pneumonia Bilateral* di Ruangan IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama : 1. Federiko Woda Sado (NS2514901022)
2. Greiz Onesawanti (NS2514901030)

Disetujui Oleh

Pembimbing 1	Pembimbing 2
Mery Sambo, Ns., M.Kep	Asrijal Bakri, Ns., M.Kes
NIDN :030058102	NIDN :0918087701

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar

Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D
NIDN : 0913068201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama	:	1. Federiko Woda Sado (NS2514901022) 2. Greiz Onesawanti (NS2514901030)
Program Studi	:	Profesi Ners
Judul KIA	:	Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien dengan Pneumonia Bilateral di Ruangan IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	: Mery Sambo, Ns., M.Kep	(.....)
Pembimbing 2	: Asrijal Bakri, Ns., M.Kes	(.....)
Penguji 1	: Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep	(.....)
Penguji 2	: Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D	(.....)

Ditetapkan di : **Makassar**

Tanggal : **06 Agustus 2026**

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB., Ph.D

NIDN : 0913098201

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : 1. Federiko Woda Sado (NS2514901022)
2. Greiz Onesawanti (NS2514901030)

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, 06 Agustus 2026

Yang menyatakan,

Federiko Woda Sado

Greiz Onesawanti

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien dengan *Pneumonia Bilateral* di Ruangan IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar" tepat pada waktunya.

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

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

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

1. Fransiska Anita E. R. Sa'pang, Ns., M.Kep., Sp.KMB., Ph.D selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris sekaligus penguji 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
3. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni, dan Inovasi STIK Stella Maris.
5. Wirmando, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris STIK Stella Maris.

6. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris sekaligus selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
7. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat STIK Stella Maris.
8. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku pembimbing 1 yang telah memberikan masukan dan pengarahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes selaku pembimbing 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
10. Bapak dan Ibu Dosen beserta Staff Pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing dan memberi pengarahan selama perjalanan pendidikan penulis.
11. Ny. “L” selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
12. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Federiko (Bapak Petrus Nita dan Ibu Veronika Mia) dan Greiz (Bapak Andarias Bambang dan Ibu Dena Mintin Para'pak), serta keluarga, teman-teman, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, motivasi yang tiada henti sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang besifat membangun guna memperbaiki penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, 18 Maret 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**

HALAMAN JUDUL ..... **ii**

PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **iii**

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR ..... **iv**

HALAMAN PENGESAHAN ..... **v**

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **vi**

KATA PENGANTAR ..... **vii**

DAFTAR ISI ..... **ix**

DAFTAR TABEL ..... **xi**

DAFTAR GAMBAR ..... **xii**

DAFTAR LAMPIRAN ..... **xiii**

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 4
   1. Tujuan Umum 4
   2. Tujuan Khusus 4
C. Manfaat Penulisan 4
   1. Bagi Instansi Rumah Sakit 4
   2. Bagi Profesi Keperawatan 4
   3. Bagi Institusi Pendidikan 4
D. Metode Penulisan 5
   1. Studi Kepustakaan 5
   2. Studi Kasus 5
E. Sistematika Penulisan 5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik 7
   1. Pengertian 7
   2. Anatomi Fisiologi 8
   3. Etiologi 12
   4. Klasifikasi 14
   5. Patofisiologi dan Pathway 15

6. Manifestasi Klinik 22
7. Tes Diagnostik 23
8. Penatalaksanaan Medik 24
9. Komplikasi 25
B. Konsep Dasar Keperawatan 26
1. Pengkajian 26
2. Diagnosa Keperawatan 28
3. Perencanaan Keperawatan 28
4. Discharge Planning 35

BAB III PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus 36
B. Pengkajian Keperawatan 37
C. Diagnosa Keperawatan 48
D. Intervensi Keperawatan 50
E. Implementasi Keperawatan 51
F. Evaluasi Keperawatan 53
G. Daftar Obat yang Diberikan pada Pasien 54

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 56
B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* 65

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan 71
B. Saran 72

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium 47

Tabel 4.1. PICOT pada Kasus 66

Tabel 4.2. PICOT pada Artikel Jurnal 68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Struktur Sistem Pernapasan 8

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Konsultasi Pembimbing Karya Ilmiah Akhir

Lampiran 2. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang menyebabkan tingginya angka kematian akibat infeksi saluran pernapasan yang menyerang hidung sampai alveoli (Zolanda et al., 2022). Pneumonia sendiri adalah penyakit yang menyerang jaringan (paru-paru) tepatnya di alveoli yang disebabkan oleh beberapa mikroorganisme seperti virus, bakteri, jamur, maupun mikroorganisme lainnya (Kemenkes RI, 2023).

Pneumonia merupakan infeksi akut pada paru yang menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di dunia, terutama di negara berkembang. Beban global pneumonia masih sangat tinggi. Berdasarkan *Global Burden of Disease* 2023, pneumonia menyebabkan 2,5 juta kematian di seluruh dunia, dengan 70% kematian terjadi pada anak usia <5 tahun dan lansia ≥70 tahun (Nugraheny et al., 2026).

Negara yang beriklim tropis berisiko memudahkan perkembangbiakan mikroorganisme, baik yang patogen maupun yang non patogen. Hal ini dipicu oleh kelembapan dan curah hujan tinggi, serta perubahan iklim. Hujan lebat menyebabkan banjir, penurunan kualitas air dan sanitasi, serta meningkatkan kerumunan di dalam ruangan dengan ventilasi buruk sehingga mempercepat penularan infeksi pernapasan (Manik et al., 2025). Iklim tropis yang lembab memungkinkan patogen seperti Streptococcus pneumoniae bertahan lebih lama di permukaan benda. Pada musim hujan, peningkatan kelembapan dan kebiasaan beraktivitas di dalam ruangan meningkatkan kontak antarindividu sehingga mempermudah transmisi patogen pernapasan (Amalia et al., 2026). Systematic review di Asia Tenggara periode 2020-2025 menyimpulkan bahwa polusi udara,

peningkatan suhu, kelembapan, dan kejadian cuaca ekstrem berhubungan signifikan dengan peningkatan penyakit pernapasan. Kelompok yang paling rentan adalah anak-anak, lansia, komunitas miskin, dan pekerja luar ruangan (Systematic Review SEA, 2025).

Menurut *World Health Organization* (WHO), pneumonia merupakan salah satu penyebab utama kematian akibat penyakit infeksi di dunia, terutama pada anak usia di bawah lima tahun. Pada tahun 2019, pneumonia menyebabkan sekitar 740.180 kematian anak balita atau setara dengan 14% dari seluruh kematian pada kelompok usia tersebut secara global. Pneumonia masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, dengan beban penyakit tertinggi ditemukan di kawasan Asia Selatan dan Afrika Sub-Sahara (WHO, 2022).

Di Indonesia berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi pneumonia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala mencapai 10,8% pada seluruh kelompok umur. Prevalensi pneumonia pada kelompok lansia tergolong tinggi, yaitu 12,4% pada usia 65–74 tahun dan 12,6% pada usia ≥75 tahun. Data Provinsi Sulawesi Selatan prevalensi pneumonia sebesar 15,5%, lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional 10,8%, sehingga menunjukkan bahwa kejadian pneumonia di Sulawesi Selatan masih tergolong tinggi (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Di Kota Makassar berdasarkan Profil Kesehatan Kota Makassar mencatat bahwa pada tahun 2023 terdapat 410 kasus pneumonia balita yang ditemukan dan ditangani dari estimasi 25.726 kasus. Selain itu, laporan tahun 2024 menyoroti adanya peningkatan tren pneumonia dan pentingnya deteksi dini terutama pada kelompok rentan seperti balita dan lansia (DinKes Kota Makassar, 2024).

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat dibuktikan bahwa prevelensi pneumonia tiap tahunnya selalu meningkat. Selain itu,

faktor usia menjadi salah satu faktor peningkatan angka kejadian dan kematian akibat pneumonia di Indonesia maupun di dunia terutama pada lansia. Pneumonia menjadi salah satu kasus yang penting ditangani di Instalasi Gawat Darurat (IGD) karena penyakit ini dapat berkembang dengan cepat dan menyebabkan gangguan pernapasan yang mengancam jiwa. Proses inflamasi pada paru-paru mengakibatkan alveoli terisi cairan atau eksudat sehingga mengganggu pertukaran oksigen dan karbon dioksida. Kondisi tersebut dapat menyebabkan hipoksemia, peningkatan kerja napas, gagal napas akut, sepsis, hingga syok septik apabila tidak segera mendapatkan penanganan yang adekuat.

Pasien pneumonia yang datang ke IGD sering menunjukkan tanda-tanda klinis seperti sesak napas, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan, penurunan saturasi oksigen, demam tinggi, dan penurunan kesadaran pada kasus yang berat. Oleh karena itu, penanganan cepat melalui triase, pengkajian status respirasi, pemberian oksigen, pemantauan hemodinamik, serta kolaborasi terapi medis sangat diperlukan untuk mencegah perburukan kondisi dan menurunkan risiko kematian.Maka pentingnya peranan perawat pada pasien pneumonia. Seperti halnya yang ditemukan oleh peneliti yaitu pasien masuk dengan keluhan sesak napas, batuk berlendiri dengan kesadaran menurun yang dirawat di ruangan IGD. Demikian ditemukan kasus seperti ini peran perawat dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan, tindakan utama yang dilakukan secara sistematis dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi, dilakukan secara komprehensif baik bio, psiko, sosial dan spiritual yang bertujuan untuk mencegah komplikasi yang lebih fatal. Maka dari itu penulis tertarik untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan peumonia sebagai Karya Ilmiah Akhir yang dilakukan di ruang IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. **Tujuan Umum**

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

2. **Tujuan Khusus**

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

C. Manfaat Penulisan

1. **Bagi Instansi Rumah Sakit**

   Dapat digunakan sebagai bahan penerapan kepada perawat di ruang gawat darurat untuk melakukan pemberian asuhan kepada pasien dengan diagnosa medik pneumonia bilateral.

2. **Bagi Profesi Keperawatan**

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

3. **Bagi Institusi Pendidikan**

   Sebagai sumber tambahan referensi bagi mahasiswa/i mengenai penerapan penanganan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik pneumonia bilateral.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, penulis menggunakan metode *deskriptif* dengan menggunakan 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. Observasi

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

   b. Wawancara

      Peneliti mengadakan wawancara dengan keluarga melalui pertanyaan langsung.

   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, menfaat 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 pegkajian, 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

TUJUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Pneumonia

1. Pengertian

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

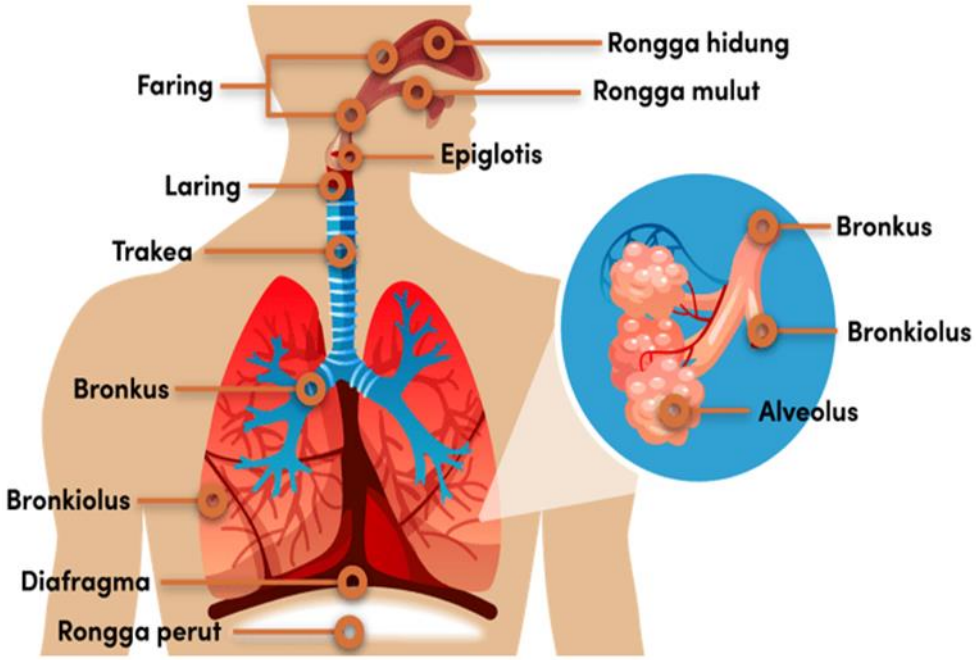
Pneumonia merupakan infeksi pada paru ruang bersifat akut. Penyebabnya adalah bakteri, virus, jamur, bahan kimia atau kerusakan fisik dari paru-paru, dan bisa juga disebabkan pengaruh dari penyakit lainnya (Yustiawan et al., 2022).

Pneumonia bilateral merupakan bentuk pneumonia yang menyerang kedua paru secara bersamaan. Kondisi ini juga disebut sebagai *double pneumonia* atau *multifocal pneumonia*. Pada pneumonia bilateral terjadi peradangan pada alveoli di kedua paru sehingga fungsi pertukaran gas terganggu secara signifikan (Manik et al., 2025).

Berdasarkan definisi di atas maka dapat disimpulkan bahwa pneumonia adalah infeksi akut pada saluran pernapasan bawah yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, atau faktor lain dan menyebabkan gangguan pertukaran gas, sedangkan pneumonia bilateral adalah bentuk pneumonia yang menyerang kedua paru secara bersamaan sehingga gangguan fungsi paru menjadi lebih berat.

2. Anatomi Fisiologi

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



Gambar 2.1. Strukur Sistem Pernapasan (Amalia et al., 2026)

a) Anatomi

1) Hidung

Bagian dalam hidung terdiri dari rongga hidung, dibagi oleh septum yang merupakan garis tengah pada hidung. Reseptor penciuman terletak di mukosa pada bagian superior hidung yang berbentuk seperti celah, tepat di bawah tulang ethmoid. Rongga hidung mengeluarkan lendir yang membantu menghilangkan partikel debu dari udara dan juga menormalkan udara sesuai dengan suhu

tubuh. Hidung mempunyai fungsi yaitu, menghangatkan, menyaring dan membasahi udara sebelum mencapai paru-paru.

2) Faring

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

3) Laring

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

4) Trakea

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

5) Bronkiolus

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

6) Alveolus

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

7) Paru – paru

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

b) Fisiologi

Pernapasan merupakan proses fisiologis yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan oksigen jaringan dan membuang karbondioksida hasil metabolisme. Proses ini terdiri dari ventilasi paru, difusi gas di membran alveolo-kapiler, transportasi gas oleh darah, dan regulasi oleh sistem saraf

serta kimiawi. Mekanisme ventilasi terjadi melalui kontraksi otot diafragma dan otot interkostal eksternal saat inspirasi, sehingga tekanan intrapleura menjadi negatif dan udara masuk ke paru. Saat ekspirasi, otot-otot tersebut relaksasi sehingga tekanan intrapleura meningkat dan udara keluar. Setelah udara mencapai alveoli, pertukaran gas O_2 dan CO_2 terjadi secara difusi pasif di membran alveolo-kapiler karena adanya perbedaan tekanan parsial. O_2 yang berdifusi ke kapiler akan diikat oleh hemoglobin eritrosit dan dibawa ke jaringan, sedangkan CO_2 dari jaringan diangkut dalam bentuk bikarbonat dan sebagian terikat pada hemoglobin untuk dikeluarkan melalui ekspirasi. Regulasi pernapasan dilakukan oleh pusat pernapasan di medula oblongata dan pons yang dipengaruhi oleh kemoreseptor pusat terhadap kadar CO_2 dan pH cairan serebrospinal, serta kemoreseptor perifer di badan karotis dan aorta terhadap kadar O_2, CO_2, dan pH darah. Selain itu, surfaktan yang diproduksi oleh sel alveolar tipe II berperan penting dalam menurunkan tegangan permukaan alveoli sehingga mencegah kolaps pada saat ekspirasi dan menjaga kepatuhan paru (Amalia et al., 2026).

Pneumonia merupakan infeksi akut pada saluran napas bawah yang menyebabkan peradangan pada parenkim paru, terutama di alveoli dan membran alveolo-kapiler. Alveoli merupakan unit fungsional utama paru yang berperan dalam pertukaran gas O_2 dan CO_2. Pada kondisi pneumonia, terjadi proses inflamasi yang menyebabkan alveoli terisi oleh eksudat berupa cairan, nanah, sel darah putih, dan fibrin. Selain itu terjadi edema interstisial, konsolidasi paru, serta kerusakan surfaktan yang mengakibatkan alveoli mudah kolaps atau mengalami atelektasis. Perubahan patologis tersebut menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

(V/Q mismatch), penurunan difusi oksigen, dan hipoksemia berat. Pada pneumonia bilateral, lebih dari 50% luas permukaan pertukaran gas terganggu sehingga dapat memicu komplikasi berat seperti ARDS, sepsis, syok, hingga gagal napas yang mengancam nyawa. Selain alveoli, bronkiolus terminalis juga mengalami sumbatan akibat mukus dan eksudat sehingga menambah hambatan aliran udara (Amalia et al., 2026).

Demi mempertahankan homeostasis oksigen, tubuh melakukan mekanisme kompensasi. Secara respirasi terjadi takipnea dan peningkatan kedalaman napas untuk merekrut alveoli yang masih sehat, serta penggunaan otot bantu napas. Secara kardiovaskular terjadi takikardia untuk meningkatkan curah jantung dan pengiriman oksigen ke jaringan, serta vasokonstriksi paru hipoksik yang mengalihkan aliran darah dari area yang tidak beraerasi ke area paru yang masih berfungsi. Secara hematologi terjadi peningkatan produksi eritrosit dalam jangka panjang untuk meningkatkan kapasitas pengikatan oksigen. Sementara itu sistem imun merespon melalui inflamasi, fagositosis oleh makrofag alveolar, dan pembentukan antibodi. Jika mekanisme kompensasi tersebut gagal, maka akan terjadi hipoksemia berat, asidosis respiratorik dan metabolik, kelelahan otot napas, dan berakhir pada gagal napas (Manik et al., 2025).

3. Etiologi

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

a. Infeksi

1) Virus pernapasan yang paling sering dan lazim yaitu mycoplasma pneumonia yang terjadi pada usia beberapa tahun pertama dan anak sekolah dan dewasa muda.

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

b. Faktor lain

Selain bakteri dan virus, pneumonia juga dapat disebabkan oleh jamur, parasit, aspirasi, bahan kimia, alergen, radiasi, dan obat-obatan yang menyebabkan peradangan pada parenkim paru. Di Indonesia, faktor lingkungan seperti polusi udara PM2,5, ventilasi rumah yang buruk, dan kondisi rumah tidak layak huni berperan sebagai kontributor utama terjadinya pneumonia non-infeksi dan oportunistik (Amalia et al., 2023). Kelompok yang paling rentan terhadap kondisi ini adalah balita, terutama bayi berat lahir rendah karena memiliki jumlah alveoli yang lebih sedikit, produksi surfaktan belum optimal, dan sistem imun yang belum matang (Nugraheny et al., 2026). Oleh karena itu, pencegahan pneumonia di Indonesia tidak hanya berfokus pada infeksi, tetapi juga pada perbaikan kualitas lingkungan dan perlindungan kelompok rentan (Manik et al., 2025).

4. Klasifikasi

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

a. Pneumonia lobaris, melibatkan seluruh atau satu bagian besar dari satu atau lebih lobus paru. Bila kedua paru terkena, maka dikenal sebagai pneumonia bilateral atau “ganda”.
b. Pneumonia lobaris (bronkopneumonia) terjadi pada ujung akhir bronkhiolus yang dapat tersumbat oleh eksudat mukopuren untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus.
c. Pneumonia interstitial (bronkolitis) proses inflamasi yang terjadi didalam dinding alveolar (interstitium) dan jaringan peribrokial serta interlobular.

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

a. Pneumonia Komunitas

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

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

   Orang yang kesehatan secara umumnya buruk atau tidak aktif secara fisik, lansia serta pasien gangguan paru kronik, paling rentan terhadap pneumonia bakteri infeksius, orang yang

menggunakan zat seperti alkohol, dan kokain, sangatlah rentan.

d. Pneumonia Virus

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

e. Pneumonia Aspirasi

Disebabkan oleh infeksi kuman, pneumonitis kimia akibat aspirasi bahan toksit, akibat aspirasi cairan insert misalnya cairan makanan atau lambung, edema paru, dan obstruksi mekanik simple oleh bahan padat (Subanada et al., 2010).

f. Pneumonia Pada Gangguan Imun

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

5. Patofisiologi dan Pathway

Menurut Pambudi (2023) faktor predisposisi yang berperan adalah usia di atas 60 tahun. Pada usia lanjut terjadi perubahan fisiologis berupa alveoli yang membesar dan berkurangnya elastisitas bronkus. Kondisi ini menyebabkan seseorang menjadi lebih rentan terhadap mikroorganisme sehingga mudah mengalami infeksi hingga ke paru-paru.Faktor presipitasi terdiri dari beberapa hal. Pertama, adanya mikroorganisme seperti virus, jamur, dan bakteri yang masuk ke dalam tubuh melalui inhalasi dan mencapai saluran pernapasan bawah hingga alveoli. Kedua, malnutrisi yang menyebabkan daya tahan tubuh menurun

sehingga lebih mudah terpapar virus. Ketiga, polusi udara yang menyebabkan partikel debu terhirup, fungsi silia menurun, dan akhirnya mempermudah terjadinya akumulasi debu yang tertahan di saluran pernapasan. Keempat, kepadatan tempat tinggal dengan ventilasi tidak memadai dapat menghambat pertukaran udara sehingga pertumbuhan kuman penyakit menjadi lebih cepat. Kelima, kebiasaan merokok yang menyebabkan iritasi pada saluran pernapasan dan meningkatkan sekresi mukus yang mengandung bakteri. Terakhir, konsumsi alkohol yang dapat melemahkan daya tahan tubuh.Semua faktor tersebut bermuara pada terjadinya infeksi yang mencapai paru-paru, dan pada akhirnya dapat menyebabkan pneumonia.

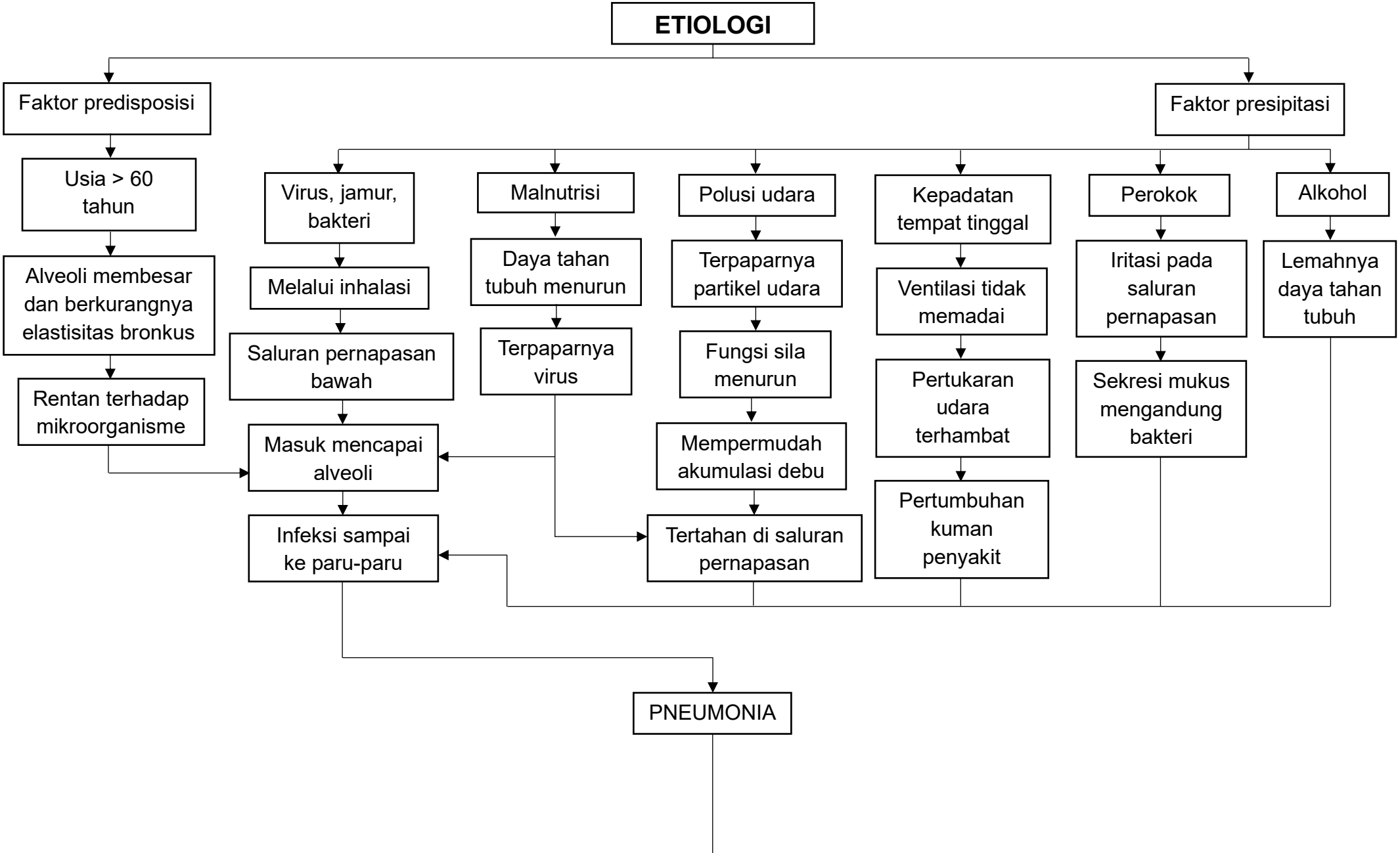
Respon inflamasi menyebabkan dua hal utama. Pertama, terjadi rangsangan sel goblet. Akibatnya muncul bau mulut tidak sedap yang memicu anoreksia sehingga intake makanan menurun. Tujuan akhirnya adalah BB menurun. Selain itu, rangsangan sel goblet juga menyebabkan penumpukan sekret di jalan napas sehingga terjadi sumbatan jalan napas. Kedua, terjadi peningkatan aliran dan permeabilitas kapiler. Pada kondisi ini sel mast akan melepas mediator kimiawi dan kuman mengeluarkan zat pirogen. Keduanya memicu pelepasan histamin dan prostaglandin yang mengakibatkan 2 efek. Efek pertama, terjadi perpindahan eksudat plasma ke ruang interstitium yang menyebabkan penimbunan cairan dan penurunan produksi surfaktan sehingga menimbulkan atelektasis dan kolaps alveoli. Efek kedua, fagosit melepaskan enosgenus pirogen yang dibawa oleh aliran darah sampai ke hipotalamus. Akibatnya terjadi peningkatan suhu tubuh dengan suhu > 37,5°C.

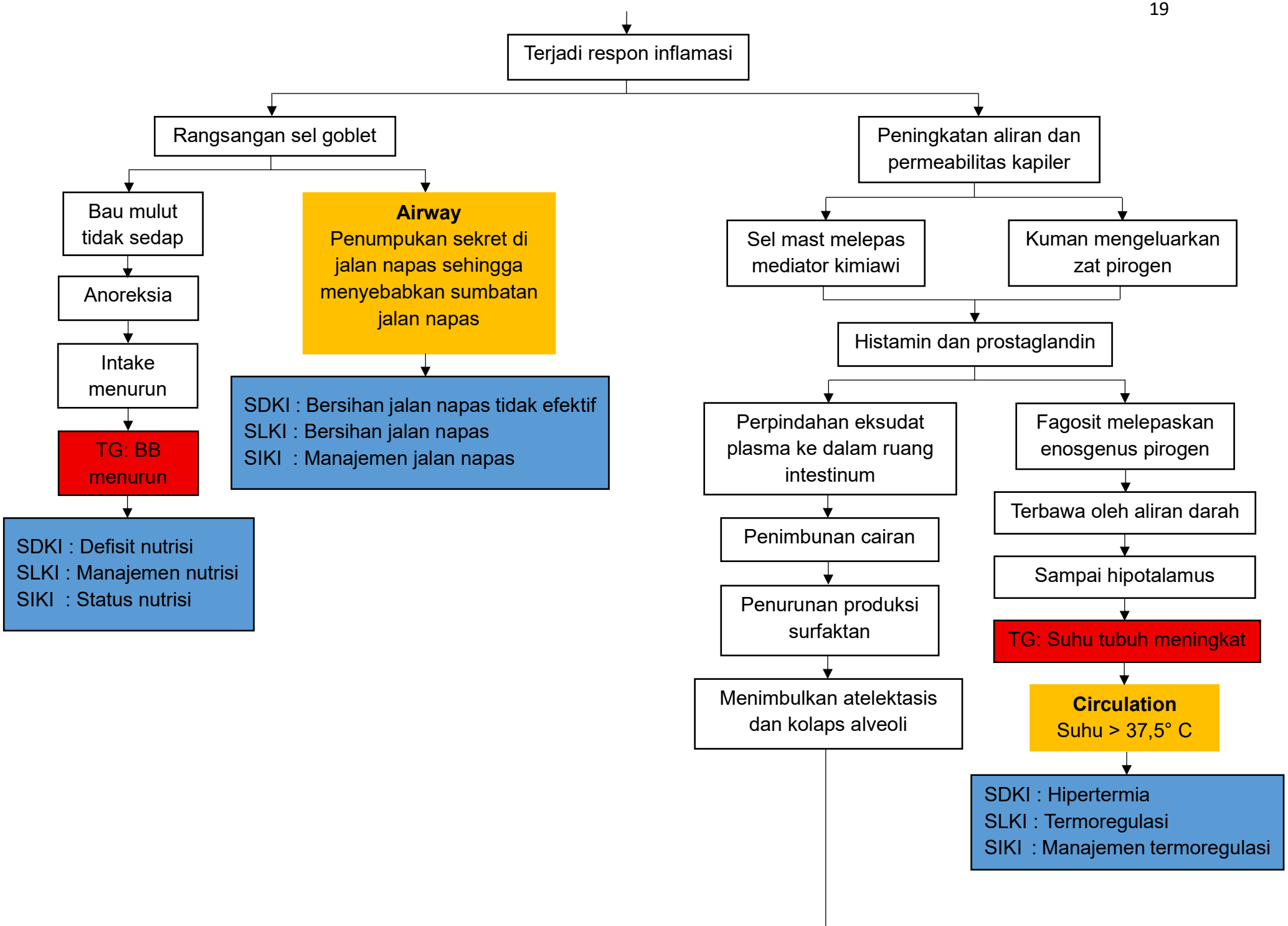
Atelektasis dan kolaps alveoli menyebabkan terjadinya penurunan saturasi oksigen dan berkurangnya tekanan oksigen. Ketika saturasi O_2 turun maka terjadi dua kondisi. Pertama, proses

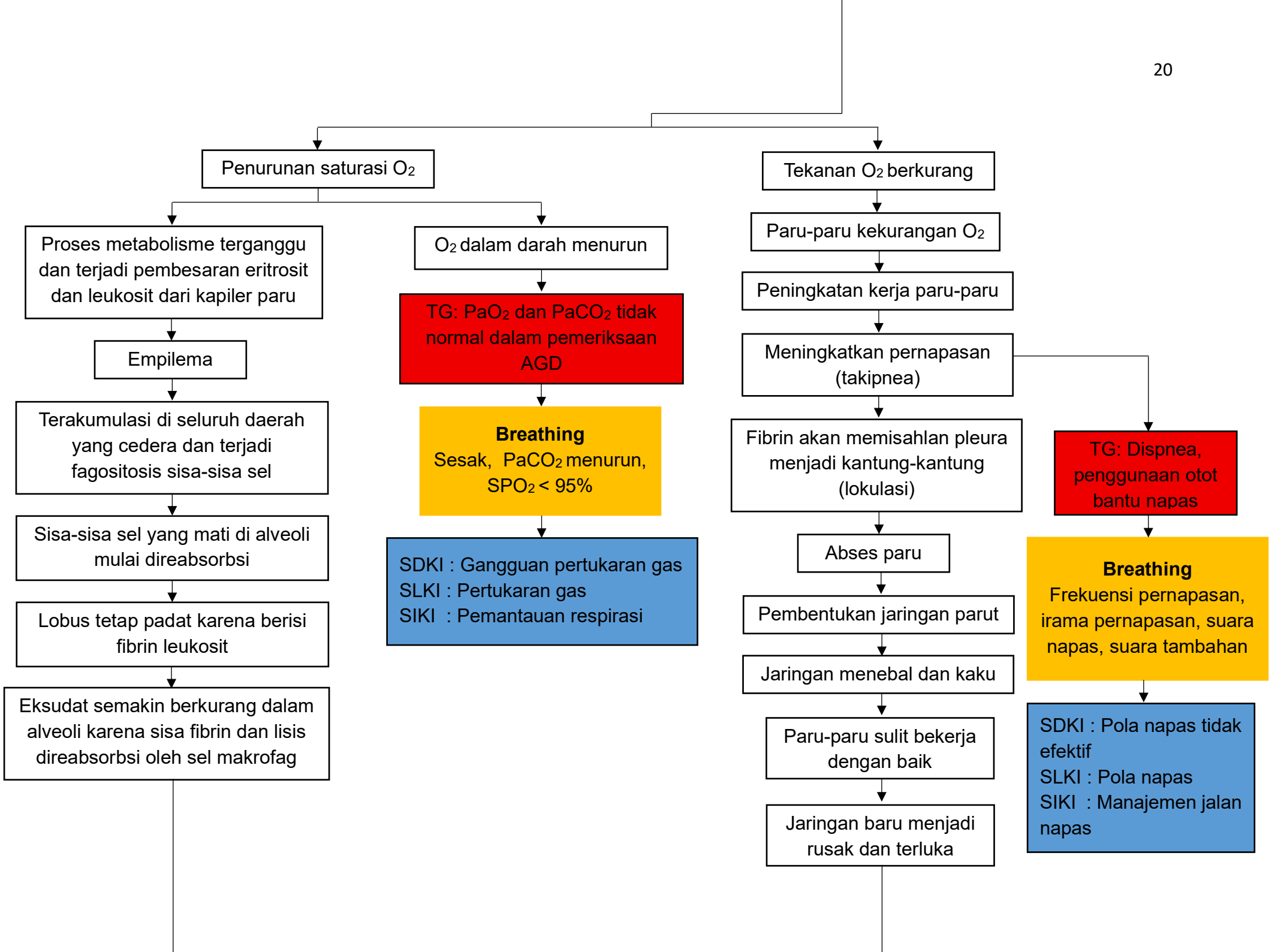
metabolisme terganggu dan terjadi pembesaran eritrosit serta leukosit dari kapiler paru. Hal ini memicu terjadinya empiema. Eksudat akan terakumulasi di daerah yang cedera dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel. Sisa sel yang mati di alveoli kemudian direabsorbsi, sehingga lobus tetap padat karena berisi fibrin leukosit. Lama kelamaan eksudat di alveoli semakin berkurang karena sisa fibrin dan lisosim direabsorbsi oleh sel makrofag. Kedua, O_2 dalam darah menurun. Akibatnya pada pemeriksaan AGD didapatkan hasil PaO_2 dan $PaCO_2$ tidak normal. Secara klinis muncul masalah berupa sesak, $PaCO_2$ menurun, dan SPO_2 < 95%.

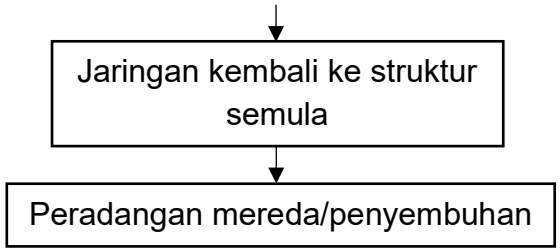
Ketika tekanan oksigen berkurang, maka paru-paru mengalami kekurangan O_2 sehingga kerja paru-paru meningkat. Untuk mengkompensasi, tubuh meningkatkan pernapasan menjadi takipnea. Selain itu fibrin akan memisahkan pleura menjadi kantung-kantung atau lokulasi yang dapat berkembang menjadi abses paru. Jika berlanjut akan terbentuk jaringan parut, jaringan menebal dan kaku, paru-paru sulit bekerja, hingga jaringan baru menjadi rusak dan terluka. Dampak klinisnya adalah muncul masalah berupa perubahan frekuensi napas, irama napas, suara napas, dan adanya suara tambahan. Selain itu, akan berdampak menjadi fibrosis paru yang berpotensi menyebabkan jaringan paru menjadi kaku dan menebal sehingga proses pertukaran oksigen terganggu. Akibatnya oksigenasi sulit masuk ke dalam aliran darah. Karena tubuh kekurangan oksigen, maka akan terjadi gagal napas. Jika tidak ditangani, kondisi gagal napas yang berat ini dapat menyebabkan kematian.

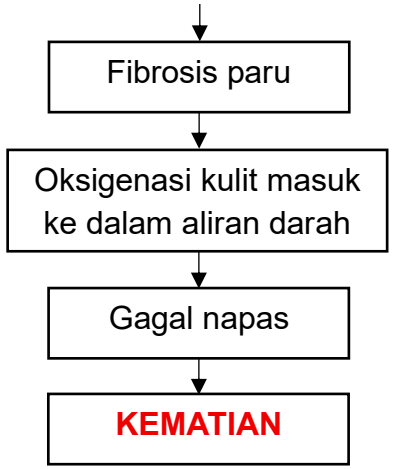
Patoflowdiagram




Terjadi respon inflamasi
Rangsangan sel goblet
Peningkatan aliran dan permeabilitas kapiler
Bau mulut tidak sedap
Anoreksia
Intake menurun
TG: BB menurun
SDKI : Defisit nutrisi
SLKI : Manajemen nutrisi
SIKI : Status nutrisi
Airway
Penumpukan sekret di jalan napas sehingga menyebabkan sumbatan jalan napas
SDKI : Bersihan jalan napas tidak efektif
SLKI : Bersihan jalan napas
SIKI : Manajemen jalan napas
Sel mast melepas mediator kimiawi
Kuman mengeluarkan zat pirogen
Histamin dan prostaglandin
Perpindahan eksudat plasma ke dalam ruang intestinum
Penimbunan cairan
Penurunan produksi surfaktan
Menimbulkan atelektasis dan kolaps alveoli
Fagosit melepaskan enosgenus pirogen
Terbawa oleh aliran darah
Sampai hipotalamus
TG: Suhu tubuh meningkat
Circulation
Suhu > 37,5° C
SDKI : Hipertermia
SLKI : Termoregulasi
SIKI : Manajemen termoregulasi


Penurunan saturasi O_2
Proses metabolisme terganggu dan terjadi pembesaran eritrosit dan leukosit dari kapiler paru
Empilema
Terakumulasi di seluruh daerah yang cedera dan terjadi fagositosis sisa-sisa sel
Sisa-sisa sel yang mati di alveoli mulai direabsorbsi
Lobus tetap padat karena berisi fibrin leukosit
Eksudat semakin berkurang dalam alveoli karena sisa fibrin dan lisis direabsorbsi oleh sel makrofag
O_2 dalam darah menurun
TG: PaO_2 dan $PaCO_2$ tidak normal dalam pemeriksaan AGD
Breathing
Sesak, $PaCO_2$ menurun, SPO_2 < 95%
SDKI : Gangguan pertukaran gas
SLKI : Pertukaran gas
SIKI : Pemantauan respirasi
Tekanan O_2 berkurang
Paru-paru kekurangan O_2
Peningkatan kerja paru-paru
Meningkatkan pernapasan (takipnea)
Fibrin akan memisahlan pleura menjadi kantung-kantung (lokulasi)
Abses paru
Pembentukan jaringan parut
Jaringan menebal dan kaku
Paru-paru sulit bekerja dengan baik
Jaringan baru menjadi rusak dan terluka
TG: Dispnea, penggunaan otot bantu napas
Breathing
Frekuensi pernapasan, irama pernapasan, suara napas, suara tambahan
SDKI : Pola napas tidak efektif
SLKI : Pola napas
SIKI : Manajemen jalan napas


Jaringan kembali ke struktur semula
Peradangan mereda/penyembuhan


Fibrosis paru
Oksigenasi kulit masuk ke dalam aliran darah
Gagal napas
KEMATIAN

6. Manifestasi Klinik

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

a. Suhu dapat naik >37°C dan mungkin disertai kejang demam.
b. Gelisah.
c. Dispnue.
d. Pernafasan cepat dan dangkal disertai pernafasan cuping hidung
e. Sianosis di sekitar hidung dan mulut.
f. Batuk biasanya tidak dijumpai di awal penyakit, batuk biasanya setelah beberapa hari, di mana pada awalnya berupa batuk kering kemudian menjadi produktif.
g. Adanya bunyi napas tambahan pernafasan seperti ronchi dan wheezing.
h. Nafsu makan menurun.
i. Kadang-kadang disertai muntah.
j. Pemeriksaan fisik pada palpasi fremitus dapat mengeras, pada perkusi redup, pada auskultasi terdengar suara napas bronkovesikuler sampai bronkial yang mungkin disertai ronchi basah halus, yang kemudian menjadi ronchi basah kasar pada stadium resolusi.
k. Pemeriksaan foto thorax biasanya terdapat hasil pneumonia dan pemeriksaan laboratorium terdapat peningkatan leukosit tinggi, pemeriksaan LED tinggi, pemeriksaan AGD yang biasanya ditemukan hipoksemia sedang sampai berat, pada beberapa kasus tekanan parsial karbondiaksida (PCO2) menurun dan pada stadium lanjut menunjukkan asidosis respiratorik.

7. Tes Diagnostik

Menurut Makdalena et al., (2020) beberapa pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pasien pneumonia, yaitu :

a. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan darah

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

2) Pemeriksaan sputum

Bahan pemeriksaan yang terbaik diperoleh dari batuk yang spontan dan dalam digunakan untuk kuitur serta tes sensitifitas untuk mendeteksi agen infeksius. Biasanya pada pneumonia didapatkan mikroorganisme lebih dari satu jenis kuman, seperti displococcuc pneumonia, staphylococcuc aureus, dan haemophilus influenza, sehingga lebih muda untuk menentukan antibiotik mana yang akan diberikan agar tidak terjadi resistensi obat.

3) Analisa gas darah

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

4) Kultur darah

Kultur darah untuk mendekteksi bakteri.

b. Pemeriksaan radiologi (khususnya, thorax)

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

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

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

8. Penatalaksanaan Medik

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

a. Antibiotik diberikan untuk organisme sampai hasil kultur dahak didapatkan. Untuk infeksi bakterial memberikan antibiotik seperti macrolides, (azitromyzin clarithromycin), fluoroquinolones (levifloxacin), beta-lactams (amoxicilin, cefotaxime, cefriaxone, 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 sampaai infeksi menujukan tanda tanda bersih.
e. Terapi oksigen diberikan untuk terapi hipoksemia.
f. Menambah asupan cairan untuk menghilangkan sekresi dan mencegah dehidrasi.

g. Bantuan pernapasan mencakup konsentrasi oksigen inspirasi yang tinggi, intubasi indotrakeal, ventilasi mekanisme.

9. Komplikasi

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

a. Empisema

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

b. Atelektasis

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

c. Meningitis

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

d. Pheneumothorax

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

e. Infeksi darah

Kondisi ini terjadi akibat adanya bakteri yang masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ-organ lain.

Infeksi darah berpotensi menyebabkan terjadinya kegagalan organ.

f. Efusi pleura

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Keadaan Umum

Mengkaji keadaan umum pada pasien dengan pneumonia bilateral yang berada di ruang instalasi gawat darurat yang berisi tentang observasi umum, manajemen pola napas, dan pemeriksaan status ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, dan Exposure).

b. Pengkajian Primer

1) *Airway*

Airway merupakan upaya untuk mempertahankan kepatenan jalan napas, meliputi observasi adanya lidah jatuh kebelakang, adanya benda asing dalam jalan napas (darah, sekret yang tertahan), adanya edema pada mulut, faring, laring, disfagia, suara tridor, gurgling atau wheezing yang menandakan adanya masalah pada jalan napas. Oleh karena itu jika pasien tidak mampu untuk mempertahankan kepatenan jalan napas perlu segera dilakukan reposisi, chin lift, jawthrust, atau melakukan pengisapan lendir airway orofaringeal serta nosofaringeal. Masalah airway yang biasanya timbul pada pasien pneumonia yaitu pasien dengan pneumonia mengalami ketidakmampuan batuk secara efektif akibat sputum yang kental, juga terjadi sumbatan jalan napas akibat sputum

yang mengental yang mengakibatkan sulit untuk batuk secara efektif.

2) *Breathing*

Mengkaji keefektifan pola napas, respiratory rate, abnormalitas pernapasan, pola napas, bunyi napas tambahan, penggunaan obat bantu napas, adanya napas cuping hidung, saturasi oksigen. Masalah breathing yang biasanya timbul pada pasien dengan pneumonia yaitu pasien mengalami sesak napas, suara napas tambahan ronchi dan wheezing, pola napas cepat dan dangkal dengan irama napas yang tidak teratur serta saturasi oksigen yang meningkat.

3) *Circulation*

Mengkaji heart rate, tekanan darah, kekuatan nadi, capillary refill, akral, suhu tubuh, warna kulit, kelembaban kulit, perdarahan eksternal jika ada. Masalah circulation yang biasanya timbul pada pasien pneumonia yaitu terjadi sianosis perifer, hipertermia, nadi teraba cepat, dan akral mungkit teraba dingin,

4) *Disability*

Penilain disability melibatkan sistem saraf pusat dengan menggunakan metode (alert, voice respone, pain respone, anrespone). Hal ini yang dinilai berisi pengkajian tingkat kesadaran dengan GCS, ukuran pupil, dan reaksi pupil. Masalah disability yang biasanya timbul pada pasien dengan pneumonia yaitu tingkat kesadaran apatis hingga koma akibat hipoksia pada otak akibat gangguan sistem pernapasan hal ini tergantung tingkat keparahan yang diderita, pasien juga dapat mengalami letargi.

5) *Exposure*

Pada pengkajian exposure berisi pengkajian terhadap adanya injury atau kelainan lain, serta dilakukan kontrol lingkungan terkait dengan kondisi pasien secara umum

2. Diagnosa Keperawatan

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

a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)
b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)
c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, perubahan membran alveolus kapiler (D.0003)
d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)
e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

3. Perencanaan Keperawatan

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

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

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

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

7) Pola nafas membaik

SIKI : Manajemen Jalan Napas

Observasi :

1) Monitor pola nafas
   Rasional : takipnea, pernapasan dangkal, dan gerakan dada tidak simetris terjadi karena peningkatan tekanan darah dalam paru dan penyempitan bronkus.
2) Monitor bunyi nafas tambahan
   Rasional : mengetahui apakah ada suara napas tambahan seperti ronchi indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan napas, wheezing dan rules.
3) Monitor sputum
   Rasional : memastikan adanya produksi sputum di jalan napas.

Terapeutik :

1) Pertahankan kepatenan pola nafas
   Rasional : pasien dapat bernapas dengan mudah.
2) Posisi semifowler
   Rasional : meningkatkan ekspsnsi paru dan memudahkan pernapasan.
3) Berikan minuman hangat
   Rasional : air hangat memobilisasi dan mengeluarkan secret.
4) Berikan oksigen
   Rasional : memperbaiki atau mencegah terjadinya hipoksia dan kegagalan napas serta tindakan untuk penyelamatan hidup.

Edukasi :

1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi
   Rasional : cairan (khususnya air hangat) dapat mengeluarkan sekret.

Kolaborasi :

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

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)
   SLKI : Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama ...×... jam, maka pola napas membaik dengan kriteria hasil :
   1) Tekanan ekspirasi meningkat
   2) Dispnea menurun
   3) Penggunaaan otot bantu napas menurun
   4) Frekuensi napas membaik
   5) Kedalaman nafas membaik

   SIKI : Pemantuan respirasi

   Observasi

   1) Monitor frekuensi, irama, kealaman dan upaya napas
      Rasional : Manifestasi gawat napas menunjukkan, derajat keterlibatan paru serta status kesehatan umum.
   2) Monitor kemampuan batuk efektif
      Rasional : Latihan batuk efektif dapat meningkatkan pengeluaran sputum.

3) Monitor sputum

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

4) Monitor saturasi oksigen

   Rasional : memaksimalkan kada oksigen dalam tubuh.

Terapeutik :

1) Atur interval pemantuan dan prosedur pemantuan

   Rasional : memudahkan dalam penentuan tindakan.

2) Informasi pemantuan jika perlu

   Rasional : mengetahui hasil dari pementauan keadaan pasien.

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

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

   1) Dispnea menurun
   2) Bunyi napas tambahan menurun
   3) Gelisah menurun
   4) Napas cuping hidung menurun
   5) Pola napas membaik

   SIKI : Terapi oksigen

   Observasi:

   1) Monitor kecepatan aliran oksigen

      Rasional : untuk memaksimalkan kebutuhan oksigen yang dibutuhkan.

   2) Monitor efektifitas terapi oksigen

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

3) Monitor tanda-tanda hipoventilasi
   Rasional : mengetahui adekuat oksigen yang ada dalam tubuh.

Terapeutik :

1) Pertahankan kepatenan jalan napas
   Rasional : pasien dapat bernapas dengan mudah.
2) Berikan oksigen tambahan
   Rasional : memaksimalkan pernapasan dan menurunkan kerja nafas.

Edukasi :

1) Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah
   Rasional : untuk memudahkan dalam meggunakan oksigen.

Kolaborasi :

1) Kolaborasi penentuan dosis oksigen
   Rasional : agar oksigen yang diberikan sesuai dengan yan dibutuhkan.

d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
   SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...×... jam maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :
   1) Mengigil menurun
   2) Kejang menurun
   3) Takikardi menurun
   4) Suhu tubuh memebaik

5) Suhu kulit membaik

SIKI : Manajemen hipertermi

Observasi

1) Identifikasi penyebab hipertermi
   Rasional : membantu dalam pengambilan tindakan yang tepat.
2) Monitor suhu tubuh
   Rasional : untuk memonitor keadaan umum klien yang berkaitan dengan demam dan mengetahui tindakan keperawatan 28 serta mengidentifikasi kemajuan/penyimpangan dari hasil yang diharapkan.
3) Monitor komplikasi akibat hipertermi
   Rasional : untuk mencegah agar pasien tidak mengalami masalah kesehatan.

Terapeutik

1) Sediakan lingkungan yang dingin
   Rasional : lingkungan yang dingin dapat membantu menurunkan suhu tubuh yang tinggi.
2) Longgarkan pakian atau lepaskan pakian
   Rasional : meningkatkan penguapan agar mempercepat penurunan suhu tubuh.
3) Berikan cairan oral
   Rasional : pemberian cairan oral yang cukup akan mempertahankan intake dalam tubuh dan meningkatkan output urin untuk mngurangi demam pasien.

Edukasi

1) Anjurkan tirah baring

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

Kolaborasi

1) Kolaborasi peberian cairan elektrolit intravena jika perlu

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

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

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

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

   SIKI : Manajemen Hipovolemia

   Observasi :

   1) Monitor intake dan output cairan

      Rasional : mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi.

   Terapeutik :

   1) Berikan asupan cairan oral

      Rasional : untuk mengembalikan cairan yang hilang.

Edukasi :

1) Anjurkan perbanyak asupan cairan oral
   Rasional : untuk mengembalikan cairan yang hilang.

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis
   Rasional : untuk mengganti cairan dan elektrolit secara adekuat.

4. *Discharge Planning*

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

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

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien berinisial Ny “L” usia 71 tahun, masuk di IGD RS Stella Maris Makassar pada 05 Februari 2026 dengan keluhan sesak napas. Keluarga mengatakan pasien tiba-tiba sesak napas sejak satu hari yang lalu dan makin memberat sejak bangun tidur pada pagi hari ini disertai dengan batuk bercampur darah. Kemudian, pasien juga mengalami penurunan nafsu makan sejak sekitar +/- 2 bulan terakhir, namun tidak diketahui alasannya karena pasien tunarungu dan tunawicara.

Saat pengkajian tampak keadaan umum pasien lemah dan tampak sesak napas. Hasil observasi TTV ; TD : 151/93 mmHg, N : 132 x/menit, S : 37.1 `C, P : 32 x/menit, SPO_2 : 92%. Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada tanggal 05 Februari 2026, yaitu pemeriksaan darah lengkap dengan hasil ; WBC : 38.31, RBC : 2.67, HGB : 7.4, HCT : 23.0, PLT : 533, RDW-CV : 15.2, P-CLR : 25.1, selanjutnya hasil pemeriksaan foto thorax didapatkan kesan ; pneumonia bilateral. Pada penatalaksanaan medis, pasien mendapatkan terapi infus dextrose 5%/20tpm/IV kemudian dilanjutkan dengan RL 50cc/20tpm/IV dan diberikan obat aminophylline 1 amp/IV. Dari hasil analisa data diperoleh dua diagnosa keperawatan, yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dan risiko syok berhubungan dengan proses infeksi sistemik.

B. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Nama Pasien (Inisial) : Ny. L
Umur : 71 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Tanggal/Jam MRS : 05 Februari 2026
Tanggal/Jam Pengkajian : 05 Februari 2026
Diagnosa Medis : Dyspnea + Hemoptysis

2. Pengkajian

a. Keadaan Umum : Tampak sakit berat

b. Triase

☐ Prioritas 1 ☑ Prioritas 2 ☐ Prioritas 3
☐ Prioritas 4 ☐ Prioritas 5

Alasan (kondisi saat masuk) :

Pasien tiba-tiba sesak napas sejak satu hari yang lalu dan makin memberat sejak bangun tidur pada pagi hari ini disertai dengan batuk bercampur darah.

c. Penanganan yang telah dilakukan di *Pre-Hospital*

☑ Tidak Ada ☐ Neck Collar ☐ Bidai
☐ Oksigen ☐ Infus ☐ RJP
☐ Lainnya :

d. Keluhan Utama : Sesak nafas

Riwayat Keluhan Utama :

Keluarga mengatakan pasien mulai mengalami penurunan nafsu makan sejak +/- 2 bulan terakhir, namun tidak diketahui alasannya karena pasien tunarungu dan tunawicara. Pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan sebelumnya. Pasien tampak tiba-tiba mulai sesak nafas sehari sebelum dibawa ke RS. Keluhan sesak mulai memberat pada pagi hari disertai dengan batuk bercampur darah, sehingga keluarga

memustuskan untuk membawa pasien ke IGD RS Stella Maris Makassar.

e. Riwayat Penyakit Terdahulu :

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan sebelumnya, sehingga keluarga tidak mengetahui ada atau tidaknya riwayat penyakit pasien.

f. Survey Primer

1) *Airway* dan *Control Servikal*

☑ Paten

☐ Tidak Paten

☐ Benda asing
☐ Sputum
☐ Cairan/Darah
☐ Lidah jatuh
☐ Spasme
☐ Lainnya :

Suara Napas
☐ Normal
☐ Stridor
☐ Snoring
☐ Gurgling
☐ Tidak ada suara napas
☐ Lainnya :

Fraktur servikal

☐ Ya

☑ Tidak

Data lainnya :

_____
_____
_____

2) *Breathing*

Frekuensi pernpasan : 32 x/mnt

Saturasi Oksigen : 92 %

☐ Napas Spontan

☐ Apnea

☐ Ortopnea

☑ Sesak

Tanda distress pernapasan:
- ☐ Retraksi dada/interkosta
- ☐ Penggunaan otot bantu napas
- ☐ Cuping hidung

Suara tambahan:
- ☐ Wheezing
- ☑ Ronchi
- ☐ Rales
- ☐ Lainnya:

Irama pernapasan
- ☐ Teratur
- ☑ Tidak Teratur
- ☐ Dalam
- ☐ Dangkal

Perkusi
- ☐ Sonor
- ☑ Pekak
- ☐ Redup

Lokasi :

Pengembangan dada
- ☑ Simetris
- ☐ Tidak Simetris

Krepitasi
- ☐ Ya
- ☑ Tidak

Suara Napas
- ☐ Vesikuler
- ☐ Broncho-vesikuler
- ☐ Bronkhial

Distensi vena jugularis
- ☐ Ya
- ☑ Tidak

Vokal Premitus:

Jejas
- ☐ Ya
- ☑ Tidak

Lokasi:

Luka/Fraktur
- ☐ Ya, sebutkan _____
- ☑ Tidak

Data lainnya :

SPO_2 saat masuk 92%, kemudian pasien diberikan terapi O_2 menggunakan Nasal Kanul 5 liter, SPO_2 naik menjadi 94%. Kemudian diganti ke NRM 15 liter, SPO_2 naik 99%.

3) *Circulation*

Tekanan darah : 151/93 mmHg

Suhu : 37.1 `C

Nadi

Frekuensi : 132 x/mnt

☐ Tidak Teraba
☑ Kuat

☐ Lemah
☑ Teratur

☐ Tidak Teratur

Kulit dan Ekstremitas
☑ Hangat

☐ Dingin
☐ Sianosis

☐ Pucat
☐ CRT > 2 detik
☑ Edema Kaki

☐ Lainnya:

Mata Cekung
☐ Ya
☑ Tidak

Diaphoresis
☐ Ya

☑ Tidak

Turgor Kulit
☐ Elastis
☑ Menurun

☐ Buruk

Pendarahan
☐ Ya
Jumlah : _____
Warna : _____
Melalui : _____
☑ Tidak

Bibir

☐ Lembab

☑ Kering

Nyeri Dada

☑ Tidak

☐ Ya (Jelaskan PQRST)

Data lainnya :

Pasien tunarungu dan tunawicara sehingga tidak bisa menjelaskan ada atau tidaknya keluhan nyeri.

4) *Disability*

Tingkat Kesadaran GCS

Kualitatif : Compos Mentis

Kuantitatif
M :
V :
E :
Σ :

Kesimpulan : _____

Refleks Cahaya

☑ Positif

☐ Negatif

Test Babinsky

☐ Fisiologis

☐ Patologis

Pupil

☑ Isokor

☐ Anisokor

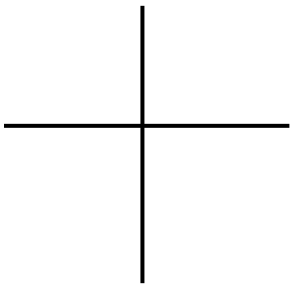
☐ Midriasis

Kaku Kuduk

☐ Ya

☑ Tidak

Uji Kekuatan Otot



Kesimpulan : _____

Data lainnya:

Tidak dilakukan uji kekuatan otot, namun tampak tidak ada fraktur, tampak pasien mampu menggerakkan kedua sisi tangan dan kaki.

Observasi ini dilakukan saat pasien melawan pada proses pemasangan infus dan Nasal Kanul.

5) *Exposure* (dikaji khusus pasien trauma), lakukan *log roll*:

☐ Tidak ditemukan masalah
☐ Luka
☐ Jejas
Jelaskan :

_____
_____
_____

Data lainnya :

_____
_____
_____

6) Foley Chateter

☑ Terpasang
Output : 100 cc
Warna : kuning cerah
Lainnya : _____
☐ Tidak Terpasang

7) Gastric Tube

☐ Terpasang
Output : _____
Warna : _____
☑ Lainnya : _____
Tidak Terpasang

8) Heart Monitor

☑ Terpasang
Gambaran : _____
Lainnya : _____

☐ Tidak Terpasang

g. Survey Sekunder (dilakukan jika survey primer telah stabil)

1) SAMPLE

S (Symptomp)	:	Tampak tidak ada darah keluar dari area mulut
A (Allergies)	:	Keluarga mengatakan tidak ada alergi makanan, minuman. atau obat.
M (Medication)	:	Keluarga mengatakan pasien tidak sedang mengonsumsi obat obat tertentu.
P (Past Medical History)	:	Keluarga mengatakan tidak mengetahui riwayat penyakit pasien karena tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan sebelumnya.
L (Last Oral Intake)	:	Keluarga mengatakan tidak makan apapun sejak sekitar sehari sebelum di bawa ke rumah sakit.
E (Events)	:	Keluarga mengatakan +/- 2 bulan terakhir pasien mengalami penurunan nafsu makan, namun tidak diketahui penyebab karena pasien tunarungu dan tunawicara.

2) Tanda-tanda vital (diukur saat persiapan pindah ke ICU)

Tekanan Darah	: 100/80 mmHg
Frekuensi Pernapasan	: 40 x/mnt
Nadi	: 132 x/mnt
Suhu	: 37 `C
Saturasi Oksigen	: 99 %

3) Pengkajian Nyeri (selain nyeri dada)

☑ Tidak ada

☐ Ya, jelaskan

P : _____

Q : _____

R : _____

S : _____

T : _____

4) Pengkajian *Head to toe*

a) Kebersihan rambut	: Tampak kotor, rambut hitam
b) Hygiene rongga mulut	: Tampak gigi kotor
c) Kornea	: Tampak jernih
d) Pupil	: Tampak isokor kiri dan kanan
e) Lensa mata	: Tampak jernih
f) TIO	: Tampak isokor kiri dan kanan
g) Palpebrae/Conjungtiva	: Tampak tidak edema & anemis
h) Sclera	: Tampak tidak icterus
i) Pina	: Tampak simetris kiri dan kanan
j) Kanalis	: Tampak ada serum
k) Membran timpani	: Tampak utuh
l) Hidrasi kulit	: Kembali dalam < 3 detik
m) Hidung	: Tampak kotor

n) Lidah : Tampak kotor

o) Pharing : Tampak tidak ada peradangan

p) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembengkakan

q) Kelenjar parotis : Tidak terjadi pembesaran

r) Kulit

i. Edema : Ya, pada kedia tungkai kaki

ii. Ikteris : Tidak

iii. Tanda radang : Tidak

s) Abdomen

i. Inspeksi : Tampak tidak buncit

ii. Auskultasi : Tidak dikaji

iii. Palpasi : Tidak dikaji

iv. Perkusi : Tidak dikaji

t) Perkusi ginjal : Tidak dikaji

u) Palpasi kandung kemih : Teraba kosong

v) Jantung

i. Inspeksi : Tidak dikaji

ii. Palpasi : Tidak dikaji

iii. Perkusi

(1) Batas atas jantung : Tidak dikaji

(2) Batas bawah jantung : Tidak dikaji

(3) Batas kanan jantung : Tidak dikaji

(4) Batas kiri jantung : Tidak dikaji

iv. Auskultasi

Bunyi jantung II A : Tidak dikaji
Bunyi jantung II P : Tidak dikaji
Bunyi jantung I T : Tidak dikaji
Bunyi jantung I M : Tidak dikaji

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak dikaji

Murmur : Tidak dikaji

w) Lengan dan tungkai

i. Inspeksi : Tampak tidak ada cacat

ii. Atrofi otot : Tidak dikaji

iii. Rentang gerak

(1) Kaku sendi : Tidak ada

(2) Nyeri sendi : Tidak ada

(3) Fraktur : Tampak tidak ada fraktur

(4) Parese : Tampak tidak ada parese

(5) Paralisis : Tidak ada

iv. Refleks patologis Babinski : Tidak dikaji

h. Pemeriksaan Penunjang

1) Foto Thorax : Pneumonia Bilateral

2) Laboratorium :

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	38.31	4,79-113
RBC	2.67	4.00-5.50
HGB	7.4	10.8-14.9
HCT	23.0	34.0-45.1
MCV	86.1	71.8-92.0
MCH	27.7	22.6-31.0
MCHC	32.2	30.8-35.2
PLT	533	150-450
RDW-CV	15.2	11.3-14.6
MPV	10.2	7.2-11.1
P-CLR	25.1	15.0-24.0
NEUTROFIL#	35.10	2.72-7.53
LYMPHOSIT#	1.40	1.46-3.73
MONOSOFIT#	1.78	0.33-0.91
EOS#	0.01	0.04-0.43
BASOFIL#	0.02	0.02-0.09
IG#	0.20	0.000-0.0
NEUTROFIL%	91.6	42.5-71.0
LIMPHOSIT%	3.7	20.40-44

MONOSIT%	4.6	3.60-9.90
EOSINOFIL%	0.0	0.7-5.4
BASOFIL%	0.1	0.00-1.00
IG%	0.5	0-72

Tabel 3.1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

3) Lainnya : GDS 255 mg/dL (Dextrose 5%)

i. Farmakologi (nama obat/dosis/waktu/jalur pemberian)

- Dextrose 5% / 20 tpm / IV
- RL 500 / 20 tpm / IV
- Aminophilin / 240 mg / IV (dalam RL 500 cc)

Nama Mahasiswa yang Mengkaji	**NIM**	**Tanda Tangan**
Federiko Woda Sado	NS2514901022	
Greiz Onesawanti	NS2514901022	

C. Diagnosa Keperawatan

IDENTIFIKASI MASALAH

Nama/Umur : Ny.L / 71 tahun

Ruang/Kamar : IGD

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
DS : - Keluarga mengatakan pasien mengeluh sesak napas sejak kemarin, makin memberat sejak pagi, disertai batuk bercampur darah. DO : - Tampak pasien lemah dan kesulitan bernapas saat berbaring - Irama pernapasan tidak teratur - Terdengar *ronchi* pada kedua lapang paru - Perkusi pekak pada kedua lapang paru - Frekuensi Napas : 32 x/mnt - SPO_2 : 92 % - Hasil Foto Thorax : Pneumonia Bilateral	Hambatan Upaya Nafas	Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)
DO : TTV : - TD : 151/93 mmHg - Frekuensi Nadi : 132x/menit - Frekuensi Napas : 32x/menit - Suhu : 37.1°C	Proses Infeksi Sistemik	Risiko Syok (D.0083)

- SPO_2 : 92% Hasil Lab : - WBC : 38.31 - HGB : 7.4 - HCT : 23.0 - PLT : 533 Hasil Foto Thorax : Pneumonia Bilateral		

D. Intervensi Keperawatan

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.L / 71 tahun

Ruang/Kamar : IGD

SDKI	SLKI	SIKI
Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 jam, maka diharapkan Pola Napas Membaik, dengan kriteria hasil : - Dispnea Menurun - Frekuensi Napas Membaik	**Manajemen Jalan Napas (I.01011)** *Observasi* - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan *Terapeutik* - Posisikan semi-fowler atau fowler - Berikan oksigen *Kolaborasi* - Kolaborasi pemberian obat bronkodilator
Risiko Syok (D.0083)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 jam, maka diharapkan Tingkat Syok Menurun, dengan kriteria hasil : - Tekanan Darah Membaik - Frekuensi Nadi Membaik - Frekuensi Napas Membaik	**Pencegahan Syok (I.08215)** *Observasi* - Monitor status kardiopulmonal (frekuensi nadi dan napas, TD) - Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil *Terapeutik* - Pasang jalur IV - Pasang kateter urine

E. Implementasi Keperawatan

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.L / 71 tahun

Ruang/Kamar : IGD

HARI/TGL	SDKI	WAKTU	IMPLEMENTASI	TTD
Kamis, 05/02/2026	II	08:52 WITA	Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil Hasil : Apatis, Isokor	Greiz
	I	08:55 WITA	Memonitor pola napas Hasil : - SPO_2 : 92%	Federiko
	II	08:56 WITA	Memonitor status kardiopulmonal Hasil : - TD : 142/90 mmHg - Frekuensi Napas : 37 x/mnt - Frekuensi Nadi : 139 x/mnt	Greiz
	I	09:05 WITA	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : - Terdengar bunyi *ronchi* pada auskultasi kedua lapang paru	Federiko
	I	09:10 WITA	Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil : - Pasien diberikan posisi semi-fowler	Federiko
	I	09:12 WITA	Memberikan oksigen Hasil : - Pasien diberikan O_2 menggunakan Nasal Kanul 5 liter	Federiko
	I	09:15 WITA	Memonitor pola napas Hasil : - SPO_2 : 94%	Federiko
	I	09:17 WITA	Memberikan oksigen Hasil : - Pasien diberikan O_2 menggunakan NRM 15 liter	Federiko

	I	09:20 WITA	Memonitor pola napas Hasil : - Frekuensi Napas : 42 x/mnt, SPO_2 : 99%	Federiko
	II	09:25 WITA	Memasang jalur IV Hasil : - Pasien dipasangkan infus IV ditangan sebelah kiri	Greiz
	I	09:27 WITA	Mengkolaborasikan pemberian obat bronkodilator Hasil : - Pasien diberikan Aminofilin/1 amp/IV	Federiko
	II	09:35 WITA	Memasang kateter urine Hasil : - Tampak urine output 100 cc berwarna kuning	Greiz
	II	09:40	Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil Hasil : Somnolen, Isokor	Greiz
	I	09:41	Memonitor pola napas Hasil : - Frekuensi Napas : 40 x/mnt, SPO2 : 99% dengan NRM 15 liter	Federiko
	II	09:45	Memonitor status kardiopulmonal Hasil : - TD : 100/80 mmHg - Frekuensi Napas : 40 x/mnt - Frekuensi Nadi : 132 x/mnt	Greiz

F. Evaluasi Keperawatan

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.L / 71 tahun

Ruang/Kamar : IGD

HARI/TGL	EVALUASI S.O.A.P	TTD
Kamis, 05/02/2026	**Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)** **S : -** **O :** - Frekuensi Napas : 40 X/mnt - SPO_2 : 99% dengan NRM 15 liter **A :** - Masalah belum teratasi dan perlu pemantauan **P :** - Intervensi dilanjutkan di ruangan ICU	Federiko
Kamis, 05/02/2026	**Risiko Syok (D.0083)** **S : -** **O :** - TD : 100/80 mmHg - Frekuensi Nadi : 132 x/mnt - Frekuensi Napas : 40 x/mnt - Urine Output : 100 cc, kuning cerah **A :** Masalah belum teratasi dan namun perlu pemantauan **P :** - Intervensi dilanjutkan di ruang ICU	Greiz

G. Daftar Obat yang Diberikan pada Pasien

1. Obat 1
    a. Nama obat : Aminophylline
    b. Klasifikasi/golongan obat : Bronkodilator
    c. Dosis umum :
        1) Sesak napas akut (IV)
            a) Dosis pemuatan : Diberikan dosis 5 mg/kg berat badan atau 250-500 mg melalui injeksi atau infus secara lambat.
            b) Dosis pemeliharaan : 0,5 mg/kg berat badan/jam. Dosis maksimal 25 mg/menit.
        2) Sesak napas kronis (tablet)
            a) Anak-anak : dengan berat badan lebih dari 40 kg dosis awal adalah 225 mg, 2 kali sehari, setelah 1 minggu dosis dapat ditinggikan, jika diperlukan hingga 450 mg 2 kali sehari.
            b) Dewasa : 225-450 mg, 2 kali sehari, dosis dapat ditinggikan, jika diperlukan.
            c) Lansia : dosis dikurangi dari dosis dewasa.
    d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : pasien diberikan 1 amp/IV.
    e. Cara pemberian obat : obat yang diberikan melalui intravena (drips).
    f. Mekanisme dan fungsi obat :
        1) Mekanisme :
            Aminophylline bekerja dengan cara membuka saluran pernapasan di paru-paru, sehingga udara dapat mengalir kedalam paru-paru tanpa hambatan.
        2) Fungsi obat :
            Fungsi aminophylline adalah untuk meredakan beberapa keluhan seperti sesak napas, mengi, atau sulit bernapas.

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami sesak napas, terdengar suara napas ronchi, dan perkusi pekak pada kedua lapang paru sehingga dicurigai terdapat sputum yang sulit dikeluarkan.
h. Kontra indikasi : obat ini tidak boleh digunakan pada pasien dengan tukak lambung aktif, kejang terutama yang didasari riwayat epilepsi, serta digunakan hati-hati pada aritmia jantung, gangguan fungsi hati/ginjal, hipertiroidisme, dan penyakit jantung.
i. Efek samping obat : kemungkinan menimbulkan beberapa gejala, seperti ; mual atau muntah parah, takikardi, kejang, gula darah meningkat, haus meningkat, BAK secara terus menerus, kram pada kaki, mulut kering, kelemahan otot, dan lemas.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini, penulis akan membahas kesenjangan antara asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia secara teoritis dengan penerapan langsung asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny.”L” dengan diagnosis pneumonia bilateral di Ruangan Instalasi Gawat Darurat RS Stella Maris Makassar yang berlangsung selama 2 jam dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap, yaitu :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal penulis dalam memperoleh data pasien melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga. Selain itu, penulis melakukan observasi langsung, melihat catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang.

Berdasarkan pengkajian awal didapatkan data seorang perempuan dengan inisial Ny. “L” yang berusia 71 tahun dibawa ke IGD RS Stella Maris Makassar pada tanggal 05 Februari 2026 dengan keluhan sesak napas secara tiba-tiba disertai dengan batuk disertai darah. Keluarga mengatakan pasien tampak tiba-tiba mulai merasa sesak napas sehari sebelum dibawa ke rumah sakit. Pasien juga sudah mengalami penurunan nafsu makan sejak +/- 2 bulan terakhir dan tidak makan apapun sejak 1 hari sebelum dibawa ke rumah sakit, namun tidak diketahui alasannya karena pasien tunarungu dan tunawicara. Pasien juga tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan sebelumnya, sehingga keluarga tidak mengetahui ada/tidaknya riwayat penyakit.

Saat dilakukan pengkajian, pasien tampak tidak batuk namun, pada auskultasi terdengar bunyi ronchi dan hasil perkusi didapatkan pekak pada kedua lapang paru. Hasil observasi TTV ; TD : 151/93 mmHg, N : 132 x/menit, S : 37.1 `C, P : 32 x/menit, SPO2 : 92%. Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang didapatkan hasil ; pemeriksaan darah lengkap ; WBC : 38.31, RBC : 2.67, HGB : 7.4, HCT : 23.0, PLT : 533, RDW-CV : 15.2, P-CLR : 25.1, dan hasil pemeriksaan foto thorax didapatkan 57efic ; pneumonia bilateral.

Pada saat pengkajian ditemukan tanda dan gejala pneumonia pada pasien, yaitu ; sesak napas. Keluhan sesak napas terjadi karena infeksi menyebabkan peradangan di alveoli yang mengakibatkan penumpukan cairan atau nanah. Hal ini juga dapat dibuktikan dengan perkusi pekak dan auskultasi ronchi yang dilakukan pada kedua lapang paru (Eka & Prasana, 2024). Menurut (Usri et al., 2024), hasil pemeriksaan fisik auskultasi paru pada pasien dapat terdengar bunyi ronchi karena adanya cairan atau eksudat di dalam alveoli atau bronkus paru-paru. Ketika udara melewati cairan atau eksudat ini, maka akan menghasilkan suara yang abnormal, yaitu bunyi ronchi. Bunyi ronchi adalah suara yang terdengar seperti "*gurgling*" atau "*crackling*" yang dapat terdengar saat inspirasi atau ekspirasi. Bunyi ini disebabkan oleh adanya cairan atau eksudat di dalam alveoli atau bronkus paru-paru, yang dapat disebabkan oleh infeksi, inflamasi, atau edema paru-paru. Pada pemeriksaan fisik perkusi hasilnya akan didapatkan bunyi pekak karena adanya konsolidasi paru-paru, yaitu proses pengisian alveoli oleh cairan atau eksudat inflamasi. Ketika dilakukan perkusi, suara yang dihasilkan akan dipantulkan oleh cairan atau eksudat ini, sehingga terdengar bunyi pekak. Bunyi pekak pada perkusi dada adalah tanda adanya konsolidasi

paru-paru, yang terjadi karena adanya inflamasi dan pengisian alveoli oleh cairan atau eksudat.

Selain itu, ditemukan juga tanda dan gejala khas lainnya, yaitu ; batuk berdarah. Pasien pneumonia bisa batuk berdarah karena infeksi pada paru-paru menyebabkan peradangan dan kerusakan pada jaringan paru-paru, sehingga pembuluh darah kecil di paru-paru bisa pecah dan mengeluarkan darah. Ini bisa terjadi karena beberapa alasan, antara lain :

a. Kerusakan jaringan paru ; Infeksi pneumonia menyebabkan peradangan dan kerusakan pada jaringan paru-paru, sehingga pembuluh darah kecil bisa pecah.
b. Peningkatan tekanan darah di paru-paru ; Peradangan pada paru-paru bisa meningkatkan tekanan darah di pembuluh darah paru-paru, sehingga pembuluh darah bisa pecah (Usri et al., 2024).

Pada hasil pemeriksaan laboratorium darah, didapatkan hasil WBC : 38.31. Hal ini dapat terjadi pada pasien dengan pneumonia karena WBC (*White Blood Cell*) atau leukosit pasien pneumonia bisa meningkat karena tubuh merespons infeksi bakteri atau virus yang menyebabkan pneumonia. Ketika paru-paru terinfeksi, sistem imun tubuh melepaskan sel-sel imun untuk melawan virus, sehingga jumlah WBC meningkat (Zolanda et al., 2022).

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) ada beberapa diagnosis yang muncul pada pasien pneumonia bilateral, yaitu :

a. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.

b. Gangguan pertukaran gas (D.0003) berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler.
c. Pola napas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan hambatan upaya napas.
d. Hipertermia (D.0130) berhubungan dengan proses penyakit.
e. Risiko syok (D.0083) berhubungan dengan faktor risiko proses infeksi sistemik.

Berdasarkan hasil pengakajian yang dilakukan pada Ny. ”L” dengan diagnosis medis pneumonia, maka penulis mengangkat diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas masalah sebagai berikut :

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

   Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas karena dari hasil pengkajian, penulis mendapatkan data-data yang mendukung tegaknya diagnosis tersebut, yaitu ; pasien masuk dengan keluhan sesak napas, frekuensi napas : 32 x/menit, SPO_2 : 92 %, terdengar suara ronchi pada auskultasi disertai perkusi pekak pada kedua lapang paru. Hasil Foto Thorax didapatkan Pneumonia Bilateral. Penulis mengangkat data-data yang mendukung tegaknya diagnosa ini, ketika dibandingkan dengan dengan tanda mayor pada buku SDKI (2018) 80% data yang didapatkan mendukung untuk mengangkat diagnosa ini.

   Luaran yang dicapai : dispnea menurun dan frekuensi napas membaik.

b. Risiko syok berhubungan dengan faktor risiko proses infeksi sistemik

   Penulis mengangkat diagnosis ini karena dari hasil pengkajian, penulis mendapatkan beberapa faktor risiko yang mengarah

pada terjadinya ketidakefektifan sirkulasi dan disfungsi sel. Berdasarkan data pengkajian, pasien datang dengan keluhan sesak napas disertai batuk darah dan hasil foto thorax menunjukkan pneumonia bilateral yang mengindikasikan adanya proses infeksi berat. Hal ini didukung oleh hasil laboratorium yang menunjukkan leukositosis sangat tinggi yaitu WBC 38.31, yang merupakan tanda adanya infeksi sistemik dan memenuhi kriteria SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*). Selain itu, pasien juga mengalami tanda-tanda hemodinamik tidak stabil berupa takikardi berat dengan nadi 132x/menit, takipnea dengan frekuensi napas 32x/menit, dan hipertensi 151/93 mmHg yang dapat merupakan respon kompensasi awal tubuh terhadap syok. Kondisi diperparah dengan adanya anemia berat ditandai dengan penurunan HGB 7.4 dan HCT 23.0 sehingga kapasitas darah dalam membawa oksigen ke jaringan menurun. Hipoksemia juga terlihat dari saturasi oksigen 92%. Kombinasi antara proses infeksi, anemia, takikardi, takipnea, dan penurunan oksigenasi tersebut menempatkan pasien pada kondisi rentan mengalami syok septik maupun syok hipovolemik sehingga perlu dilakukan pencegahan dan pemantauan ketat untuk mencegah perburukan kondisi. Penulis mengangkat data-data yang mendukung tegaknya diagnosa ini, ketika dibandingkan dengan dengan tanda mayor pada buku SDKI (2018) 80% data yang didapatkan mendukung untuk mengangkat diagnosa ini.

Luaran yang dicapai : tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi napas membaik.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang direncanakan berdasarkan masalah yang sedang dialami pasien saat ini yang mencakup tindakan keperawatan mandiri, observasi, dan tindakan kolaborasi. Berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), telah disusun beberapa intervensi keperawatan yang didasarkan pada kondisi pasien, yaitu :

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

   Pada diagnosis ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien, yaitu ; manajemen jalan napas, dengan tindakan observasi : monitor pola napas (frekuensi, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan ; tindakan terapeutik : posisikan semi fowler dan fowler yang didasarkan pada EBN, berikan oksigen ; serta tindakan kolaborasi : pemberian obat bronkodilator.

   Pada diagnosis ini, penulis melakukan intervensi terapeutik, yaitu ; pemberian posisi semi fowler. Pasien diberikan posisi semi fowler dengan memanfaatkan gravitasi untuk membantu mengembangkan dada dan mengurangi tekanan perut dan diafragma. Pada posisi ini diafragma akan tertarik ke bawah sehingga terjadi ekspansi dada dan ventilasi paru menjadi maksimal (Sari et al., 2022).

b. Risiko syok berhubungan dengan faktor risiko proses infeksi sistemik (D.0083)

   Pada diagnosis ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan intervensi yang dilakukan, yaitu ; pencegahan syok, dengan tindakan observasi : monitor status kardiopulmonal (frekuensi nadi dan napas, TD), monitor tingkat kesadaran dan respon pupil ; serta tindakan terapeutik : pasang jalur IV dan kateter urine.

Pasien pneumonia bisa mengalami risiko syok akibat dari kombinasi gejala antara proses infeksi, anemia, takikardi, takipnea, dan penurunan oksigenasi tersebut menempatkan pasien pada kondisi rentan mengalami syok septik maupun syok hipovolemik sehingga perlu dilakukan pencegahan dan pemantauan ketat untuk mencegah perburukan kondisi. (Syarli et al., 2021)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. ”L” disesuaikan dengan kondisi pasien dan dilakukan selama +/- 2 jam, berdasarkan rencana yang sudah disusun terlebih dahulu.

a. Diagnosis Keperawatan I

Pola napas tidak efektif dibuktikan dengan keluhan sesak napas, implementasi keperawatan pada Ny. “L” dilakukan sesuai diagnosa dan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan, yaitu :

1) Manajemen jalan napas (I.01011)

Implementasi yang dilakukann di IGD selama ± 2 jam, yaitu ; tindakan observasi : monitor pola napas (frekuensi, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan ; tindakan terapeutik : posisikan semi fowler dan fowler yang didasarkan pada EBN, berikan oksigen ; serta tindakan kolaborasi : pemberian obat bronkodilator.

Hasil yang didapatkan SPO_2 awal 92%, kemudian diberikan oksigenasi dengan Nasal Kanul 5 liter, SPO_2 meningkat menjadi 94% dengan P : 32 x/mnt. Selanjutnya, okesigenasi dilanjutkan dengan menggunakan NRM 15 liter, SPO_2 meningkat menjadi 99% dengan P : 42 x/mnt. Terdengar bunyi ronchi pada auskultasi kedua lapang paru. Pasien diberikan posisi semi-fowler untuk

membantu menaikkan SPO_2 sembari diberikan oksigenasi. Pasien juga diberikan aminophylin 1 amp/IV dicampurkan dengan desxtrose 5%/20 tpm/IV.

b. Diagnosis Keperawatan II

Risiko syok dibuktikan dengan adanya tanda gejala proses infeksi, anemia, takikardi, takipnea, dan penurunan oksigenasi, implementasi keperawatan pada Ny. “L” dilakukan sesuai diagnosa dan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan, yaitu :

1) Pencegahan syok (I.08215)

Implementasi yang dilakukann di IGD selama ± 2 jam, yaitu ; pasien dipasangkan infus dan diberikan cairan RL 500cc/IV, dipasangkan kateter urine, dan dilakukan pemantauan status kardiopulmonal, tingkat kesadaran, serta respon pupil.

Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan implementasi, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan perawat ruangan, dokter, pasien, dan juga keluarga pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 05 Februari 2026 pada pasien atas nama Ny. ”L” merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak.

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Pada tahap evaluasi didapatkan untuk diagnosis ini masalah belum teratasi dan perlu pemantauan, dimana keluhan sesak

napas belum membaik, dengan frekuensi napas : 42 X/mnt dan SPO2 : 99% menggunakan NRM 15 liter.

b. Risiko syok berhubungan dengan faktor risiko proses infeksi sistemik

Pada tahap evaluasi didapatkan untuk diagnosis ini masalah belum teratasi dan perlu pemantauan lebih lanjut, dimana TD 100/80 mmHg, frekuensi nadi 132 x/mnt, frekuensi napas 40 x/mnt, dan urine output 100 cc berwarna kuning.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN)

1. Judul *Evidence Based Nursing* (EBN)

Asuhan keperawatan pada pasien pneumonia bilateral dengan diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif diberikan tindakan terapeutik posisi semi fowler di ruangan IGD RS Stella Maris Makassar.

2. Diagnosis Keperawatan

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

3. Luaran yang Diharapkan

a. Dispnea Menurun
b. Frekuensi Napas Membaik

4. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN

Intervensi prioritas yang diberikan oleh penulis adalah pemberian posisi semi fowler pada pasien dengan pneumonia bilateral pada tanggal 05 Februari 2026.

5. Pembahasan Tindakan Keperawatan sesuai EBN

a. Definisi

   Pemberian posisi semi fowler adalah pengubahan posisi tempat tidur dimana kepala dan tubuh pasien tinggikan setingi 45 derajat yang bertujuan untuk meningkatkan ekspansi paru, mengurangi sesak napas, serta memberikan kenyamanan saat makan atau istirahat.

b. Tujuan/rasional EBN pada kasus askep

   Pemberian posisi semi fowler memiliki pengaruh dalam membantu meningkatkan ekspansi paru, mengurangi sesak napas, serta memberikan kenyamanan saat makan atau

istirahat. Pemberiaan posisi dengan sudut 45 derajat memanfaatkan gravitasi untuk menarik diafragma ke bawah, yang memperluas rongga dada dan memungkinkan paru-paru mengembang lebih maksimal, sehingga pernapasan lebih efektif dan oksigenasi lebih optimal.

1) PICOT (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome, and Time*) pada Kasus

Population/Problem	Populasi pada kasus ini adalah Ny. “L” yang berusia 71 tahun.
Intervention	Intervensi yang dilakukan pada kasus ini, yaitu : pemberian posisi semi fowler.
Comparison	Tidak ada pembanding dalam kasus ini.
Outcome	Pada kasus ini ditemukan bahwa pemberian posisi dapat membantu meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan pneumonia.
Time	Kasus kelolaan ini dilakukan pada tanggal 05 Februari 2026

Tabel 4.1. PICOT pada Kasus

2) PICOT (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome, and Time*) pada Artikel Jurnal

a) Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis Di Ruang Intensive Care Unit Di RSUD Dr. Soeradji Tirtinegoro Klaten

Population/Problem	Populasi pada kasus ini adalah 10 responden di ruang ICU RSUP

	dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dengan kriteria sampel merupakan pasien kritis yang dirawat di ruang ICU dan mengalami penurunan saturasi oksigen.
Intervention	Intervensi dilakukan untuk meningkatkan nilai saturasi oksigen dengan mengposisikan pasien dalam posisi semi fowler. Pengamatan saturasi oksigen sebelum pemberian intervensi dilakukan selama ± 5 menit, kemudian responden diposisikan semi fowler 45° selama ± 30 menit, selanjutnya diobservasi kembali saturasi oksigennya dan di catat sebagai hasil dokumentasi.
Comparison	Tidak ada pembanding dalam kasus ini.
Outcome	Penelitian ini menunjukkan terdapat peningkatan nilai saturasi oksigen yang signifikan sebelum dan sesudah intervensi posisi semi fowler. Berdasarkan hasil yang didapat bahwa penerapan posisi semi fowler 45° dapat meningkatkan nilai saturasi oksigen pada pasien kritis.

Time	Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2022

Tabel 4.2. PICOT pada Artikel Jurnal

b) Efektivitas Posisi Pronasi Dengan Semi Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Pneumonia Di Ruang Isolasi Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih

Population/Problem	Sampel pada penelitian ini adalah seluruh responden pneumonia Covid-19 yang dirawat di ruang isolasi RS Islam Jakarta Cempaka Putih selama 2 bulan. Sebanyak 146 orang dari total keseluruhan pasien Covid-19 yang dirawat berjumlah 800 pasien dalam kurun waktu penelitian ini dilakukan.
Intervention	Rancangan ini dapat melihat saturasi oksigen sebelum dan setelah di lakukan intervensi, perubahan status oksigen pada kelompok pra dan setelah intervensi pronasi dan intervensi semi fowler serta faktor lain yang mempengaruhi saturasi oksigen pada intervensi pronasi dan intervensi semi fowler.
Comparison	Tidak ada pembanding dalam kasus ini.

Outcome	Hasil penelitian ini menunjukkan nilai ditemukan rerata sebelum dan sesudah dilakukan posisi semi fowler adalah 95% terhadap saturasi oksigen.
Time	Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2023

Tabel 4.2. PICOT pada Artikel Jurnal

c) Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Frekuensi Napas Anak dengan Pneumonia

Population/Problem	Subjek studi kasus ini adalah dua pasien anak yang di rawat di RS TK II Pelamonia Makassar yang mengalami penyakit pneumonia dengan kriteria inklusi: anak/orang tua yang bersedia menjadi responden, umur 0-18 tahun, anak laki-laki, dan kesadaran komposmentis.
Intervention	Pemberian posisi semi fowler selama 3 hari dengan mencatat frekuensi napas pre test dan post test
Comparison	Tidak ada pembanding dalam kasus ini.
Outcome	Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan pada Pasien An “F” dan Anak “A” di RS TK II Pelamonia Makassar selama tiga hari pada tanggal 8/10/07/2023,

	dapat disimpulkan bahwa indikasi posisi setengah duduk dapat membuat paten saluran pernafasan pasien pneumonia, dan mengetahui tingkat kesesuaian yang dimana posisi dengan 45 derajat tersebut bisa membatu untuk kepatenan jalan napas pada pasien.
Time	Penelitian ini dilaksanakan selama tiga hari mulai tanggal 0810 Juli 2023.

Tabel 4.2. PICOT pada Artikel Jurnal

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan gawat darurat pada Ny. “L” dengan Pneumonia Bilateral di ruang IGD di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Dari hasil yang didapatkan pada kasus dengan diagnosa medik pneumonia bilateral, pasien mengalami sesak napas, terdengar bunyi napas tambahan ronchi dan perkusi pekak pada kedua lapang paru dengan tanda-tanda vital ; TD 151/93 mmHg, N 132 x/menit, P 36 x/menit, S 37.1 ‘C, SPO2 92%.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada kasus Ny. “L”, yaitu : pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dan risiko syok berhubungan dengan faktor risiko proses infeksi sistemik.

3. Intervensi Keperawatan

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

4. **Implementasi**

   Setelah perawatan selama dua jam bekerjasama dengan dibantu oleh rekan mahasiswa dan perawat, semua implementasi boleh terlaksana dengan baik.

5. **Evaluasi**

   Dari hasil evaluasi yang telah dilakukan pada pasien menunjukkan bahwa pola napas belum membaik walaupun saturasi sudah meningkat.

B. Saran

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

1. **Bagi Institusi RS**

   Diharapkan menjadi referensi khsusunya pada perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan khususnya tindakan yang berbasis *Evidance Based Nursing* (EBN), yaitu pemberian posisi semi fowler untuk mengurangi sesak dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan pneumonia. Penerapan posisi semi fowler secara konsisten diharapkan dapat mendukung peningkatan kualitas pelayanan keperawatan, mencegah penurunan saturasi, serta mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut pada pasien pneumonia.

2. **Bagi Institusi Pendidikan**

   Penulis mengharapkan kasus ini dapat digunakan bagi peserta didik, serta sebagai referensi bagi mahasiswa keperawatan. Pemberian posisi semi fowler diharapkan dapat menjadi salah satu intervensi dalam menerapkan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan diagnosa medik pneumonia baik di rumah sakit maupun di lingkup masyarakat.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Penulis mengharapkan agar profesi keperawatan mampu melaksanakan asuhan keperawatan dan menerapkan intervensi pemberian posisi semi fowler yang berdasarkan *Evidance Based Nursing* (EBN) dalam merawat pasien dengan pneumonia.

DAFTAR PUSTAKA

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

Alfiah, Y. (2021). Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan 2021. *Jurnal Gema Keperawatan*, *3*(2), 13–21.

Amalia, H., Kurniawan, R., & Sipahutar, T. (2026). Determinan Prevalensi Pneumonia Balita di Indonesia: Studi Ekologi dengan Pendekatan Regresi Spasial Autoregresif. *10*(15), 6323–6331. https://doi.org/10.59680/medika.v1i3.403.

Ardian, M. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Pernafasan: Bronchopneumonia Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Bougenvile II Rsud Ciamis Tahun 2019*. *2507*(1), 1–9.

Daiman, Y., Saik, H., & Doyawilda, Y. (2023). *Karya Ilmiah Akhir Asuhan Keperawatan Anak Dengan Pneumonia Di Ruang Santo Yoseph Iii Rumah Sakit Stella Maris Makassar*.

Dinas Kesehatan Kota Makassar (2024). *Profil Kesehatan Kota Makassar tahun 2024*.

Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2018). Profil Kesehatan Kota Semarang 2017. https:// semarang kota.bps.go.id/publication/2018/12/18/ c8e4a9 f981e39fff16470adb/profil-kesehatan-kota-semarang-2017.html

Dwi, M., Syarifah, M. C., Viantry, P., Damawiyah, S., & Agnovianto, Y. (2023). Pengenalan Dan Pencegahan Potensi Bakteri Penyebab. *Community Development Journal*, *4*(5), 10846–10849.

Eka, I. G., & Prasana, J. (2024). Penatalaksanaan Fisioterapi pada Kasus Bayi dengan Community-Acquired Pneumonia Lobus Superior Segmen Anterior Dextra, *Physiotherapy Management in Cases of Infants with Community-Acquired Pneumonia in the Right Upper Lobe , Anterior Segment Pendahuluan Infeksi p*. *2*(2), 288–294.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2023). *Statistik Kesehatan Indonesia 2023*.

Manik, D., Kaunang, W. P. J., & Mantjoro, E. M. (2025). Distribusi Kasus Dan Kematian Akibat Pneumonia Pada Balita Di Indonesia Tahun 2019-2023. *Prepotif : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *9*(2), 2972–2986. https://doi.org/10.31004/prepotif.v9i2.44589

Nugraheny, R. A., Ferdinandus, E. D., & Husada, D. (2026). *Hubungan Imunisasi Dasar Lengkap dengan Kejadian Pneumonia pada Balita di Indonesia Tahun 2020-2025 : Studi Literatur*. *5*(1).

Sari, N. K., Hudiyawati, D., & Herianto, A. (2022). Pengaruh Pemberian Posisi Semi-Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis Terpasang Ventilator Di Ruang Intensive Care Unit di RSUD dr. Soeradji Tirtinegoro Klaten. *Prosiding Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*, *1*, 30–38. https:// proceedings. ums.ac.id/index.php/semnaskep/article/view/915

Syarli, S., Devi Putri, Y., & Maulina, Y. (2021). J u r n a l K e p e r a w a t a n M u h a m m a d i y a h Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Hipoglikemia Pada Diabetes Melitus di RSUD Embung Fatimah Kota Batam. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, *6*(4), 2021.

Systematic Review SEA. (2025). Systematic review of respiratory diseases attributed to climate change in Southeast Asia. PubMed. PMID: 41784648.

Usri, Afifah, Nur, Husni, Andi, Darussalam, Esa, Azikin, Wildana, Loddo, Nirwana, Safitri, Asrini, Badaruddin, & Kartini. (2024). Karakteristik Pasien Community Acquired Pneumonia Pada Pasien Balita Di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar Tahun 2020-2022. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, *5*(1), 2100–2113. http://journal. universitaspahlawan.ac.id /index.php/jkt/article/view/26627.

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

LAMPIRAN

Lampiran 1

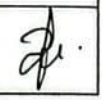
LEMBARAN KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH

Nama Mahasiswa : 1. Federiko Woda Sado NS2514901022
2. Greiz Onesawanti NS2514901030

Pembimbing I : Mery Sambo, Ns., M.Kep

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien dengan Pneumonia Bilateral di Ruangan IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No.	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf		
			Pembimbing 1	Mahasiswa 1	Mahasiswa 2
1.	Senin, 16 Februari 2026	- Konsul kasus dan pengkajian - ACC kasus - Lengkapi pengkajian - Cek kembali EBN			
2.	Kamis, 12 Maret 2026	- Konsul BAB III - Konsul BAB IV - Tambahkan penjelasan pada tiap poin			

		di BAB IV menyesuaikan kasus dan EBN			
3.	Jumat, 13 Maret 2026	- Konsul BAB III - Konsul BAB IV - Konsul BAB V - Tambahkan penjelasan pada BAB IV			
4.	Selasa, 17 Maret 2026	- Konsul BAB IV - Tambahkan pembahasan dan sumber untuk poin intervensi			
5.	Rabu, 18 Maret 2026	- ACC			

LEMBARAN KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH

Nama Mahasiswa : 1. Federiko Woda Sado NS2514901022
2. Greiz Onesawanti NS2514901030

Pembimbing II : Asrijal Bakri, Ns., M.Kes

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien dengan Pneumonia Bilateral di Ruangan IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No.	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Paraf		
			Pembimbing 2	Mahasiswa	
				1	2
1.	Jumat, 13 Maret 2026	- Konsul BAB I - Konsul BAB II - Perhatikan kembali kesalahan penulisan			
2.	Senin, 16 Maret 2026	- Perhatikan kerapian Pathway			
3.	Selasa, 17 Maret 2026	- ACC			

Lampiran 2

Daftar Riwayat Hidup



1. Identitas Pribadi

Nama	: Federiko Woda Sado
Tempat/ Tanggal Lahir	: Makassar, 05 Oktober 2026
Jenis Kelamin	: Laki - laki
Agama	: Katolik
Alamat	: BTN Sao Sarana Indah Blok B8 No. 8, Makassar, Sulawesi Selatan

2. Identitas Orangtua

Ayah	: Petrus Nita
Ibu	: Veronika Mia
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Pensiunan PNS dan IRT
Alamat	: BTN Sao Sarana Indah Blok B8 No. 8, Makassar, Sulawesi Selatan

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Frater KARE Makassar	: 2008 – 2009
SD Frater KARE Makassar	: 2009 – 2015
SMPN 25 Makassar	: 2015 – 2018
SMA Frater Kumala Makassar	: 2018 – 2021
S1 Keperawatan dan Profesi Ners STIK Stella Maris	: 2021 – 2026

Daftar Riwayat Hidup



1. Identitas Pribadi

Nama	: Greiz Onesawanti
Tempat/ Tanggal Lahir	: Rantetayo, 15 Agustus 2002
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Cluster Alamanda K/8 Tallasa City Makassar, Sulawesi Selatan

2. Identitas Orangtua

Ayah	: Andarias Bambang
Ibu	: Dena Mintin Para'pak
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Tondok Bangla', Kel. Padang Iring, Kec. Rantetayo, Kab. Tana Toraja, Sulawesi Selatan

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Syalom Terpadu	: 2008 – 2009
SDN 168 Tapparan II	: 2009 – 2015
SMP Negeri 1 Rantetayo	: 2015 – 2018
SMA Negeri 6 Tana Toraja	: 2018 – 2021
S1 Keperawatan dan Profesi Ners STIK Stella Maris	: 2021 - 2026