

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN PNEUMONIA BILATERAL DI RUANG ICU RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR

OLEH:

ALFRIANI MANGAPE (NS2314901006)
ANGELINA SAINA (NS214901008)

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



KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN PNEUMONIA BILATERAL DI RUANG ICU RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR

OLEH:

ALFRIANI MANGAPE (NS2314901006)
ANGELINA SAINA (NS2313901008)

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

Alfriani Mangape (NS2314901006)

Angelina Saina (NS214901008)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar benarnya.

Makassar, 19 Mei 2024

Yang Menyatakan,

Alfriani Mangape

Angelina Saina

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alfriani Mangape (NS2314901006)

Anelina Saina (NS2314901008)

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 saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 13 Juni 2023

Yang menyatakan

Alfriani Mangape

Angelina Saina

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukkan oleh:

Nama	: Alfriani Mangape (NIM: NS2314901006)
	Angelina Saina (NIM: NS2314901008)
Program studi	: Profesi Ners
Judul KIA	: Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan Pneumonia Bilateral di Ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep ( )

Pembimbing 2 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes ( )

Penguji 1 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS ( )

Penguji 2 : Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes ( )

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar
Tanggal : 13 Juni 2023

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

v

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

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

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM: Alfriani Mangape / NS2314901006
Angelina Saina / NS2314901008

Disetujui oleh :

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)	(Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes)
NIDN: 0904078805	NIDN: 0925027603

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita, Ns., M.Kep., SpKMB.,PhDNS
NIDN: 0913098201

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) dengan judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Dengan Pneumonia Bilateral di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Bhayangkara Makassar".

Tujuan dari penyusunan karya ilmiah akhir ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program profesi NERS STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan, dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si, Ns., M.Kes. Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Profesi Ners.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., SpKMB., PhDNS. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik.
3. Matilda Martha Paseno,Ns.,M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar, selaku penguji II yang akan memberikan masukan dan arahan untuk penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi, sekaligus dosen pembimbing II yang akan memberikan bimbingan dan arahan untuk penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir.
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep. Selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners.

6. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku pembimbing I yang memberikan bimbingan dan arahan untuk penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir.
7. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS selaku penguji I yang akan memberikan masukan dan arahan untuk penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir.
8. Kepada seluruh staf dosen, pengajar dan pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan arahan dan masukan selama kami menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Alfriani Mangape (Matius Mangape dan Martha Sambo), dan dari Angelina Saina (Romanus Dandung dan Martina Inu) serta keluarga, sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, sehingga penulis dapat menyelesaikan KIA ini.

Akhir kata, semoga KIA ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi inspirasi untuk melaksanakan penelitian selanjutnya. Peneliti menyadari KIA ini masih jauh dari sempurna dan sangat mengharapkan masukan.

Makassar, 13 Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL i
HALAMAN JUDUL ii
HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR iv
HALAMAN PENGESAHAN v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI vi
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI ix
DAFTAR GAMBAR xi
DAFTAR LAMPIRAN xii
DAFTAR TABEL 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 RS 4
2. Bagi Profesi Keperawatan 4
4. Bagi Institusi Pendidikan 4
D. Metode Penulisan 5
1. Studi Kepustakaan 5
2. Studi Kasus 5
E. Sistematika Penulisan 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
A. Konsep Dasar 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 8
3. Etiologi 11
4. Patofisiologi 12
5. Manisfestasi Klinik 15
6. Tes Diagnostik 16
7. Penatalaksanaan Medik 18
8. Komplikasi 19
B. Konsep Dasar Keperawatan 21
1. Pengkajian 21
2. Diagnosa Keperawatan 27
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan 27
4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*) 32

BAB III PENGAMATAN KASUS
A. Ilustrasi Kasus 33
B. Pengkajian..... 34
C. Analisa Data 56
D. Diagnosa Keperawatan 60
E. Intervensi Keperawatan..... 61
F. Implementasi Keperawatan 66
G. Evaluasi Keperawatan..... 80
BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pembahasan ASKEP..... 95
B. Pembahasan *Penerapan Evidence Based Nursing* (EBN)..... 103
BAB V SIMPULAN DAN SARAN
A. Simpulan 108
B. Saran..... 110

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Pancreas 8

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar konsultasi Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Keperawatan Kritis 34
Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang 54
Tabel 3.3 Analisa Data 56
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan 60
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan 61
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan 66
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan 80
Tabel 4.1 Pembahasan Penerapan EBN (*Evidence Based Nursing*) ... 103

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit infeksi merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat terutama bagi negara maju dan berkembang. Penyakit infeksi ialah penyakit yang disebabkan oleh berkembangbiaknya mikroorganisme yang terdiri dari satu atau banyak sel seperti bakteri, jamur, parasite serta virus. Penyakit infeksi terjadi ketika mikroorganisme menyebabkan kerusakan pada tubuh host dan kerusakan tersebut menimbulkan berbagai gejala dan tanda klinis. Penyakit yang diakibatkan oleh infeksi mikroorganisme menjadi salah satu penyakit yang selalu menjadi pusat perhatian para praktisi dan pemerhati kesehatan salah satunya pneumonia (Mulyana, 2019). Pneumonia merupakan penyakit menular yang tidak mengenal usia biasa terjadi pada anak-anak maupun orang dewasa biasanya balita dan lansia sangat rentan terpapar infeksi ini. Data yang dilaporkan WHO bahwa salah satu penyumbang kematian yang tinggi adalah infeksi saluran pernapasan termasuk didalamnya influenza serta pneumonia, pneumonia sangat sering didapat pada pasien yang melakukan rawat jalan, dan pasien rawat inap angka moltalitasnya mencapai 5-15% (Maratus & Sudari, 2019).

Pada kasus pneumonia, alveoli terisi nanah dan cairan sehingga penderita pneumonia mengalami kesulitan bernapas. Gejalanya tidak spesifik, seperti batuk dan sesak napas saat melakukan aktivitas yang berat, dan kadang disertai dengan demam. Salah satu kelompok yang berisiko tinggi dan rentan terkena pneumonia adalah usia lanjut dengan usia 60 tahun atau lebih (Sari et al., 2021). Banyak pasien usia lanjut datang ke rumah sakit atau dirawat dirumah sakit akibat menderita pneumonia.

Tingginya kejadian ini dihubungkan dengan beberapa faktor yang terjadi pada usia lanjut seperti penurunan fungsi organ akibat proses penuaan, faktor komorbiditas, faktor nutrisi, faktor sosial, psikologis, serta lingkungan dan perilaku yang kurang baik. Faktor lingkungan sangat mempengaruhi penyebaran penyakit terutama melalui udara. Penurunan fungsi organ akibat proses penuaan yang terjadi terutama pada organ respirasi seperti penurunan refleks batuk, penurunan kemampuan silia saluran napas untuk membersihkan kotoran, kelemahan otot dinding dada serta penurunan sistem kekebalan tubuh (Priambudi et al., 2022).

Angka kesakitan pada penderita pneumonia cukup tinggi, berdasarkan data *Word Health Organization* (WHO, 2015), kasus kesakitan pada penderita pnumonia mengalami peningkataan dengan prevelensi 2,1% pada tahun 2007 menjadi 2,7% pada tahun 2013. Kesakitan pada penderita pneumonia banyak terjadi pada 450 juta orang pertahunnya. Angka kesakitan pneumonia yang terjadi di negara Amerika serikat terdapat 5-10 juta pasien setiap tahun dan dirawat di rumah sakit. Pneumonia menjadi salah satu masalah kesehatan di berbagai negara berkembang salah satunya Philipina dan Indonesia. Angka kesakitan pneumonia yang terjadi di negara Philipina sebanyak 53,101 kasus (10,0%) pada tahun 2013 sedangkan proporsi angka kesakitan dengan pneumonia di Indonesia yaitu sebesar 53,95% (Andayani, 2021).

Menurut data WHO (2019) melaporkan terdapat 15 negara berkembang dengan jumlah kematian terbanyak akibat penyakit pneumonia yaitu pada urutan pertama berasal dari negara India sebanyak 158.176 juta pasien, Nigeria pada urutan ke dua dengan jumlah kematian sebanyak 140.520 juta pasien, Pakistan pada urutan ke tiga dengan jumlah kematian 62.782 juta pasien sedangkan Indonesia berada pada urutan ke delapan dengan total kematian 20.084 pasien (Abdjul & Herlina, 2020). Angka kesakitan

dengan penderita pneumonia di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 2013 yang dimana sebanyak 1,6% menjadi 2,0% di 2018. Dari data Resikesdas 2018 untuk wilayah Indonesia yang mengalami angka kejadian pneumonia paling tinggi yaitu daerah Papua sekitar 3,5% pada tahu 2018 sedangkan pada provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2015 jumlah data yang dicatat dengan pneumonia sebanyak 42.563 penderita pneumonia (Riskesdas, 2022).

Pneumonia yang menyebabkan gangguan kesehatan pada seseorang dapat ditangani dengan terapi farmakologis dan non farmakologis. Pada terapi farmakologis ialah pemberian obat antibiotik, analgesik, antipiretik, mukolitik dan kortikosteroid sedangkan pada pemberian terapi non farmakologis yaitu dapat dilakukan dengan cara pemberian oksigen, fisioterapi dada dan latihan batuk efektif (Utama & Triana, 2023). Adapun masalah yang sering muncul pada masalah keperawatan dengan penyakit pneumonia ini ialah bersihan jalan napas tidak efektif. Berdasarkan hasil penelitian salah satu upaya yang dilakukan untuk memperbaiki atau meningkatkan kualitas jalan napas pada pasien pneumonia adalah tindakan latihan batuk efektif. Latihan batuk efektif adalah proses pengeluaran dahak yang tertahan dijalan napas pasien. Salah satu maanfaat dari latihan batuk efektif ini yaitu untuk melonggarkan atau melegakan saluran pernapasan maupun mengatasi sesak akibat penumpukan lendir yang memenuhi saluran pernapasan. Untuk itu segera dibutuhkan asuhan keperawatan yang spesifik dan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan misalnya, memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya menggunakan proses pendekatan keperawatan.

Dari hasil urian diatas maka penulis tetap mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan judul asuhan keperawatan pada pasien

dengan Pneumonia di Ruangan ICU Rumah Sakit Bhayangkar Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Penulis dapat memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan kritis pada pasien Pneumonia di ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

2. Tujuan Khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan kritis pada pasien pneumonia secara komprehensif yang mencakup :

   a. Melaksanakan pengkajian kritis pada pasien dengan pneumonia di RS Bhayangkara Makassar
   b. Menetapkan diagnosis keperawatan kritis permasalahan yang terjadi pada pasien dengan pneumonia
   c. Menyusun rencana tindakan keperawatan kritis pada pasien dengan pneumonia Melaksanakan tindakan keperawatan kritis pada pasien dengan pneumonia yang berdasarkan Evidence Based Nursing (EBN)
   d. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di Rumah Sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan melalui asuhan keperawatan kritis pada pasien pneumonia.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam

mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pasien kritis dengan pneumonia

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Dapat digunakan sebagai salah satu sumber informasi dan acuan bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kualitas penulisan karya ilmiah akhir asuhan keperawatan kritis pada pasien pneumonia

D. Metode Penulisan

Pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data atau informasi melalui :

1. Studi kepustakaan

   Mempelajari literatur yang berkaitan atau relevan dengan karya ilmiah akhir baik dari buku-buku maupun dari internet.

2. Studi kasus
   a. Wawancara

      Melakukan wawancara langsung dengan pasien, keluarga pasien dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

   b. Melakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
   c. Dokumentasi hasil pemeriksaan diagnostik dan riwayat medik pasien.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis akhir ditulis secara sistematis dalam beberapa BAB, yaitu : BAB I Pendahuluan yang membahas latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Pustaka yang membahas konsep dasar medik dan konsep dasar keperawatan penyakit pneumonia. BAB III Pengamatan kasus

yang membahas pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan pneumonia. BAB IV Pembahasan kasus yang membahas asuhan keperawatan gawat darurat pasien dengan pneumonia dan tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan Evidence Based Nursing (EBN). BAB V Simpulan dan saran yang membahas tentang kesimpulan dari hal yang telah dibahas dan memberikan saran bagi penulisan karya ilmiah akhir.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

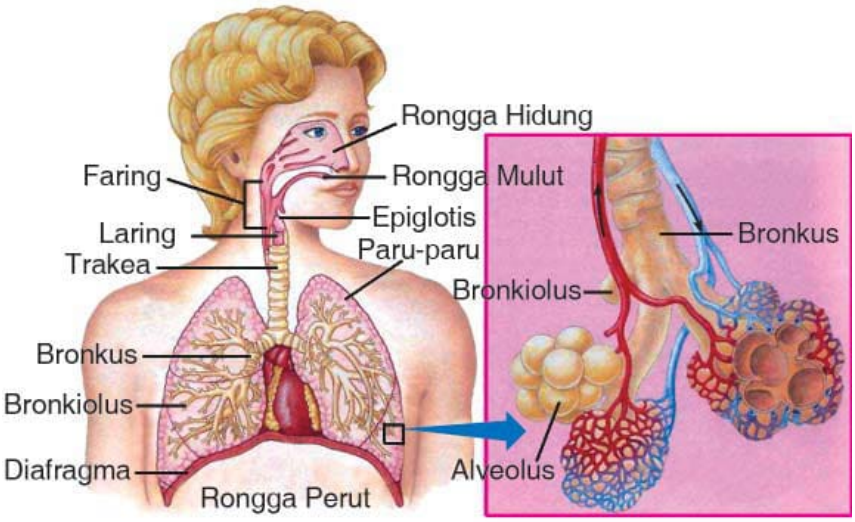
Pneumonia merupakan suatu penyakit peradangan akut pada parenkim paru yang biasanya dari suatu infeksi saluran napas bawah akut (INSBA) dan ditandai dengan gejala batuk disertai dengan sesak napas yang disebabkan oleh agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma, dan substansi asing, berupa radang paru-paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi dan dapat dilihat melalui gambaran radiologsi.(Fathiyah & Susanto, 2020)

Pneumonia merupakan infeksi saluran pernapasan akut yang menyerang paru-paru. Ketika seseorang menderita pneumonia, alveoli berisi nanah dan cairan yang menyebabkan nyeri saat bernapas dan mengakibatkan terbatasnya asupan oksigen yang masuk ke paru-paru. Pada penyakit pneumonia dapat terjadi komplikasi seperti dehidrasi, bakteremia (sepsis), abses paru, efusi pleura dan kesulitan bernapas.(Sartiwi et al., 2019).

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

2. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernapasan

a. Anatomi pernapasan



Gambar 2.1 Anatomi Pernapasan Manusia

(Agustina et al., 2022)

Parenkim Paru tersusun dari satuan fungsional paru yang disebut asinus. Asinus adalah bagian paru yang terletak distal dari bronkus terminalis, bronkiolus dan aveolus lengkap dengan struktur peyangganya.

1) Bronkus

Bronkus merupakan cabang dari trakea yang bercabang dua keparu-paru kanan dan kiri. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar diameternya. Bronkus kiri lebih horizontal, lebih panjang dan lebih sempit. Bronkus terbagi menjadi bronkus lobaris kanan (3 lobus) dan bronkus lobaris kiri (2 lobus). Bronkus lobaris kanan terbagi menjadi 10 bronkus segmental dan bronkus lobaris kiri terbagi menjadi 9 bronkus segmental. Bronkus segmentalis ini kemudian terbagi lagi menjadi subsegmental yang dikelilingi oleh jaringan ikat yang

memiliki arteri, limfatik dan saraf-saraf. Bronkus segmental bercabang-cabang menjadi bronkiolus. Bronkiolus merupakan cabang dari bronkus yang berfungsi untuk menyalurkan udara dari bronkus ke alveolus. Bronkiolus juga berfungsi untuk mengontrol jumlah udara yang masuk dan keluar saat proses pernapasan berlangsung.

2) Paru – paru

Paru-paru berfungsi sebagai tempat pertukaran oksigen dari udara dengan karbondioksida dari darah. Jika paru-paru terganggu fungsinya, maka kesehatan tubuh manusia bisa terpengaruh secara keseluruhan. Paru-paru kanan dan kiri mempunyai ciri yang berbeda. Paru-paru kiri orang dewasa umumnya berbobot sekitar 325-550 gram, bagian kanan memiliki berat sekitar 375-600 gram. Paru-paru kanan memiliki tiga bagian (lobus), sedangkan paru-paru bagian kiri memiliki dua bagian (lobus).

3) Alveolus

Bagian dari paru yang merupakan kelompok terkecil yang disebut kantung alveolus di ujung bronkiolus. Paru-paru menghasilkan campuran lemak dan protein yang disebut dengan surfaktan paru-paru. Campuran lemak dan protein ini melapisi permukaan alveolus dan membuatnya lebih mudah untuk mengembang dan mengempis saat bernapas. Alveolus berfungsi sebagai tempat pertukaran oksigen dan karbondioksida. Alveolus kemudian menyerap oksigen dari udara yang dibawa oleh bronkiokiolus dan mengalirkannya ke dalam darah. Karbondioksida yang merupakan produk limbah dari sel-sel tubuh mengalir dari

darah ke alveolus untuk dihembuskan keluar. Pertukaran gas ini terjadi melalui dinding alveolus dan kapiler yang sangat tipis.

b. Fisiologi dan sistem pernapasan

Ada empat golongan utama dalam proses pernapasan (Sudirman, 2021):

1) Proses ventilasi

Ventilasi merupakan proses keluar dan masuknya udura ke dalam paru-paru serta keluarnya karbondioksida dari alveolus ke udara luar. Alveolus yang sudah mengembang tidak dapat mengempis penuh karena masih adanya udara yang tersisa di dalam alveolus yang tidak dapat dikeluarkan walaupun dengan ekspirasi kuat. Volume udara yang tersisa ini disebut dengan volume residu. Volume ini penting karena menyediakan oksigen dalam alveolus untuk dialirkan darah. Hal yang mempengaruhi ventilasi yaitu saluran, mobilitas, dan gaya atau tenaga pada otot-otot pernapasan untuk mengembang dan mengempis.

2) Proses difusi

Proses di mana terjadi pertukaran oksigen dan karbondioksida pada pertemuan udara dengan darah. Tempat difusi yg ideal yaitu di membran alveolar-kapilar karena permukaannya luas dan tipis. Pertukaran gas antara alveolus dan darah terjadi secara difusi. Tekanan parsial oksigen (PaO2) dalam alveolus lebih tinggi dari pada tekanan parsial oksigen (PaO2) dalam darah. Sebaliknya tekanan parsial karbondioksida (PCO2) darah lebih besar dari (PCO2) alveolus sehingga perpindahan gas tergantung pada luas permukaan dan ketebalan dinding alveolus. Proses transportasi gas dalam darah

berupa oksigen ditransport dari paru-paru ke jaringan dan karbondioksida harus ditransport kembali dari jaringan ke paru-paru. Beberapa faktor yang mempengaruhi pertukaran gas dari paru ke jaringan, yaitu: Cardiac output, jumlah eritrosit, exercise dan hematokrit yang akan meningkatkan viskositas dan mengakibatkan transportasi oksigen menurun.

3) Proses perfusi

Perfusi adalah distribusi darah yang telah teroksigenasi di dalam paru untuk dialirkan ke seluruh tubuh. Transport oksigen dan karbondioksida di dalam darah dan cairan tubuh ke dan dari sel. Oksigen dan karbondioksida yang beredar melalui sistem pernafasan dan sampai ke sel melalui aliran darah maka akan terjadi respirasi internal, yaitu proses pertukaran karbondioksida dengan oksigen di tingkat sel.

4) Pengaturan ventilasi dari segi respirasi lainnya.

3. Etiologi

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi terjadinya pneumonia salah satunya usia. Usia yang rentan mengalami pneumonia adalah pada kelompok anak terlebih khusus pada anak dengan usia ≤12 bulan . Hal ini disebabkan anak usia ≤12 bulan memiliki imunitas tubuh yang belum sempurna. Sehingga pada anak mudah terpapar infeksi salah satunya mengenai pada paru-paru (Oktaviani, 2019) .

b. Faktor presipitasi

1) Mikroorganisme berupa virus bakteri dan jamur. Jenis virus penyebab utama pneumonia yaitu Respiratory Syncytial Virus (RSV), parainfluenza virus, adenovirus,

Enterovirus Stan Pneumococus adalah jenis virus umum yang menyebabkan pneumonia. Bakteri Streptococcus pneumonia merupakan bakteri yang sudah ada di esophagus. Ketika sakit, sistem imun tubuh menurun dan pada kondisi malnutrisi, bakteri akan mereplikasi dan menyerang organ tubuh. Jamur penyebab pneumonia yaitu Hitoplasma Cryprococcus, Coccidioides. Organisme tersebut menjadi penyebab meningkatnya angka pneumonia. Hal ini disebabkan oleh imunitas yang belum sempurna dan saluran pernapasan yang relatif sempit (Ferasinta, 2021).

2) Terpapar asap rokok

Asap rokok mengandung partikel seperti hidrokarbon polisiklik, karbon monoksida, nikotin, nitrogen oksida dan akrolein yang dapat menyebabkan kerusakan epitel bersilia, menurunkan klirens mukosiliar serta menekan aktifitas fagosit dan efek bakterisida sehingga mengganggu sistem pertahanan paru-paru (Rigustina, 2021).

3) Tirah baring lama dapat menyebabkan Kontraksi intrakostal dan diafragma tidak maksimal. Mekanisme batuk berkurang yang menyebabkan efisiensi silia berkurang sehingga terjadi penumpukan mucus yang berlebih.

4) Kepadatan tempat tinggal

4. Patofisiologi

Pneumonia merupakan penyakit yang disebabkan oleh berbagai faktor baik faktor predisposi maupan presipitasi. Faktror predisposis terjadinya pneumoinia adalah usia, sedangkan faktor presipitasinya adalah mikroorganisme

(bakteri, virus, dan jamur), terpajan asap rokok, tirah baring lama, dan kepadatan tempat tinggal.

Pada umumnya organ paru terlindungi dari infeksi melalui beberapa mekanisme diantaranya pertahanan barrier baik secara anatomi maupun fisiologi, sistem retikuloendotelial yang mencegah penyebaran hematogen dan sistem imunitas humoral bawaan dan spesifik yang meredakan bakteri infeksius. Apabila salah satu pertahanan tersebut terganggu, maka mikroorganisme menyerang pada saluran pernapasan atas hingga mencapai paru-paru, berkembang biak dan memulai penghancuran sehingga memicu terjadinya pneumonia. Sebagian besar mikroorganisme pneumonia terjadi melalui aspirasi setelah berkolonisasi di nasofaring.

Mikroorganisme yang menginvasi saluran pernapasan bagian bawah akan menyebabkan respon inflamasi akut yang diikuti infiltrasi sel-sel mononuklear ke dalam submukosa dan perivaskuler. Reaksi inflamasi juga akan mengaktifkan sel-sel goblet untuk menghasilkan mucus kental yang akan digerakkan oleh epitel bersilia menuju faring dengan refleks batuk. Pada anak, sekret mukus yang ditimbulkan oleh batuk umumnya tertelan tetapi ada juga yang dapat dikeluarkan. Mikroorganisme yang mencapai alveolus akan mengaktifkan beberapa makrofag alveolar untuk memfagositosis kuman penyebab. Hal ini akan memberikan sinyal kepada lapisan epitel yang mengandung opsonin untuk membentuk antibodi immunoglobulin G spesifik. Kuman yang gagal difagositasi akan masuk ke dalam interstitium, kemudian dihancurkan oleh sel limfosit serta dikeluarkan dari paru melalui sistem mukosiliar. Ketika mekanisme tersebut gagal membunuh mikroorganisme dalam alveolus, maka sel leukosit dengan aktivitas fagositosis akan

dibawa oleh sitokin sehingga muncul respon inflamasi lanjutan, dengan tahapan proses sebagai berikut:

a. Stadium kongesti. Dalam 24 jam pertama, terjadinya kongesti vaskular dengan edema alveolar yang keduanya disertai infiltrasi sel-sel neutrofil dan bakteri.
b. Stadium hepatisasi merah. Terjadi edema luas dan kuman akan dilapisi oleh cairan eksudatif yang berasal dari alveolus. Area edema ini akan membesar dan membentuk sentral yang terdiri dari eritrosit, neutrophil, eksudat purulen (fibrin, sel-sel leukosit polymorphonuclear) dan bakteri.
c. Stadium hepatisasi kelabu. Terjadi fagositosis aktif kuman oleh sel leukosit polymorphonuclear serta pelepasan pneumolisin yang meningkatkan respon inflamasi dan efek sitotoksik terhadap semua sel-sel paru. Struktur paru tampak kabur karena akumulasi hemosiderin dan lisisnya eritrosit
d. Stadium resolusi. Terjadi ketika antikapsular timbul dan leukosit polymorphonuclear terus melakukan aktivitas fagositosisnya dan sel-sel monosit membersihkan debris. Apabila imunitas baik, pembentukan jaringan paru akan minimal dan parenkim paru akan kembali normal.

Pada keadaan tertentu ketika pneumonia tidak tertangani maka akan menimbulkan berbagai komplikasi seperti efusi pleura, empiema, abses paru dan sepsis. Pada kondisi jaringan paru tidak terkompensasi dengan baik, maka pasien akan mengalami gangguan ventilasi karena adanya penurunan volume paru. Akibat penurunan ventilasi, maka rasio optimal antara ventilasi perfusi tidak tercapai (ventilation Perfusion Mismatch). Penebalan dinding dan penurunan aliran udara ke alveolus akan menganggu proses difusi yang menyebabkan hipoksia bahkan gagal napas (Suci, 2020).

5. Manifestasi Klinik

Menurut Rohman (Rohmah, 2020) mengatakan, pneumonia virus lebih sering berasosiasi dengan batuk, mengi atau stridor da(Florentina, 2021)n gejala demam lebih tidak menonjol dibanding pneumonia bakterial. Penumonia bakterial secara tipikal berasosiasi dengan demam tinggi, menggigil, batuk, dispneu dan pada auskultasi ditemukan adanya tanda konsolidasi paru. Gejala klinis lainnya yang dapat ditemukan adalah distres pernapasan termasuk nafas cuping hidung, retraksi interkosta dan subkosta, dan merintih (grunting). Semua jenis pneumonia memiliki ronchi kering yang terlokalisir dan penurunan suara respiratori. Adanya efusi pleura dapat menyebabkan bunyi pekak pada pemeriksaan perkusi.

Tanda dan gejala yang mungkin terjadi menurut (Thalib & St. Arisah, 2023)

a. Demam, sering muncul sebagai tanda infeksi yang pertama. Paling sering terjadi dengan suhu mencapai 39,5-40,5°C bahkan dengan infeksi ringan. Mungkin peka rangsangan atau terkadang euphoria dan lebih aktif dari normal, sehingga beberapa anak bicara dengan kecepatan yang tidak biasa.
b. Dyspnea, sesak napas yang disebabkan karena pasien mengalami sumbatan jalan napas oleh sputum
c. Batuk, merupakan gambaran umum dari penyakit pernapasan. Dapat menjadi bukti hanya selama fase akut.
d. Auskultasi bunyi pernapasan dengan suara tambahan seperti terdengar ronchi.
e. Takipnea, ditandai dengan pernapasan dari 25-45x/menit disertai dengan sesak napas dan penggunaan aksesori otot dalam respirasi.

6. Tes Diagnostik

Pemeriksaan penunjang pneumonia antara lain sebagai berikut (Florentina, 2021) :

a. Darah Perifer Lengkap

Hasil pemeriksaan darah lengkap yang biasa diadapatkan pada anak dengan pneumonia yaitu perubahan pada hasil leukosit baik leukositosis (15.00040.000/mm³) maupun leukopenia (<5.000/mm3) yang menunjukkan adanya prognosis yang buruk pada anak. Pasien dengan komplikasi efusi pleura biasanya ditemukan cairan eksudat dengan sel polymorphonuclear berkisar antara 300-100.000/mm3, protein >2,5 g/dl, dan glukosa relatif lebih rendah. Kadang-kadang terdapat anemia ringan darah perifer sehingga sulit membedakan antara infeksi virus dan infeksi bakteri.

b. Analisis Gas Darah

Abnormalitas timbul tergantung dari luasnya kerusakan paru-paru. Ditemukan hipoksemia sedang atau berat. Pada beberapa kasus, tekanan parsial karbondioksida (PCO2) menurun dan pada stadium lanjut menunjukkan asidosis respiratorik.

c. Uji Serologis

Uji serologi untuk mendeteksi antigen dan antibodi pada infeksi bakteri tipik mempunyai sensitivitas dan spesifisitas yang rendah. Pada pasien pneumonia hasil uji serologis untuk mengetahui jenis bakteri dan virus penyebab seperti RSV, Parainfluenza 1,2,3, Influenza A dan B, serta peningkatan antibodi IGM dan IgG dapat mengkonfirmasi diagnosis.

d. Pemeriksaan Mikrobiologis

Pemeriksaan mikrobiologik untuk diagnosis pneumonia anak tidak rutin dilakukan kecuali pada pneumonia berat yang dirawat di. Pada pneumonia anak dilaporkan hanya 10-30% ditemukan bakteri pada kultur darah. Spesimen yang memenuhi syarat adalah sputum yang mengandung lebih dari 25 leukosit dan kurang dari 40 sel epitel/lapangan pada pemeriksaan mikroskopis dengan pembesaran kecil.

e. Pemeriksaan Rontgen Toraks

Kelainan foto rontgen toraks pada pneumonia tidak selalu berhubungan dengan gambaran klinis. Kadangkadang bercak bercak sudah ditemukan pada gambaran radiologis sebelum timbul gejala kais. Akan tetapi, resolusi infiltrat sering memerlukan waktu yang lebih lama setells gejala klinis menghilang. Secara umum gambaran foto toraks terdiri dari:

1) Infiltrat Interstisial, ditandai dengan peningkatan corakan bronkovaskular 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) Bronkopneumonia, ditandai dengan gambaran difus merata pada kedua paru, berupa bercak-bercak infiltrat yang dapat meluas hingga daerah perifer paru, disertai dengan peningkatan corakan peribronkial.
4) Pada umumnya ditemukan bahwa lesi pneumonia pada anak terbanyak berada di paru kanan, terutama di lobus

atas. Bila ditemukan di paru kiri, dan terbanyak di lobus bawah, maka hal itu merupakan prediktor perjalanan penyakit yang lebih berat dengan risiko terjadinya pleuritis lebih meningkat.

7. Penatalaksanaan Medik

Menurut (Putri & Novitasari, 2022) adapun penatalaksanaan medis yang diberikan pada pasien dengan pneumonia yaitu:

a. Penatalaksanaan Farmakologi

1) Terapi antibiotik

Tatalaksana antibiotik pada penderita pneumonia sebaiknya didasarkan pada data mikroorganisme penyebab dan hasil uji kepekaan namun dapat diberikan secara secara empiris karena tidak adanya hasil mikrobiologis pada saat diagnosis. Antibiotik dapat mempengaruhi keseimbangan antara sistem pertahanan dan efek samping dari sistem imun yang berlebihan. Akibat kerja antibiotik yang efektif akan menyebabkan penurunan kebutuhan respons inflamasi, selanjutnya terjadi kedudukan yang seimbang dari proses inflamasi tersebut yang merupakan keberhasilan kombinasi pemberian antibiotik dan antiinflamasi Ampicilin dan tetracycline dapat digunakan untuk mengobati infeksi saluran pernapasan.

2) Memberikan antipiretik jika demam, seperti paracetamol, Acitaminophen, ibuprofen.

3) Memberikan bronkodilator untuk menjaga jalur udara tetap terbuka, memperkuat aliran udara jika perlu seperti albuterol, metaproteranol, levabuterolvia nebulizer atau metered dose inhaler.

b. Pengobatan Non-farmakologi

1) Pemberian oksigen Terapi oksigen berguna untuk membantu memenuhi kebutuhan oksigenasi sel utuh dan meningkatkan saturasi oksigen.
2) Posisi semi fowler Posisi semi fowler memaksimalkan peningkatan ekspansi paru dan menurunkan frekuensi sesak napas agar otot pernapasan mengembang maksimal.
3) Batuk efektif Tindakan ini perlu dilakukan untuk mengeluarkan sputum yang menumpuk di jalan napas.

8. Komplikasi

Komplikasi Pneumonia umumnya bisa diterapi dengan baik tanpa menimbulkan komplikasi. Akan tetapi, beberapa pasien, khususnya kelompok pasien risiko tinggi, mungkin mengalami beberapa komplikasi seperti efusi pleura, empiema, abses paru, penumothoraks gagal napas dan sepsis (Abdjul & Herlina, 2020).

a. Efusi pleura

Pada pneumonia, infeksi parenkim paru akan menyebabkan peningkatan aktivasi makrofag alveolar yang akan mengeluarkan sitokin inflamasi yang merangsang peningkatan permeabilitas vaskular. Permeabilitas vascular yang meningkat menyebabkan cairan kaya protein keluar dari vaskular menuju interstitial sehingga dapat menyebabkan efusi pleura eksudat.

b. Empiema

Empiema adalah akumulasi pus pada jaringan nekrotik di rongga pleura. Empiema dapat terjadi apabila infeksi di parenkim paru menyebar hingga ke rongga pleura. Pembentukan empiema dapat dibagi menjadi tiga tahap

yaitu tahap eksudatif, fibropurulent, dan organisational. Pada tahap eksudatif terjadi akumulasi cairan di rongga pleura yang disebabkan oleh inflamasi dan peningkatan permeabilitas di pleura viseral. Tahap fibropurulen dimulai dengan invasi bakteri dirongga pleura dan ditandai dengan deposisi fibrin pada membrane pleura viseral dan parietal serta pembentukan septa fibrin, lokulasi dan adhesi. Aktivitas metabolik yang tinggi menyebabkan rendahnya konsentrasi glukosa dan penurunan kadar pH, dan lisis neutrofil menyababkan peningkatan kadar LDH (Lactate dehydrogenase). Apabila infeksi terus berlanjut, empiema menjadi terorganisir dengan pembentukan lapisan pleura yang tebal dan nonelastis serta septa fibrin yang padat yang dapat menghambat pergerakan paru.

c. Abses Paru

Abses paru adalah nekrosis jaringan pulmoner dan pembentukan kavitas yang berisi debrisnekrotik atau cairan yang disebabkan infeksi bakteri.

d. Pneumothoraks

Pada necrotizing pneumonia dapat terjadi rumptur pleura visceral yang menyebabkan udara terakumulasi di rongga pleura (pneumothoraks) sehingga pleura kehilangan tekanan negatifnya sehingga elastisitas paru terganggu dan paru dapat kolaps.

e. Gagal Nafas

Gagal nafas adalah ketidakmampuan untuk melaksanakan fungsi fundamental pernafasan yaitu untuk membawa oksigen ke darah dan untuk mengeliminasi karbondioksida. Inflamasi parenkim paru menyebabkan pertukaran udara terganggu sehingga perfusi oksigen di alveolar terganggu dan dapat menyebabkan gagal nafas.

f. Bakteremia (sepsis)

Sepsis dapat terjadi pada pasien jika bakteri yang menginfeksi paru masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ lain, yang berpotensi menyebabkan kegagalan organ. Sepsis dapat terjadi apabila kuman di parenkim paru menyebar melalui pembuluh darah dan menyababkan reaksi inflamasi sistemik yang ditandai dengan dua dari empat kriteria yaitu: demam (suhu tubuh >380c) atau (hipothermia), pernapsan > 24x/menit), takikardia (denyut jantung > 90x/menit), dan leukositosis (>12,000/ L) atau leukopenia (10%).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Kritis (B1 – B6)
   a. *Breath* (B1)
      1) Inspeksi
         a) Bentuk dada dan ekspansi dada: pengkajian bentuk dada dilakukan untuk melihat apakah ada kelainan pada dada yang dapat menghambat proses pernapasan. Pada observasi ekspansi dada perlu dinilai retraksi dari otot- otot intercostal, substernal, pernapasan abdomen, dan respirasi paradox.
         b) Ekspansi dada: dinilai penuh/tidak penuh, dan kesimetrisannya ketidaksimetrisan mungkin menunjukkan adanya atelectasis, lesi pada paru, obstruksi pada bronkus, fraktur tulang iga, pnemotoraks, atau penempatan endotrakeal dan tube trakeostomi yang kurang tepat.
         c) Pola napas: dinilai kecepatan, irama, dan kualitas.
         d) Sumbatan jalan napas: lihat apakah terdapat sumbatan jalan napas oleh benda, makanan, lender,

darah, lidah yang jatuh kebelakang, atau apapun itu yang menghalangi laruran pernapasan. Jika terdapat sputum, nilai warnanya, jumlah dan konsistensinya.

e) Kaji saturasi oksigen
f) Penggunaan otot bantu pernapasan

2) Palpasi

Nilai vocal fremitus dengan cara meletakkan kedua tangan pada berbagai daerah dinding torax lalu klien diminta untuk mengucapkan secara berulang kata “tujuh puluh tujuh”.

3) Perkusi

Lakukan perkusi untuk menilai ada tidaknya penumpukan cairan ataupun pembesaran organ.

4) Auskultasi

Dilakukan untuk menilai suara napas serta suara tambahan seperti rales, ronchi, wheezing serta friction rub.

b. *Blood* (B2)

1) Inspeksi
   a) Lihat apakah terdapat distensi vena jugularis
   b) Edema: kaji lokasi serta derajatnya
   c) Kulit: apakah lembab atau kering serta lihat apakah tampak pucat atau tidak
   d) Lihat gambaran EKG untuk menilai keadaan jantung
2) Palpasi
   a) Kaji irama jantung: frekuensi, serta keteraturannya (irregular atau reguler).
   b) Nadi perifer: ada/tidak serta kualitasnya dan kecepatannya harus diperiksa.
   c) Palpasi denyut apeks serta arteri carotis untuk menilai curah jantung serta fungsi ventrikel kiri.

d) Perifer (teraba dingin/normal): untuk menilai curah

3) Perkusi

Perkusi dilakukan untuk menilai apakah terdapat pembesaran pada jantung, pericardium dan aneurisma aorta.

4) Auskultasi

a) Bunyi jantung: kaji apakah terdapat bunyi jantung tambahan S3 dan S4.
b) Kaji irama jantung: frekuensi, serta keteraturannya (irregular atau regular).
c) Kaji tekanan darah : hipertensi/hipotensi.
d) Kaji CRT untuk menilai adanya dehidrasi, syok, hipotermiserta peripheral vascular disease.

c. *Brain* (B3)

1) Pengkajian tingkat kesadaran

Kaji tingkat keterjagaan klien dan respon terhadap lingkungan untuk menilai fungsi sistem persarafan pasien. Tingkat kesadaran kuantitatif:

a) Respon motorik 6
b) Respon verbal 5
c) Respon membuka mata 4

2) Pengkajian fungsi status serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, funsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal dan hemisfer.

3) Ekspresi status mental

Observasi penampilan, tingkah lakuk, nilai gaya bicara, ekspresi wajah dan aktivitas motorik klien.

4) Fungsi intelektual

Kaji apakah terdapat penurunan ingatan atau memori baik jangka pendek maupun jangka panjang serta kemampuan berhitung dan kalkulasi.

5) Kemampuan bahasa : dapat ditemukan disatria maupun disfagia.
6) Kaji pupil serta refleks patologis/fisiologis.
7) Kaji tanpa rangsangan meningeal, serta ada tidaknya nyeri.
8) Kaji istirahat dan tidur pasien, serta keadaan saat bangun tidur apakah merasa sagar/tidak.

d. *Bladder* (B4)

1) Kaji frekuensi BAK pasien, warna, bau serta produksi urin untuk menilai perfusi ginja.
2) Kaji apakah ada kesulitan saat BAK serta perkusi untuk mengetahui adanya distensi kandung kemih.
3) Kaji dan pantau penggunaan kateter.

e. *Bowel* (B5)

1) Rongga mulut : Kaji ada tidaknya lesi pada mulut.
2) Bising usus : kaji ada tidaknya bising usus serta kualitas bising usus harus dikaji sebelum melakukan palpasi abdomen.
3) Distensi abdomen : dapat disebabkan oleh penumpukan cairan. Asiter dapat diketahui dengan memeriksa adanya gelombang air pada abdomen.
4) Kaji asupan makan dan minum sebelum klien masuk rumah sakit meliputi porsi makanan yang dihabiskan, susunan, keluhan mual dan muntah, kehilangan nafsu makan, bersendawa, nyeri ulu hati atau rasa terbakar pada ulu hati.

5) Kaji penurunan turgor kulit, kulit kering atau berkeringat, muntah dan perubahan berat badan.
6) Kaji penggunaan alat bantu seperti NGT atau colostomy bag.
7) Kaji ada tidaknya hematemesis, melena, diare, jumlah serta frekuensi.

f. *Bone* (B6)
1) Kaji adanya lesi dan dekubitus.
2) Kaji apakah terdapat fraktur, dislokasi atau nyeri tulang.
3) Kaji kekuatan otot, kram otot, tonus otot. Gejala yang harus diperhatikan adalah adanya kelemahan, letih, serta sulit.
4) Kaji warna kulit, turgor kulit serta kelembapan

2. Pengkajian Sekunder (Pola Gordon)
a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan
1) Data Subjektif : Penderita biasa mangalami sesak napas, sulit berbicara, batuk, nyeri pada dada saat batuk, demam, badan terasa hangat, dan berkeringat.
2) Data Objektif : Lemah, gelisah, sesak, batuk, menggunakan otot natu napas, terdengan bunyi napas tambahan, warna kulit pucat, CRT kembali ≥ 3 detik, kulit teraba hangat, berkeringat, nadi teraba kuat.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik
1) Data Subjektif : Tidak ada nafsu makan, penurunan berat badan, anoreksia, nyeri ulu hati, mual, muntah.
2) Data Objektif : Kesulitan menelan, lemah, perubahan turgor kulit/kelembapan.

c. Pola Eliminasi
   1) Data Subjektif : Penderita biasang mengalami BAB encer, penurunan produksi urin akibat perpindahan cairan melalui proses evaporasi karena demam.
   2) Data Objektif : Warna urin pekat, BAB encer.
d. Pola Aktivitas dan Latihan
   1) Data Subjektif : Lemah, aktivitas menurun, gelisah.
   2) Data Objektif : Nafas pendek dispnea noktumal paroksismal, batuk dengan sputum kental dan banyak, takipnea, dyspnea, peningkatan frekuensi/kedalam pernapasan.
e. Pola Tidur dan Istirahat
   1) Data Subjektif : Kesulitan tidur karena sesak napas, gelisah
   2) Data Objektif : Lemas, sering menguap.
f. Pola Persepsi Kognitif
   1) Data Subjektif : Pada pasien pneumonia mungkin dapat mengalami penurunan kesadaran akibat proses penyakit yang ditangani dalam jangka waktu panjang.
   2) Data Objektif : Menilai tingkat kesadaran melalui GCS.
g. Pola Persepsi Konsep Diri
   1) Data Subjektif : Perasaan tidak berdaya dan putus asa
   2) Data Objektif : Emosi yang lebih dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.
h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama
   1) Data Subjektif : Peran keluarga, masyarakat dan lingkuangan (konflik atau perpisahan) adalah perasaan keterpisahan atau terisolir.
   2) Data Objektif : Hubungan daam berinteraksi dengan anggota keluarga atau orang lain (kooperatif)

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas
   1) Data Subjektif: Tidak ada gairah seksual
   2) Data Objektif: Kelemahan tubuh dan gangguan persepsi seksual.

j. Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Sterss
   1) Data Subjektif: Perasaan tidak berdaya dan putus asa.
   2) Data Objektif: Emosi yang lebih dan kesiapan untuk marah, gembira, sedih, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

   Gangguan persepsi dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

3. Diagnosis Keperawatan
   a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi.
   b. Pola napas tidak efektif berhubung dengan hambatan upaya napas.
   c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler.
   d. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme.
   e. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.
   f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

4. Luaran dan Perencanaan Keperawatan
   a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi (D.0001)

      SLKI : Bersihan jalan napas meningkat (L.01001)
      1) Produksi sputum menurun

2) Dispnea menurun
3) Gelisah menurun
4) Frekuensi napas membaik
5) Pola napas membaik

SIKI : Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi :

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
2) Monitor bunyi napas tambahan
3) Monitor sputum

Terapeutik :

1) Posisikan semi fowler atau fowler
2) Berikan minum hangat
3) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
4) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
5) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi :

1) Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*

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

SLKI : Pola napas membaik (L.01004)

1) Tekanan ekspresi meningkat
2) Tekanan inspirasi meningkat
3) Dispnea menurun
4) Penggunaan otot bantu napas menurun
5) Frekuensi napas membaik
6) Kedalaman napas membaik

SIKI : Pemantauan respirasi (I.01014)

Observasi :

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
2) Monitor kemapuan batuk efektif
3) Monitor sputum
4) Monitor adanya sumbatan jalan napas
5) Monitor saturasi oksigen
6) Auskultasi bunyi napas

Terapeutik :

1) Atur interval pemantaun respirasi sesuai kondisi pasien
2) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi :

1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2) Informasikan pemantauan jika perlu

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus – kapiler (D.0003)

SLKI : Pertukarab gas meningkat (L.01003)

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

SIKI : Pemantauan respirasi (I.01014)

Observasi :

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
2) Monitor kemapuan batuk efektif
3) Monitor sputum
4) Monitor adanya sumbatan jalan napas
5) Monitor saturasi oksigen
6) Auskultasi bunyi napas

Terapeutik :

1) Atur interval pemantaun respirasi sesuai kondisi pasien
2) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi :

1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2) Informasikan pemantauan *jika perlu*

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan (D.0019)

SLKI : Status nutrisi membaik (L.03030)

1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
2) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat
3) Berat badan membaik Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik
4) Frekuensi makan membaik
5) Nafsu makan membaik

SIKI : Manajemen nutrisi (I.03119)

Observasi :

1) Identifikasi status nutrisi
2) Identifikasi makanan yang disukai
3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
4) Monitor asupan makanan
5) Monitor berat badan

Terapeutik :

1) Lakukan oral hygiene sebelum makan
2) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
3) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
4) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*

Edukasi :

1) Ajarkan diet yang programkan

Kolaborasi :

1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

e. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

SLKI : Termoregulasi membaik (L.14134)

1) Mengigil menurun
2) Kejang menurun
3) Takikardi menurun
4) Suhu tubuh memebaik
5) Suhu kulit memebaik

SIKI : Manajemen hipertermia (I.15506)

Observasi :

1) Identifikasi penyebab hipertermia
2) Monitor suhu tubuh
3) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik :

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

Edukasi :

1) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena, jika perlu

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

SLKI : Tingkat pengetahuan meningkat (L.12111)

1) Perilaku sesuai anjuran verbalisasi minat dalam belajar cukup meningkat

2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat
3) Persepsi yang keliru terhadap masalah cukup menurun

SIKI : : Edukasi kesehatan (I.12383)

Observasi :

1) Identifikasi kesiapapan dan kemampuan menerima informasi
2) Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik :

1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
3) Berikan kesempatan bertanya

Edukasi :

1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

5. Discharge Planning

Berikut *discharge planning* yang perlu disampaikan kepada pasien dan keluarga sebelum pulang menurut (Rohmah, 2020) yaitu :

a. Jelaskan kepada keluarga pasien tentang pengertian, penyebab, tanda, dan gejala serta penanggulangan awal tentang penyakit pneumonia.
b. Ajarkan pasien untuk menghindari merokok, polusi udara, debu yang dapat menurunkan kesehatan serta melukai selaput napas sehingga saluran napas lebih rentan dimasuki virus dan memperlemah kondisi saluran napas.
c. Instruksikan melakukan kontrol yang sesuai dengan yang dijadwalkan. Dengan adanya kontrol ualang akan lebih

mudah mengetahui perkembangan kesehatan serta menjaga timbulnya komplikasi.

Anjuran keluarga memberikan kompres hangat serta pemberian pakaian tipis apabila pasien demam, dan berikan minum hangat saat pasien batuk untuk mengencerkan secret pada saluran pernapasan.

BAB III
PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien atas nama Ny. S usia 63 tahun agama islam alamat jl. Baso D'ngawaing. Masuk di ICU RS Bhayangkara pada tanggal 6 Mei 2024 dengan keluhan sesak napas disertai batuk berlendir dan mual muntah 2x di rumah. Keluarga mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien sudah batuk berlendir sejak tanggal 30 Mei 2024 tetapi pasien tidak segera ke rumah sakit sedangkan demamnya dialami sejak tanggal 4 Mei 2024 dan pasien sempat meminum obat parcetamol yang sisa dikonsumsi anaknya sebelumnya. Keluarga mengatakan demamnya pada saat itu sempat turun sehingga pasien memutuskan mandi malam pada tanggal 5 Mei. Keesokan harinya tepat pada tanggal 6 Mei 2024 jam 09.00 pasien mengalami sesak dan kembali demam sehingga keluarga memutuskan membawah pasien ke IGD RS Bhayangkara. Setelah dilakukan penanganan di IGD lalu pasien dipindahkan ke ruangan ICU.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Mei 2024 keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat Diabetes sejak 10 tahun yang lalu tetapi pasien sering mengkonsumsi obat diabetes yaitu obat metformin dan memiliki riwayat Gastritis sejak 1 tahun dan pasien hanya meminum obat Promag yang dibelinya di apotik. Tampak keadaan umum pasien lemah, tampak pasien sesak napas, tampak pasien batuk berlendir dan susah mengeluarkan dahaknya, tampak pasien terpasang monitor, tampak terpasang infus RL 20 tetes/menit, tampak terpasang kateter silikon ukuran 18 dan tampak terpasang NRM 10 liter. Hasil observasi TTV : Tekanan darah : 100/52 mmHg, Nadi : 112 x/m, Pernapasan : 30 x/m, S : 38,6 ºC SpO2 : 88%. Berdasarkan hasil

pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan darah lengkap didapatakan WBC 13.68 10^3/uL, Neu# 9.90 10^3/uL, Mon# 1.57 10^3/uL, Lym% 15.2%, RBC 3.52 10^6/uL, HGB 10.8 g/dL, HCT 32.1%, Ureum 58 mg/dl, Creatinin 1.9 mg/dl, SGOT 213 u/L, SGPT 57 u/L, Leukosit 13.68/mm³, GDS 205 mg/dl. Pada pemeriksaan foto toraks didapatkan hasil Penumonia Bilateral dan Aorta Klasifikasi, pemeriksaan EKG didapatkan hasil Sinus Takikardi.

Dari data diatas maka penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan napas, hipertermia, ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas

B. Pengkajian Primer

Nama Pasien : Ny. S.
Umur : 63 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Tanggal/Jam MRS : 06 Mei 2024/10.30 WIB
Tanggal/Jam Pengkajian : 06 Mei 2024/ 11.00
Diagnosa Medis : Pneumonia Bilateral

Breath (B1)	Pergerakan dada	Simetris
	Pemakaian otot bantu napas	Ada Jenis : otot intra costal
	Palpasi	- Vocal Fremitus : teraba sama kiri dan kanan - Nyeri Tekan : Tidak ada - Krepitasi : Tidak ada
	Perkusi	Pekak Lokasi : pada kedua lapang paru kiri dan kanan
	Suara napas	Vesikuler Suara napas tambahan : Ronchi Lokasi : Pada kedua lapang paru kiri dan kanan
	Batuk	Produktif

	Sputum	Warna : Putih kekuningan, sputum kental
	Alat bantu napas	Ada Jenis : NRM 10 liter/menit
	Lain – lain	- Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk berlendir - P : 30 x/m - SpO2 : 88% - Suara napas tambahan : ronkhi - Hasil Foto Toraks : Pneumonia Bilateral
Blood (B2)	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 - Tunggal ✓✓
	Irama jantung	Irreguler
	CRT	< 3 detik
	JVP	Normal (5 – 2 CmH20)
	CVP	Tidak ada
	Edema	Tidak ada
	EKG	Sinus takikardia
	Lain-lain	Tanda-tanda Vital : - TD : 100/52mmHg - N : 112 x/menit - S : 38,6ºC - P : 30 x/m - SpO2 : 88% - Hasil pemeriksaan EKG Sinus Takikardi
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	Kualitatif : Composmentis Kuantitatif (GCS) E : 4 V : 5 M : 6 15
	Reaksi pupil : - Kanan	- Tidak dapat melihat, telah

	- Kiri	dilakukan operasi katarak ≤ 4 tahun - Isokor, diameter 3 cm
	Refleks fisiologis	Ada - Refleks Biseps : positif - Refleks Triceps : positif
	Refleks patologis	Refleks Babinsky : negatif Kaku kuduk : negatif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	Hasil Thorax Kesan : Pneumonia Bilateral
Bladder (B4)	Urin	Jumlah : 400 cc/8 jam Warna : kuning muda
	Kateter	Ada, hari ke 1 Jenis : Silikon Ukuran : 18
	Kesulitan BAK	Tidak ada kesulitan karena pasien menggunakan kateter
	Lain-lain	Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Kering
	Lidah	Kotor
	Keadaan gigi	Gigi lengkap Tampak gigi kuning dan kotor
	Nyeri telan	Tidak ada
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik usus	Normal Nilai : 8 x/menit
	Mual	Ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematemesis	Tidak ada
	Melena	Tidak ada
	Terpasang NGT	Tidak terpasang
	Terpasang colostomy	Tidak

	bag	
	Diare	Tidak
	Konstipasi	Tidak ada konstipasi
	Asites	Tidak
	Lain-lain	
Bone (B6)	Turgor	Baik
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Icterus	Tidak ada
	Akral	- Hangat dan basah
	Pergerakan sendi	Bebas
	Fraktur	Tidak ada
	Luka	Tidak ada
	Lain-lain	- Tampak pasien lemah - Tampak pasien gelisah

C. Diagnosa Keperawatan

1. B-1: Bersihan jalan napas berhubungan dengan sekret yang tertahan
2. B-2: Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan ketidakstabilak kadar glukosa darah
3. B-3 : Tidak ada masalah keperawatan
4. B-4 : Tidak ada masalah keperawatan
5. B-5 : Tidak ada masalah keperawatan
6. B-6 : Tidak ada masalah keperawatan

D. Tindakan Keperawatan Utama yang Dilakukan Berdasarkan Diagnosa

Diagnosa I : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan

a) SLKI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan bersihan jalan napas meningkat (L.01001) dengan kriteria hasil:

- Produksi sputum menurun
- Gelisah menurun
- Frekuensi napas membaik (12-20x/ menit)

b) SIKI : Latihan Batuk Efektif

- Identifikasi kemampuan batuk
- Monitor adanya retensi sputum

Monitor tanda dan gejala infeksi saluran pernapasan

Diagnosa II : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

a) SLKI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan termogulasi membaik (L. 14134) dengan kriteria hasil :

- Takikardi menurun
- Suhu tubuh menurun
- Suhu kulit menurun
- Kadar glukosa darah membaik
- Tekanan darah membaik

b) SIKI : Manajemen Hipertermia

- Identifikasi penyebab hipertermia
- Monitor suhu tubuh
- Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

Diagnosa III : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas

a) SLKI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) dengan kriteria hasil :

- Mengantuk menurun
- Lelah menurun
- Berkeringat menurun
- Mulut kering menurun
- Kadar glukosa darah membaik
- Jumlah urine membaik

b) SIKI : Manajemen Hiperglikemia

- Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- Monitor glukosa darah, jika perlu
- Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsi polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur dan sakit kepala)
- Monitor intake dan outpout cairan

Diagnosa IV : Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

a) SLKI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Toleransi Aktivitas (L.05047) membaik dengan kriteria hasil :

- Kemudahan melakukan aktivitas meningkat
- Keluhan lelah menurun
- Dispnea saat aktivitas menurun
- Dispnea setelah aktivitas menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Tekanan darah membaik

- Saturasi oksigen membaik
- Frekuensi napas membaik

b) SIKI : Manajemen Energi

- Monitor kelelahan fisik dan emosional
- Monitor pola dan jam tidur
- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

E. Pengkajian Sekunder

1. Pola Presepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kesehatan itu penting bagi kita untuk melakukan segala aktifitas dengan lancar dan maksimal. Peluarga mengatakan tidak pernah berolahraga dan suka mandi malam setelah sibuk seharian di rumah. Pasien mengatakan jika sakit biasa membeli obat sendiri di apotik atau ke puskesmas atau hanya beristirahat di rumah dan jika sudah tidak kunjung sembuh barulah pasien di bawah ke rumah sakit. Pasien mengatakan sebelum sakit ia memiliki riwayat penyakit Diabetes sudah 10 tahun. Pasien mengatakan setiap hari mengkonsumsi obat metformin. Pasien mengatakan selain memiliki riwayat penyakit DM pasien juga memiliki penyakit Gastritis sejak setahun yang lalu dan memiliki riwayat post op katarak pada mata kanan.

b. Riwayat penyakit saat ini :

Keluhan utama : Sesak napas

Riwayat keluhan utama :

Keluarga mengatakan 2 hari sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami sesak napas. Sehari sebelum mengalami sesak pasien mengatakan membersihkan halaman rumah

dan membakar sampah, keluarga dan pasien menganggap bahwa sesak berkurang. Namun dua hari kemudian sesak pasien tidak berkurang dan batuk berlendir serta demam. Pasien mengatakan saat sakit pasien hanya mengkonsumsi obat herbal (rebusan air jahe) dan meminum obat parcetamol tablet, selama sakit pasien tidak memeriksakan kesehatannya ke RS maupun puskesmas. Kemudian sesak semakin parah pada tanggal 6 mei 2024 disertai pasien lemas dan gelisah sehingga pada hari itu juga keluarga pasien memutuskan untuk membawah pasien ke RS Bhayangkara Makassar. Pada saat dilakukan pengkajian di ruangan ICU didapatkan data dari keluarga pasien mengatakan mual-mual. Tampak keadaan pasien lemah, TD: 100/52 mmHg, N : 112 x/menit, RR : 30 x/menit, Spo² : 88%, S : 38,6 ºC dan didapatkan pemeriksaan GDS 205 mg/dl.

c. Riwayat penyakit yang pernah dialami :

   Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Mag sejak 1 tahun lalu, mempunyai riiwayat penyakit DM sejak 10 tahun lalu dan riwayat post op katarak ≤ 4 tahun lalu.

d. Riwayat kesehatan keluarga :

   Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya tidak memiliki penyakit keturunan.

e. Pemeriksaan fisik :

   1) Kebersihan rambut : Tampak rambut kotor
   2) Kulit kepala : Tampak ada ketombe, Tampak tidak ada lesi
   3) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih
   4) Higiene rongga mulut : Tampak rongga mulut kotor
   5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
   6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

2. Pola Nutrisi dan Metabolik
   a. Keadaan sebelum sakit :

      Pasien mengatakan makan teratur sebanyak 3x sehari dengan menu nasi, ayam, ikan, dan sayur. Pasien juga mengatakan suka makan coto dan pallubasa. Pasien juga suka sarapa kue setiap pagi dan sore hari dan suka meminum minuman kemasan. Pasien mengatakan nafsu makan pasien tidak pernah bermasalah dan tidak pernah mengkonsumsi suplemen. Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengkonsumsi air putih 2 liter dalam sehari.

   b. Keadaan sejak sakit

      Pasien mengatakan pasien hanya mampu makan 5 sendok bubur yang telah dicampuri air sayur dan bila ada buah pisang yang disediakan anaknya pasien hanya mampu menghabiskan setengah buah pisang. Pasien mengatakan tidak mampu menghabiskan makanan yang diberikan di rumah sakit. Keluarga pasien mengatakan pasien mengkonsumsi air putih sebanyak ± 600 ml dalam sehari.

   c. Observasi :

      Tampak pasien tidak menghabiskan porsi makanannya

   d. Pemeriksaan fisik :
      1) Keadaan rambut : Tampak rambut hitam dan sedikit beruban
      2) Hidrasi kulit : Elastis (kembali dalam < 3 detik)
      3) Palpebra/conjung : Tampak hitam
      4) Sclera : Tampak tidak ikterik
      5) Hidung : Tampak tidak ada polip, tampak ada silia
      6) Rongga mulut : rongga mulut berbau
      7) gusi : tampak tidak meradang

8) Gigi : Tampak gigi kuning gigi palsu : tampak tidak ada
9) Kemampuan mengunyah keras :
10) Lidah: Tampak kotor, tampak berwarna keputih-putihan
11) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
12) Kelenjar getah bening : Teraba tidak ada pembesaran
13) Kelenjar parotis : Teraba tidak ada pembesaran
14) Abdomen :
    Inspeksi : Tampak tidak ada bayangan vena
    Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 8 x/menit
    Palpasi : Teraba tidak ada benjolan
    Perkusi : Terdengar bunyi timpani

15) Kulit :
    Edema : Negatif
    Icterik : Negatif
    Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada tanda peradangan
16) Lesi : Tampak tidak ada lesi

3. Pola Eliminasi
   a. Keadaan sebelum sakit :

      Pasien mengatakan biasanya BAB 2x sehari dengan konsistensi feses lunak berwarna coklat. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengkonsumsi obat pencahar, pasien mampu mengontrol pembuangan BAB. Keluarga pasien mengatakan pasien BAK ± 5-6 kali dalam sehari,

berwarna kuning muda, pasien mampu mengontrol pengeluaran urine.

b. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia menggunakan kateter dan popok serta pasien mengatakan biasa dalam sehari frekuensi BAB 2 x

c. Observasi :

Tampak pasien menggunakan popok (diapers) dan kateter silicon dengan ukuran 18 pada hari pertama, produksi urine pada pasien 400 cc/8 jam, tampak BAB pasien berwarna kecoklatan dengan konsistensi padat dan tampak urine berwaran kuning muda.

d. Pemeriksaan fisik :

1) Peristaltik usus : 8 x/menit
2) Palpasi kandung kemih : penuh
3) Nyeri ketuk ginjal : Tidak dikaji (Pasien tirah baring)
4) Mulut uretra : Tidak dikaji
5) Anus :

Peradangan : Tampak tidak ada peradangan
Hemoroid : Tidak dikaji
Fistula : Tidak dikaji

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia tinggal bersama menantu dan cucu-cucunya. Pasien mengatakan dalam waktu tertentu saja membantu menantunya untuk mengurus rumah dan menjaga jualan kue yang ada depan rumah. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga dan pasien

memanfaatkan waktu senggangnya menonton TV dan berkumpul bersama keluarga dirumah

b. Keadaan sejak sakit

c. Pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan mobilisasii tempat tidur. Pasien mengatakan Ia tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri karena pasien merasa lemas dan sesak serta sebagian aktifitas pasien dibantu oleh keluarga atau perawat. Pasien mengatakan ia merasa tidak nyaman pada bagian dada jika mobilisasi berlebih Observasi :

Tampak pasien terbaring di tempat tidur, tampak pasien lemas dan sesak, tampak pasien dibantu saat melakukan mobilisasi di tempat tidur

Aktivitas harian :

a) Makan : 2
b) Mandi : 2
c) Pakaian : 2
d) Kerapihan : 2
e) Buang air besar : 3
f) Buang air kecil : 3
g) Mobilisasi di tempat tidur : 2

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan dengan orang
3 : Bantuan alat dan orang
4 : Bantuan penuh

1) Postur tubuh : Tidak dikaji (pasien terbaring lemah di tempat tidur)
2) Gaya jalan : Tidak dikaji (pasien terbaring lemah di tempat tidur)
3) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
4) Fiksasi : Tidak ada
   Tracheostomi : Tidak ada
5) Pemeriksaan fisik
   a) Tekanan darah
      Berbaring : 100/52 mmHg
      Duduk : ……..mmHg

Berdiri : ……..mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik Negatif

b) HR : 112 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Teraba tidak ada

Basah : Teraba panas dan basah

d) JVP : 5-2 cmH2O

Kesimpulan : Perfusi jaringan memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam < 3 detik

f) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis : Tidak tampak ictus cordis

- Palpasi :

  Ictus cordis : Teraba pada ICS V linea midclavicularis sinistra

- Perkusi :

  Batas atas jantung : ICS III linea parasternalis dextra dan ICS IV linea parasternalis sinistra

  Batas bawah jantung : ICS III linea parasternalis dextra dan ICS V linea axillaris anterior sinistra

  Batas kanan jantung : ICS III – ICS IV linea parasternalis dextra

  Batas kiri jantung : ICS IV linea parasternalis sinistra – ICS III linea axillaris anterior sinistra

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Terdengar bunyi tunggal

  Bunyi jantung II P : Terdengar bunyi tunggal

  Bunyi jantung I T : Terdengar bunyi tunggal

  Bunyi jantung I M : Terdengar bunyi tunggal

  Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak terdengar

A.Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

g) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : Negatif

Rentang gerak : Positif

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot

Tangan kanan	5	5	kiri
Kaki	5	5	

Keterangan :

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

h) Reflek fisiologis : Positif

i) Refleks patologis : Positif

Babinski, kiri Negatif

kanan Negatif

Clubing jari-jari : Tampak tidak terdapat clubbing jari-jari

Varises tungkai : Tampak tidak ada varises

j) Columna Vetebralis

Inspeksi : Kelainan bentuk : Tampak tidak ada kelainan

Palpasi : Nyeri tekan : Tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

5. Pola Tidur Dan Istirahat

a. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jumlah tidurnya dalam sehari ± 6 jam. Keluarga pasien mengatakan tidur dari pukul 22.00 malam - 05.00 pagi. Pasien mengatakan jarang tidur siang karena bekerja. Keluarga pasien mengatakan merasa segar di pagi hari dan dapat melakukan aktifitas setelah bangun tidur. Keluarga pasien mengatakan ia tidak pernah menggunakan obat tidur dan harus tidur dengan suasana hening. Keluarga pasien biasa tidur dalam kondisi gelap.

b. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan jam tidur pasien berkurang, pasien kadang tidur siang < 20 menit. Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk dan sesak yang dialaminya. Pasien mengatakan jumlah tidurnya sekitar < 4 jam dan pasien tampak tidak bersemangat saat bangun tidur.

c. Observasi :

Tampak pasien tidak bersemangat, tampak palpebra pasien hitam, tampak pasien lemas

Ekspresi Wajah Mengantuk : Positif

Banyak Menguap : Negatif

Palpebra Inferior Berwarna Gelap : Positif

6. Pola Persepsi Kognitif
   a. Keadaan sebelum sakit :

      Pasien mengatakan menggunakan kaca mata selama dirumah karena ≤ 4 tahun yang lalu telah dilakukan operasi katarak tidak dan pada mata sebeleh kanan sudah tidak dapt melihat lagi untuk pengelihatan pasien hanya menggunakn mata sebelah kiri. Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah pada indra pendengaran, pengecap dan penciuman.

   b. Keadaan sejak sakit

      Pasien mengatakan mempunyai masalah pada mata kanannya yang dimana telah dilakukan operasi katarak sejak ≤ 4 tahun yang lalu dan sekarang pasien dapat melihat menggunakan mata kirinya dan sejak sakit pasien tidak mengggunakan kaca mata. Pasien mengataka tidak mempunyai masalah pada indra pendengaran, penciuman dan pengecap

   c. Observasi :

      Tampak pasien tidak menggunakan kaca mata atau alat pendengaran, tampak mata sebelah kanan pasien tidak dapat melihat (post op katarak)

      a. Pemeriksaan fisik :
         1) Penglihatan

            Kornea : Tampak jernih pada mata kiri

            Pupil : Tampak isokhor pada mata kiri

            Lensa mata : Tampak jernih pada mata kiri

            Tekanan intra okuler (TIO) : Teraba tekanan tidak sama pada mata kiri dan kanan.

2) Pendengaran

Pina : Tampak simetris kiri dan kanan

Kanalis : Tampak ada serumen

Membran timpani : Tampak utuh dan memantulkan cahaya

7. Pola Presepsi dan Konsep Diri
   a. Keadaan sebelum sakit :

      Pasien mengatakan sebelum sakit pasien merawat dirinya dengan baik dan bersyukur dengan apapun yang dia miliki..
   b. Keadaan sejak sakit :

      Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa sedih dan khawatir dengan keadaannya saat ini karena tidak dapat menjalankan perannya sebagai nenen untuk cucu-cucunya dengan baik.
   c. Observasi

      Kontak mata : Ada

      Rentang perhatian : Ada

      Suara dan bicara : Ada

8. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
   a. Keadaan sebelum sakit :

      Pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga, teman dan tetangga selalu baik dan tidak ada masalah. Pasien mengatakan jika ada acara pengajian di sekitar tetangganya pasien selalu mengikutinya.
   b. Keadaan sejak sakit

      Pasien mengatakan sejak sakit hubungan pasien dengan keluarga maupun teman pasien baik-baik saja. Pasien mengatakan selalu memberikan semangat dan dukungan dalam proses penyembuhan pasien.

c. Observasi

Tampak pasien selalu di dampingi oleh keluarganya saat jam besuk

9. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Stress
   a. Keadaan sebelum sakit :

      Pasien mengatakan ketika ada masalah pasien langsung menceritakan kepada anaknya maupun saudaranya dan akan di diskudikan bersama keluarga untuk mengatasinya.
   b. Keadaan sejak sakit

      Pasien merasa kahwatir dengan kondisinya saat ini dan hanya bisa berdoa agar cepat sembuh serta menyerahkan pengobatannya kepada dokter dan perawat.

10. Pola Reproduksi dan Seksualitas

    Pasien mengatakan tidak ada masalah pada pola reproduksi dan seksualitas

11. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

    Pasien menggatakan tidak ada masalah pada pola sistem nilai kepercayaan

F. Uji Saraf Kranial

1. N I : Pasien mampu mencium aroma minyak kayu putih
2. N II : Pasien tidak mampu membaca tulisan dengan font 12 dalam jarak 30 cm yang diberikan oleh perawat.
3. N III, IV, VI : Pasien mampu menggerakkan bola mata kirinya ke segala arah mengikuti pergerakan jari perawat.

4. N V : Sensorik : Pasien mampu mengalokasikan daerah yang digesekkan tisu pada wajahnya di area dahi, kedua pipi, dan dibawah dagu

   Motorik : Pasien mampu menggigit dengan baik
5. N VII : Sensorik : Pasien mampu merasakan makanan yang diberikann

   Motorik : Tampak pasien mampu mengangkat alis, mampu mengerutkan dahi, mampu mencucurkan bibir, mampu tersenyum, mampu bersiul, dan mampu menggembungkan pipi.
6. N VIII : Pasien mampu mendengarkan suara petikan jari
7. N IX : Uvula tampak berada di tengah, tampak tidak ada peradangan tonsil berukuran T1
8. N X : Pasien mampu menelan dan minum dengan baik
9. N XI : Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan
10. N XII : Pasien mampu menjulurkan lidah dan mendorong pipi kiri dan pipi kanan

G. Pemeriksaan Penunjang

1. EKG : Sinus Takikardi
2. Foto Thoraks : Pneumonia Bilateral
3. Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	13.68 10^3/Ul	4.00-10.00 10^3/uL
Neu#	9.90 10^3/Ul	2.00-7.00 10^3/uL
Mon#	1.57 10^3/uL	0.12-0.80 10^3/uL
Lym%	15.2 %	20.0-40.0 %
RBC	3.52 10^3/Ul	4.00-5.50 10^3/uL
HGB	10.8 g/dL	11.0-16.0 g/dL
HCT	32.1 %	37.0-54.0 %
Ureum	58 mg/dL	10-50 mg/dL
Creatinin	1.9 mg/dL	L.0,6-2,0/P.0,5-1,2 mg/dL

SGOT	213 u/L	L.5-40/P.5-40 u/L
SGPT	57 u/L	L.5-41/P.5-41 u/L
Leukosit	13.68/mm³	3.5-10.0 (x10³) /mm³
GDS	205 mg/dL	100-140 mg/dL

H. Analisa Data

1. Analisa Data Primer

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak nafas sejak 2 hari yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir - Keluarga pasien mengatakan pasien susah mengeluarkan dahaknya DO : - Tampak pasien gelisah - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk secara terus menerus dan sulit mengeluarkan dahak - frekuensi pernapasan 30 x/menit - SpO2 : 88 x/menit - Hasil Photo Thorax: Pneumonia Bilateral	Sekret yang tertahan	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
2	DS : - Keluarga pasien mengatakan demam sejak 2 hari DO : - Tampak kulit pasien teraba hangat - Tampak pasien berkeringat	Proses Penyakit	Hipertermi

	- Nadi : 112x/menit - Suhu : 38,6 º C - WBC : 13.68 10^3/Ul		
3	DS : - Pasien mengatakan cepat merasa lelah jika melakukan mobilisasi di tempat tidur - Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit DM sejak 10 tahun - Pasien mengatakan iya rutin mengkonsumsi obat metformin di rumah DO : - Tampak keadaan pasien lemah - Tamapak mulut pasien kering - Jumlah urin 400 ml/8 jam - GDS : 205 mg/dl	Disfungsi Pankreas	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

2. Analisa Data Sekunder

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS : - Pasien mengatakan cepat merasa lelah jika melakukan mobilisasi di tempat tidur - Pasien mengatakan sesak sebelum maupun setelah melakukan mobilisasi di tempat tidur - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman pada bagian dada disaat melakukan mobilisasi DO: - Tampak pasien lemah - Tampak pasien cenderung tidur - Tampak pasien gelisah/cemas - TD :100/52 x/menit - N : 112 x/m - Pemeriksaan EKG Hasil : Sinus Takikardi	Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen	Intoleransi Aktivitas

I. Diagnosis Keperawatan

1. Diagnosis Primer

NO	Diagnosa Keperawatan
1	Bersihan Jalan Napas berhubungan dengan Sekret yang Tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, ronki, dyspnea dan gelisah
2	Hipertermi berhubungan dengan Proses Penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh meningkat, takikardi dan kulit hangat
3	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Disfungsi Pankreas dibuktikan dengan cepat lelah, kadar gula dalam darah atau urine meningkat dan mulut kering

2. Diagnosis Sekunder

NO	Diagnosa Keperawatan
1	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen ditandai dengan mengeluh lelah, frekuensi nadi meningkat, sesak sesak setelah beraktivitas dan merasa tidak nayam setelah beraktivitas

J. Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Bersihan Jalan Napas berhubungan dengan Sekret yang Tertahan DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak nafas sejak 2 hari yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir - Keluarga pasien mengatakan pasien susah mengeluarkan dahaknya DO : - Tampak pasien gelisah - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk secara terus menerus dan sulit mengeluarkan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan bersihan jalan napas meningkat (L.01001) dengan kriteria hasil: - Produksi sputum menurun - Gelisah menurun - Frekuensi napas membaik (12-20x/ menit)	**Latihan batuk efektif (I.01006)** **Obesrvasi :** a. Identifikasi kemampuan batuk b. Monitor adanya retensi sputum c. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran pernapasan **Terapeutik :** a. Atur posisi semi fowler atau fowler **Edukasi :** a. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif b. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selam 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut, dengan bibir mencucur (dibulatkan) selama 8 detik. c. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali d. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3.

	dahak - frekuensi pernapasan 30 x/menit - Hasil Photo Thorax: Pneumonia Bilateral		**Manajemen jalan napas (I.01011)** **Observasi :** a. Monitor pola napas (frekuensi) b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) **Terapeutik :** a. Berikan minum hangat b. Berikan oksigen, jika perlu **Edukasi :** a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontra indikasi b. Ajarkan teknik batuk efektif **Kolaborasi :** a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. (combivent 1 vial/2,5 ml 1x1)
2	Hipertermi berhubungan dengan Proses Penyakit DS : - Keluarga pasien mengatakan demam sejak 2 hari DO :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan termogulasi membaik (L. 14134) dengan kriteria hasil : - Takikardi menurun - Suhu tubuh menurun - Suhu kulit menurun	**Manajemen hipertermia (L.15506)** **Observasi :** a. Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) b. Monitor suhu tubuh **Terapeutik :** a. Sediakan lingkungan yang dingin

	- Tampak kulit pasien teraba hangat dan basah - Nadi : 112x/menit - Suhu : 38,6 º C - WBC : 13.68 10^3/Ul	- Kadar glukosa darah membaik - Tekanan darah membaik	b. Longgarkan atau lepaskan pakaian c. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) **Kolaborasi :** a. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu. (Rl 500 ml 20 tetes x/m)
3	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Disfungsi Pankreas DS : - Pasien mengatakan cepat merasa lelah jika melakukan mobilisasi di tempat tidur - Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit DM sejak 10 tahun - Pasien mengatakan iya rutin mengkonsumsi obat metformin di rumah - DO :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.03022) dengan kriteria hasil : - Mengantuk menurun - Lelah menurun - Berkeringat menurun - Mulut kering menurun - Kadar glukosa dalam darah membaik - Jumlah urine membaik	**Manajemen Hiperglikemia (I.03115)** **Observasi :** - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Monitor glukosa darah, jika perlu - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur dan sakit kepala) - Monitor intake dan outpout cairan **Terapeutik :** - Berikan asupan cairan oral - Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglekemia tetap ada atau memburuk **Edukasi :** - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

	- Tampak keadaan pasien lemah - Tamapak mulut pasien kering - Jumlah urin 400 ml/8 jam - GDS : 205 mg/dl		- Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga - Ajarkan pengelolaan diabetes (Mis. insulin, obat oral, monitor asupan cairan, pengganti karbohidrat dan bantuan profesional kesehatan) **Kolaborasi :** - Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu (insulin 4 unit)
4	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen DS : - Pasien mengatakan cepat merasa lelah jika melakukan mobilisasi di tempat tidur - Pasien mengatakan sesak sebelum maupun setelah melakukan mobilisasi di tempat tidur - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman pada bagian dada disaat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Toleransi Aktivitas (L.05047) membaik dengan kriteria hasil : - Kemudahan melakukan aktivitas meningkat - Keluhan lelah menurun - Dispnea saat aktivitas menurun - Dispnea setelah aktivitas menurun - Frekuensi nadi membaik - Tekanan darah membaik - Saturasi oksigen membaik - Frekuensi napas membaik	**Manajemen Energi (I.05178)** **Observasi :** - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas **Terapeutik :** - Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (pencahayaan, suara dan kunjungan) - Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

	melakukan mobilisasi DO: - Tampak pasien lemah - Tampak pasien cenderung tidur - Tampak pasien gelisah/cemas - N : 112 x/menit - 100/52 x/menit - Pemeriksaan EKG Hasil : Sinus Takikardi		**Edukasi :** - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan tirah baring **Kolaborasi :** - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan **Dukungan tidur (I.05174)** Observasi : a. Identifikasi pola aktivitas tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) **Terapeutik :** a. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur b. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) **Edukasi :** a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

K. Implementasi Keperawatan

Tgl	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Senin, 06/05/2024	I	11.10	Memonitor pola napas pasien (frekuensi) Hasil : - P : 30 x/m - SpO2 : 88%	Angelina Saina
	I	11.15	Memberikan oksigen NRM 10 liter/menit Hasil : - SpO2 meningkat 98%	Angelina Saina
	III	11.20	Melakukan pengecekan glukosa darah (GDS) Hasil : - GDS : 205 mg/dl	Alfriani Mangape
	I	11.30	Monitor bunyi napas tambahan Hasil : - Terdengar suara napas tambahan ronkhi	Angelina Saina

	I	11.45	Mengatur posisi semi fowler untuk meningkatkan ekspansi paru, memaksimalkan oksigenasi dan mempermudah untuk melakukan batuk efektif Hasil : - Pasien mengtakan merasa nyaman setelah diberikan posisi semi fowler dan sesaknya sedikit berkurang	Alfriani Mangape
	III	12.00	Pemberian insulin 4 unit Hasil : - Setelah dilakukan pemberian insulin tampak hasil GDS pasien menurun 170 mg/dl	
	II	12.05	Memonitor kembali suhu tubuh Hasil : - Suhu : 38,6 ºC	Angelina Saina
	II	12.15	Memonitor kelelahan fisik dan emosional pasien Hasil : - Pasien mengatkan mudah lelah saat melakukan mobilisasi di tempat tidur	Alfriani Mangape
	II,IV	12.45	Mengajurkan pasien tirah baring Hasil : - Pasien mengatakan setelah diberikan tirah baring pasien merasa sesaknya sedikit berkurang	Angelina Saina

	IV	12.55	Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (pencahayaan, suara dan kunjungan) Hasil : - Pasien mengatakan merasa nayaman	Alfriani Mangape
	I,II,III,IV	13.00	Pemberian obat Ceftriaxone 1 gr/12 jam iv dan Parcetamol drips 500 ml Hasil : - Pasien mengatakan demamnya mulai menurun dengan bukti suhu pasien 37,8ºC	Alfriani Mangape
	III	13.05	Berikan asupan cairan oral Hasil : - Tampak pasien menghabiskan 1 gelas air	Angelina Saina
	II	13.20	Identifikasi penyebab hipertermi Hasil : - Hasil pemeriksaan laboratorium WBC : 13.68 10^3/Ul	Alfriani Mangape
	I	13.35	Identifikasi kemampuan batuk Hasil : - Taampak pasien mapu batuk tapi sulit dalam mengeluarkan dahaknya	Alfriani Mangape

	II	13.45	Monitor tanda dan gejala infeksi saluran pernapasan Hasil : - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk berlendir	Angelina Saina
	II	13.55	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena Hasil : - Tampak terpasang Rl 500 ml 20 tetes x/m	Angelina Saina

Tgl	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Selasa, 07/05/2024	I	14.15	Memonitor pola napas Hasil : - P : 29 x/m	Alfriani Mangape
	I	14.25	Mengatur posisi pasien dengan posisi semi fowler dan fowler Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman saat diberikan posisi semi fowler - Tampak pasien dalam posisi semi fowler 30º	Angelina Saina
	IIV	14.30	Memonitor pola dan tidur pasien Hasil :	Alfriani Mangape & Angelina Saina

			- Pasien mengatakan susah tidur karena sesak dan gelisah - pasien mengatakan tidur malam jam 22.00-05.00 pagi sedangkan tidur siang ,20 menit	
	III	14.35	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Hasil : - Pasien mengatakan biasa suka mengkonsumsi makanan coto dan palu basa disertai minum minuman kemasan.	Angelina Saina
	III	14.45	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil : - Tampak pasien lemas - Tampak mulut pasien kering	Alfriani Mangape
	IV	15.00	Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil : - Pasien mengatakan rasa tidak nyaman pada bagian dada saat melakukan mobilisasi di tempat tidur	Angelina Saina
	I	15.00	Menjelaskan kepada pasien tujuan dan prosedur batuk efektif Hasil : - Tampak pasien memperhatikan saat diberi penjelasan dan mampu menjelaskan kembali	Angelina Saina

			tujuan dan prosedur batuk efektif	
	I	15.10	Mengajarkan pasien batuk efektif dan nafas dalam dengan cara : - Tarik napas dalam melalui hidung selam 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut, dengan bibir mencucur (dibulatkan) selama 8 detik. Lakukan sebanyak 3x - Kemudian saat tarik nafas yang ketiga minta pasien menahan nafas 4 detik kemudian batukan Hasil : - Tampak pasien mampu mendemonstrasikan apa yang telah di ajarkan perawat - Tampak pasien masih kesulitan untuk mengeluarkan dahak	Alfriani Mangape
	II	15. 25	Menyediakan lingkungan yang dingin Hasil : - Suhu ruangan 18ºC	Angelina Saina
	III	15.50	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : - Pasie mengatakan masih merasakan kelelahan saat melakukan mobilisasi di tempat tidur - Tampak pasien gelisah	Angelina Saina

	III	17.20	Menganjurkan patuhan terhadap diet dan olahraga Hasil : - Tampak pasien memperhatikan dan mendengarkan penjelasan dari perawat	Alfriani Mangape
	I	17.40	Atur posisi semi fowler atau fowler Hasil : - Paisen mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler Menganjurkan pasien mengulangi batuk efektif Hasil : - Tampak pasien mengulangi teknik batuk efektif yang telah diajarkan dan sedikit mengelurkan lendir	Angelina Saina
	IV	17.55	Memonitor kadar glukosa darah : Hasil : - Hasil pemeriksaan GDS 185 mg/dl	Angelina Saina
	II		Monitor suhu tubu Hasil : - S : 37,8 ºC	Alfriani Mangape
	IV	18.00	Kolaborasi pemberian insulin Hasil :	Angelina Saina

			- Telah dilakukan penyuntikan insulin 4 unit	
	I,II,III,IV	18.05	Membantuk pasien untuk makan dan minum Hasil : - Tampak pasien tidak menghabiskan makanan yang disediakan Rumah Sakit - Tampak pasien mampu menghabiskan 1 aqua gelas air	Angelina Saina
	I,II,III,IV	18.15	Melakukan pemberian obat Hasil : - Acetylcysteine tab 3x1/ oral - Aspilets 80 mg tab 1x1/oral - Parcetamol tab 3x1/oral	Alfriani Mangape
	I	18.25	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : - Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi	Angelina Saina
		18.40	Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. Hasil : - Telah dilberikan terapi nebulizer dengan obat Combivent 1 vial	Alfriani Mangape

	III	19.00	Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil : - Tampak pasien memperhatikan dan mengerti saat diberikan penjelasan	Angelina Saina
	I	19.10	Menganjurkan pasien mengulangi batuk efektif Hasil : - Tampak pasien mengulangi teknik batuk efektif yang telah diajarkan dan sedikit mengelurkan lendir	Angelina Saina
	I	19.25	Memonitor seputum (jumlah, warna dan aroma) Hasil : - Tampak seputu berwarna putih kekuningan - Frekuensi seputum sedikit	Alfriani Mangape
	II	19.40	Memonitor suhu tubuh : Hasil : - Pasien mengatakan demamnya mulai menurun dan tidak terlalu merasa panas - Pasien mengatakan keringat mulai berkurang - S : 37,6ºC	Alfriani Mangape
	IV	19.55	Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) Hasil : - memberikan posisi semi fowler pada pasien	Angelina Saina
	IV	20.05	Menganjurkan pasien untuk beristirahat Hasil : - Tampak pasien mengikuti anjuran perawat tetapi	Angelina Saina

			pasien tidak merasa nyaman karena sesak dan gelisa yang dialami pasien	
	II	20.20	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena. Hasil : - Telah terpasang cairan RL 500 ml dengan tetesan 20 tetes x/m	Alfriani Mangape
	I	20.40	Memonitor pola napas pasien Hasil : - P : 28 x/m	Alfriani Mangape

Tgl	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Rabu, 08/05/2024	I,II,III,IV	14.10	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu Hasil : - Tampak pasien terpasang RL 500 ml dengan 20 tetes/menit	Alfriani Mangape
	II	14.25	Menganjurkan tirah baring dan istirahat yang cukup untuk meminimalisir aktivitas pasien Hasil : - Tampak pasien beristirahat	Alfriani Mangape
	III	14.30	Memonitor pola napas (Frekuensi) Hasil : - Tampak pasien masih sesak - P : 27 x/mm - SpO2 : 99 %	Angelina Saina
	I	14.45	Memonitor bunyi napas tambahan untuk mengetahui adanya sekret atau penyempitan jalan napas. Hasil: - Tampak terdengar bunyi ronkhi pada kedua lapang paru	Angelina Saina
	I	15.35	Memonitor pola napas untuk mengetahui adanya pernapasan abnormal seperti bradipnea, takipnea, hiveprventilasi, kusmaul: Hasil : - Pasien mengatakan masih sesak - Tampak pasien terpasang NRM 10 liter - P : 27 x/m - SpO2 : 97%	Alfriani Mangape

	II	15. 55	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu Hasil : - Tampak pasien terpasang RL 500 ml dengan 20 tetes/menit	Angelina Saina
	II	16.10	Monitor suhu tubuh Hasil : - Pasien mengatakan panasnya sudah mulai menurun dan keringat sudah berukurang - S : 37,4ºC	Alfriani Mangape
	I	16. 30	Mengidentifikasi kemampuan batuk pasien untuk megetahui seberapa mampu pasien dalam mengeluarkan sputum. Hasil : - Pasien mengatakan telah melakukan batuk efektif yang sudah diajarkan - Tampak pasien melakukan batuk efektif - Tampak seputum keluar dengan jumlah sedikit - Tampak sputum kental warna putih kekuningan	Alfriani Mangape
	IV	16.55	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil : - Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur - Tampak mulut pasien kering	Alfriani Mangape

	III	17.05	Monitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : - Pasien mengatakan ia kelelahan jika terlalu banyak bergerak/mobilisasi di tempat tidur	Angelina Saina
	IV	17.15	Melakukan pengecekan GDS Hasil : - GDS pasien : 192 mg/dl	Angelina Saina
	IV	17.25	Kolaborasi pemberian insulin Hasil : - Telah dilakukan penyuntikan insulin 4 unit	Alfriani Mangape
		17.30	Memberi makan dan minum pasien Hasil : - Tampak pasien menghabiskan 6 sendok makan bubur yang telah dicapuri air sayur - Tampak pasien minum dengan menghabiskan 1 gelas air	Alfriani Mangape
	I.II,III,IV	17.45	Pemberian obat Hasil : - Acetylcysteine tab 3x1/ oral - Aspilets 80 mg tab 1x1/oral - CPG 75 mg 1x1	Angelina Saina

	III	18.05	Memberi posisi semi fowler/fowler pada pasien Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisinya sekarang - Tampak pasien dalam posisi semi fowler	Angelina Saina
	III	18.20	Memonitor pola napas Hasil : - Tampak pasien masih sesak - P : 27 x/mm - SpO2: 99 %	Angelina Saina

L. Evaluasi Keperawatan

Tgl	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
Senin 06/05/2024	**DX 1 : Bersihan Jalan Napas Berhubungan Dengan Sekret Yang Tertahan** S : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak nafas sejak 2 hari yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berlendir - Keluarga pasien mengatakan pasien susah mengeluarkan dahaknya DO : - Terdengar suara napas tambahan ronchi - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk secara terus menerus dan sulit mengeluarkan dahak - Tampak pasien gelisah - frekuensi pernapasan 30 x/menit - Hasil Photo Thorax: Pneumonia Bilateral A: Masalah keperawatan Bersihan jalan napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi kemampuan batuk - Atur posisi semi fowler atau fowler - Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selam 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut, dengan bibir mencucur	Alfirani Mangape

	(dibulatkan) selama 8 detik. - Monitor pola napas (frekuensi) - Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) - Memberi oksigen **DX II : Hipertermi Berhubungan Dengan Proses Penyakit** S: - Keluarga pasien mengatakan demam sejak 2 hari O : - Tampak teraba kulit hangat - Tampak pasien berkeringat - Tanda – tanda vital: TD: 113/ 98 mmHg S: 38,6 ºC N : 112 x/menit P : 30 x/ menit A: Masalah hipertermia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen hipertermi : - Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) - Monitor suhu tubuh - Sediakan lingkungan yang dingin - Anjurkan tirah baring - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu. (RI 500	

	ml 20 tetes x/m **DX III : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Disfungsi Pankreas** S **:** - Pasien mengatakan cepat merasa lelah jika melakukan mobilisasi di tempat tidur - Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit DM sejak 10 tahun - Pasien mengatakan iya rutin mengkonsumsi obat metformin di rumah O : - Tampak keadaan pasien lemah - Tamapak mulut pasien kering - Jumlah urin 400 ml/8 jam - GDS : 205 mg/dl A : Masalah keperawatan ketidakstabilan gula darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor glukosa darah, jika perlu - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia - Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga - Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu	

	DX IV : Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen S : - Pasien mengatakan cepat merasa lelah jika melakukan mobilisasi di tempat tidur - Pasien mengatakan sesak sebelum maupun setelah melakukan mobilisasi di tempat tidur - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman pada bagian dada disaat melakukan mobilisasi - Keluarga pasien mengatakan pasien tidur hanya ±4 jam O : - Tampak pasien lemah - Tampak pasien cenderung tidur - Tampak pasien gelisah/cemas - Tampak palpebral pasien hitam A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas - Modifikasi lingkungan	

Tgl	Evaluasi SOAP	Perawat
Selasa, 07/05/2024	**DX I Bersihan jalan napas berhubungan dengan sekret yang tertahan** S: - Pasien mengatakan pasien masih merasakan sesak - Pasien mengatakan pasien masih batuk berlendir dan sudah mulai mengeluarkan lendir sedikit-sedikit O : - Tampak pasien sesak - Pasien batuk berlendir - Tampak pasien mampu batuk efektif - P : 28 x/m - Tampak terpasang NRM 10 liter - SpO2 : 99% A : Masalah keperawatan bersihan jalan napas teratasi sebagian P : Lanjukan intervensi - Identifikasi kemampuan batuk - Atur posisi semi fowler atau fowler - Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selam 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut, dengan bibir mencucur (dibulatkan) selama 8 detik. - Monitor pola napas (frekuensi) - Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) - Memberi oksigen	Angelina Saina

	DX II : Hiperterima berhubungan dengan proses penyakit S : - Pasien mengatakan demamnya mulai menurun - Pasien mengatakan keringat mulai berkurang O : - Tampak teraba tubuh hangatnya mulai menurun - Tampak keringat keringat berkurang - Suhu tubuh pasien 37,6ºC - N : 109 x/m A : Masalah hipertermia teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi manajemen hipertermia - Monitor suhu tubuh - Sediakan lingkungan dingin - Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) - Anjurkan tirah baring - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu. (Rl 500 ml 20 tetes x/m) **DX III : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Disfungsi Pankreas** S **:** - Pasien mengatakan cepat merasa leleh O : - Tampak keadaan pasien lemah	

	- Tampak mulut pasien kering - GDS : 185 mg/dl A : Masalah keperawata n ketidakstabilan gula darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor glukosa darah, jika perlu - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia - Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu	

Tgl	Evaluasi SOAP	Perawat
Rabu, 08/05/2024	**DX I Bersihan jalan napas berhubungan dengan sekret yang tertahan** S : - Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak - Keluarga pasien mengatakan pasien masih batuk berlendir dan sudah dapat mengeluarkan ledir sedikit-sedikit O : - Tampak sputum berwarna putih kekuningan dan kental - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk berlendir - P : 27 x/m - Tampak terpasang NRM 10 liter - SpO2 : 99 % A : Masalah keperawatan bersihan jalan napas teratasi sebagian P : Intervensi stop **DX II : Hiperterima berhubungan dengan proses penyakit** S : - Pasien mengatakan demamnya sudah turun - Pasien mengatakan merasa lebih baik dari sebelumnya setelah minum obat O : - Tampak kulit pasien teraba dingin - Suhu tubuh pasien 37,4 ºC A : Masalah hipertermia teratasi P : Intervensi stop	Alfriani Mangape & Angelina Saina

	DX III : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Disfungsi Pankreas S **:** - Pasien mengatakan cepat merasa leleh O : - Tampak keadaan pasien lemah - Tampak mulut pasien kering - TD : 110/65 mmHg - N : 108 x/m - GDS : 192 mg/dl A : Masalah keperawata n ketidakstabilan gula darah belum teratasi P : Intervensi stop **DX IV : Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen** S : - Pasien mengatakan masih merasakan kelelahan - Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien susah tidur dan sering terbangun pada malam hari karena sesak dan batuk yang dialaminya - Pasien mengatakan pasien tidur hanya ±4 jam O : - Tampak palpebral pasien hitam - Tampak pasien gelisah/cemas A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi P : Intervensi stop	

Daftar Obat

1. Obat Furosemide
   a. Nama obat: Furosemide
   b. Klasifikasi / golongan obat: Obat resep/ Diuretik
   c. Dosis umum:

      Dewasa: Dosis awal adalah 40 mg per hari. Jika kondisi menunjukkan perbaikan, dosis dapat dikurangi menjadi 20 mg per hari atau 40 mg setiap 2 hari sekali. Pada kasus edema berat, dosis bisa diberikan hingga 80 mg per hari.

      Anak-anak: 1–3 mg/kgBB per hari.
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg/ jam
   e. Cara pemberian obat : IV
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Furosemide bekerja dengan cara menghalangi penyerapan natrium di dalam sel-sel tubulus ginjal. Dengan begitu, jumlah urine yang dihasilkan serta dikeluarkan oleh tubuh akan meningkat. Manfaatnya untuk mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh. ini juga bisa digunakan untuk mengatasi tekanan darah tinggi atau hipertensi.
   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

      Obat ini diberikan kepada pasien karena agar urine yang produksi urine meningkat karena pada pasien urine saat hari pertama 400 cc/8 jam
   h. Kontra indikasi

      Gagal ginjal dengan anuria, prekoma dan koma hepatik, defisiensi elektrolit, hipovolemia, hipersensitivitas.
   i. Efek samping

      Pusing, sakit kepala, mual dan muntah, diare, penglihatan buram, sembelit.

2. Obat Ceftriaxone
    a. Nama obat : Ceftriaxone
    b. Klasifikasi / golongan obat : Antibiotik/ obat resep
    c. Dosis umum :
        - Dewasa: 2.000 mg per 12 jam dengan suntikan IV selama 7–14 hari.
        - Anak-anak: 100 mg/kgBB per hari, dalam 1 dosis atau 2 dosis, dengan suntikan IV atau IM, selama 7–14/hari.
    d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr/12 jam
    e. Cara pemberian obat : IV
    f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

        Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Selain itu, ceftriaxone juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada saat operasi.
    g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengindari dan mencegah infeksi pada pasien
    h. Kontra indikasi : pada individu dengan riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan sefalosporin lainnya. Penggunaan harus hati-hati pada pasien dengan riwayat alergi penicillin karena bisa terjadi reaksi silang.
    i. Efek samping obat

        Bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan, sakit kepala, pusing, mual atau muntah, diare, gatal pada vagina atau keputihan, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringat berlebihan.
3. Obat Santagesik
    a. Nama obat : Santagesik
    b. Klasifikasi golongan obat : Antinyeri
    c. Dosis umum ;
        - Dewasa : 10 ml/hari
        - Anak : 8-16 mg/kg berat badan sebagai dosis tunggal

d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr / 8 jam
e. Cara pemberian obat : IV
f. Mekanisme dan kerja fungsi obat :
g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengatasi nyeri.
h. Kontra indikasi :

   Riwayat hipersensitivitas dengan santagesik, seperti adanya urtikaria (gatal), rhintisis, memicu penyakit asma, anafilaksis (reaksi alergi berat yang dapat berujung pada syok yang mengancam jiwa), penderita yang mempunyai riwayat kelainan hematopoitek, dan gangguan hati dan ginjal.

   Penderita hipovolemia, asma, gngguan hati, gangguan ginjal.
i. Efek samping obat :

   Sesak, alergi, ruam di kulit, gatal, bengkak pada bawah kulit.

4. Obat Lefos
   a. Nama obat : Lefos
   b. Klasifikasi/ golongan obat : Antibioktik
   c. Dosis umum :
      - Dewasa : 500 mg sekali sehari selama 7 – 14 hari
      - Anak : 8 mg/kg/12 jam
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 250 mg/24 jam
   e. Cara pemberian obat : IV
   f. Mekanisme kerja dan funsi obat :

      Untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri
   g. Alasan pemberian obat kepada psein yang bersangkutan :
   h. Kontra indikasi :

      Epilepsi, riwayat gangguan tondon akibat penggunaan fluoroquinolon, memiliki alergi terhadap levofloksensitif atau kuinolon lainnya.
   i. Efek samping obat :

Demam, penurunan penglihatan sementara, pembengkakan, sakit kepala, pusing, mual, diare, konstipasi.

5. Obat Dexanta
   a. Nama obat : Dexanta
   b. Klasifikasi golongan obat : Antasid, antirefluks dan antulseran
   c. Dosiss umum :
      - Dewasa : 1 – 2 tablet, 3 – 4 kali sehari
      - Anak : ½ - 1 tablet, 3 – 4 kali sehari
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 mg 3x1 sendok teh
   e. Cara pemberian obat : Oral
   f. Mekanisme dan kerja fungsi obat :

      Dexanta mengandung bahan aktif aluminium hidroksid, magnesium hidroksida, dan simethicone. Perpaduan bahan aktif ini bekerja dengan cara menetralkan dan menurunkan asam lambung, serta mengurangi gelembung gas di saluran pencernaan.
   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuuk mengatasi gejala akibat asam lambung berlebih
   h. Kontra indikasi : Hipersensitif
   i. Efek samping obat :

      Diare, mual, muntak, sembelit
6. Obat Acetylcysteine
   a. Nama obat : Acetylcysteine
   b. Klasifikasi golongan obat : Mukolitik (pengencer dahak)
   c. Dosis umum :
      - Dewasa : 200 mg, 2 – 3 kali sehari
      - Anak : 100 mg, 2 – 4 kali sehari
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200 mg 3x1
   e. Cara pemberian obat : Oral
   f. Mekanisme dan kerja fungsi obat :

Acetylcysteine bekerja dengan cara mengurai protein pada dahak sehingga dahak menjadi lebih encer dan lebih muda dikeluarkan saat batuk. Acetylcysteine juga memiliki sifat antioksidan yang dapat melindungi liver dari kerusakan saat terjadi keracunan paracetamol.

g. Alasan pemberian obat pasien yang bersangkutan : untuk mengencerkan dahak
h. Kontra indikasi : Bronkospasme, riwayat asma, dan tukak lambung
i. Efek samping obat :
   Mual, muntah, sakit maag, demam, ruam kulit.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan ASKEP

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan antara teori dan penerapan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Pneumonia di ruang ICU rumah sakit Bhayangkara Makassar yang berlangsung selama 3 hari yaitu tanggal 06 mei 2024 sampai dengan 08 mei 2024.

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal pada proses keperawatan. Pada tahap ini penulis mengumpulkan data informasi wawancara langsung kepada pasien dan keluarga selain itu penulisa melakukan observasi langsung, melihat catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang. Data yang diperoleh dari Ny. S berusia 63 tahun masuk rumah sakit pada tanggal 06 mei 2024, jam 10.50 wita dengan diagnosa medis Pneumonia di ruangan ICU. Pada saat pengkajian didapatkan pasien dalam keadaan berbaring dengan posisi semi fowler, terpasang IVFD RL 400 cc 20 tetes x/m di tangan sebelah kanan, terpasang oksigen NRM 10 liter, kesadaran kualitatif compos mentis dan GCS M: 6, V: 5, E: 4, sesak napas, tampak menggunakan otot bantu intra costal, bunyi napas tambahan ronkhi, batuk berlendir berkeringat disertai demam. Tanda-tanda vital TD: 100/52 mmHg, N: 112 x/menit, P: 30 x/menit, S: 38,ºC. Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan darah lengkap didapatakan WBC 13.68 10^3/uL, Neu# 9.90

10^3/uL, Mon# 1.57 10^3/uL, Lym% 15.2%, RBC 3.52 10^6/uL, HGB 10.8 g/dL, HCT 32.1%, Ureum 58 mg/dl, Creatinin 1.9 mg/dl, SGOT 213 u/L, SGPT 57 u/L, Leukosit 13.68/mm³, GDS 205 mg/dl. Pada pemeriksaan foto toraks didapatkan hasil Pneumonia Bilateral dan Klasifikasi Aorta dan pemeriksaan EKG didapatkan hasil Sinus Takikardi.

Menurut teori pasien sesak napas dan batuk berlendir disebabkan oleh reaksi inflamasi atau peradangan pada paru-paru, alveoli, dan jaringan sekitarnya. Akibat dari inflamasi tersebut, terjadi perangsangan pada sel goblet (jenis sel epitel khusus yang mengeluarkan musin intraepitel. Musin adalah komponen utama lendir) sehingga terjadi peningkatan produksi mukus dan akan menumpuk pada jalan napas sehingga mengakibatkan sesak dan batuk berlendir (Warganegara, 2020). Hal ini ditunjang oleh hasil WBC 13.68 10^3/uL (nilai normal 4.8-10.8 10^3/uL).

Menurut teori pasien pneumonia dengan gula darah tinggi yang disebabkan dengan ditandai perubahan pada pertahanan imun host, diseluruh tubuh dan khususnya secara lokal di paru maupun fungsi epitel pernapasan dan motilitas silia. Keadaan ini ditandai dengan gambaran klinis yang serius, durasi yang lebih lama, komplikasi yang lebih sering dan peningkatan mortalitas (Irawan et al., 2020). Hal ini dapat di tunjang dengan hasil GDS 205 mg/dl (nilai normal 100-140 mg/dl).

Menurut teori, demam disebabkan adanya infeksi pneumokokus di alveoli menyebabkan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler, sel mast melepaskan mediator kimiawi yaitu hitamine dan prostaglandin, sedangkan kuman yang menginfeksi mengeluarkan zat pirogenik. Prostaglandin, endogenus pirrogen terbawa aliran darah sampai ke

hipotalamus sehingga menyebabkan pasien demam (Gariana et al., 2018). Hal ini ditunjang dengan data observasi tanda-tanda vital dimana suhu tubuh paisen 38,6ºC dan WBC 13.68 10^3/uL (nilai normal 4.8-10.8 10^3/uL

2. Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis terdapat 6 diagnosis keperawatan yang diangkat pada pasien dengan pneumonia yaitu :

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi
b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membaran alveolus kapiler
d. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolism
e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pada kasus ini penulis hanya mengangkat 3 diagnosis keperawatan berdasarkan data-data yang diperoleh dari pasien yang telah memenuhi 80-100% data mayor pada standar diagnosis keperawatan Indonesia.

a. Bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret yang tertahan
b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
c. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pancreas
d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan

Data diatas ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata namun tidak jauh beda. Pada teori terdapat 8 diagnosis keperawatan namun saat pengkajian pada pasien Ny. S ditemukan 4 diagnosis keperawatan saja. Hal ini dikarenakan tidak ada data yang mendukung sesuai dengan standar diagnosis keperawatan Indonesia yang sesuai data mayor harus memenuhi 80%-100% untuk mengangkat diagnosis keperawatan.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, tahap selanjutnya yang dibuat oleh penulis yaitu membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami oleh pasien.

a) Pada diagnosis pertama, intervensi keperawatan yang dibuat oleh penulis adalah identifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, monitor tanda dan gejala infeksi saluran pernapasan, mengatur posisi semi fowler atau fowler, jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, menganjurkan tarik napas dalam melalui hidung selam 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut, dengan bibir mencucur (dibulatkan) selama 8 detik. Menganjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3. Monitor pola napas (frekuensi), monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), berikan oksigen, ajarkan teknik batuk efektif dan kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perl (combivent 1 vial/2,5 ml 1x1). Bila dibandingkan dengan intervensi yang ada pada teori, penulis membuat intervensi tidak jauh berbeda dengan intervensi konsep teori.

b) Pada diagnosis kedua intervensi keperawatan yang dibuat adalah identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator), monitor suhu tubuh, sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih), anjurkan tirah baring dan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu. (Rl 500 ml 20 tetes x/m). Tidak semua intervensi pada teori ini diangkat tetapi dengan keadaaan atau kondisi pasien.
c) Pada diagnosis ketiga intervensi keperawatan yang dibuat adalah identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor glukosa darah, jika perlu, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur dan sakit kepala), monitor intake dan outpout cairan, berikan asupan cairan oral, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglekemia tetap ada atau memburuk, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, ajarkan pengelolaan diabetes (Mis. insulin, obat oral, monitor asupan cairan, pengganti karbohidrat dan bantuan profesional kesehatan) dan Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu (insulin 4 unit). Semua intervensi yang dibuat oleh penulis tidak jauh berbeda dengan intervensi pada teori.
d) Pada diagnosis ketiga intervensi keperawatan yang dibuat adalah monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (pencahayaan, suara dan kunjungan), fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah

atau berjalan, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, identifikasi pola aktivitas tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis), fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dan anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

4. Implementasi keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan penulis menyesuaikan dengan kondisi pasien. Kerjasama pasien, keluarga dan perawat di ruangan. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan setiap diagnosis keperawatan meliputi :

a) Bersihan jalan napas berhubungan dengan sekret yang tertahan, terdapat 14 perencanaan keperawatan.
b) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, terdapat 7 perencanaan keperawatan
c) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pancreas terdapat 10 perencanaan keperawatan
d) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen terdapat 13 perencanaan keperawatan

Adapun faktor penunjang sehingga perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan karena penulis menjalin hubungan yang baik dengan perawat ruangan, keluarga pasien, dan pasien itu sendiri yang turun membantu. Disamping itu juga melihat peralatan dirumah sakit yang dapat membantu dalam melaksanakan perencanaan keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana tujuan keperawatan yang diberikan tercapai. Evaluasi dilakukan setiap hari mulai dari tanggal 06 – 08 Juni 2024. Dari hasil evaluasi yang dilakukan sampai hari ketiga diagnosis keperawatan yang teratasi diagnosis kedua yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, sedangkan diagnosis pertama bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan belum teratasi sepenuhnya sampai hari ke tiga karena masih sedikit sputum yang keluar dan pada daingosa ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pancreas belum teratasi sepenuhnya karena hasil pemeriksaan gula darah sewaktu pasien masih tinggi sampai pada hari ke tiga sedangkan pada diagnose ke empat yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen juga belum teratasi sepenuhnya karena pasien masih merasakan sesak dan kelelahan.

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul *Evidence Based Nursing* (EBN)

   Asuhan keperawatan pada pasien Pneumonia Bilateral yaitu bersihan jalan napas dengan dilakukan tindakan non farmakologis yaitu mengajarkan latihan batuk efektif di ruangan ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

2. Diagnosa keperawatan

   e) Bersihan jalan napas berhubungan dengan sekret yang tertahan

3. Luaran yang diharapkan

   a. Batuk efektif meningkat

b. Produksi sputum menurun
c. Gelisah menurun
d. Frekuensi napas membaik (12-20x/m)

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

   Intervensi prioritas yang diberikan oleh penulis adalah melakukan teknik batuk efektif pada pasien dengan pneumonia bilateral yang dilakuakn sebanyak 3 kali dalam 2 jam, pada tanggal 07 Mei 2024.

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
   a. Latihan batuk efektif adalah salah satu metode batuk yang dilakukan oleh pasein dengan benar dan dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal.
   b. Tujuan/Rasional EBN pada kasus askep

      Latihan batuk efektik mempunyai pengaruh besar dalam membantu merangsang pengeluaran sekret yang tertahan dijalan napas, dapat meningkatkan ventilasi paru-paru, sreta memberikan pernapasan yang adekuat. Latihan batuk efektif juga dapat membuat kondisi pasien yang awalnya mengalami sesak karena terdapat penumpukan sekret pada jalan napas, kemudian batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, gelisah menurun dan frekuensi napas membaik karena keluarnya sekret yang tertahan pada jalan napas pasien. Latihan batuk efektif dapat meningkatkan mobilisasi sekret pada jalan napas dan mencegah resiko tinggi akibat sekresi seperti atelectasis dan pneumonia.

1) Picot EBN *(Problem, intervention, comparison, outcome dan time)*

a) PICOT pada kasus

Population/problem	Populasi pada kasus ini adalah Ny.S yang berusia 63 tahun.
Intervention	Intervensi yang dilakukan pada kasus ini adalah latihan teknik batuk efektif pada pasien pneumonia, sebanyak 3 kali dalam 2 jam, kemudian melihat apakah ada pengeluaran sekter atau tidak setelah dilakukan tindakan latihan batuk efektif.
Comparison	Tidak pembandingan dalam kasus ini.
Outcome	Pada kasus ini menunjukan hasil bahwa, batuk berdahak sedikit berkurang, sputum kental berwarna putih kekuning keluar.
Time	Kasus kelolaan dilakukan pada tanggal 07 Mei 2024 tindakan yang lakukan sebanyak 3 kali dalam 2 jam, dengan durasi waktu selama 15 detik.

a) PICOT pada jurnal

a. Intervensi Latihan Batuk Efektif Pada Pasien Dengan Pneumonia di RSUD Kardina Kota Tegal (Agustina et al., 2022)

Population/problem	Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien pneumonia di RSUD Kardina Kota Tegal. Sempel pada penelitian ini berjumlah 20 orang pasien pneumonia yang di rawat di RSUD Kardina Kota Tegal.
Intervention	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini berfokus pada satu pasien pneumonia dan responden diberikan intervensi latihan batuk efektif dalam 3x24 jam. Sebelum dilakukan

	pemberian intervensi penulis terlebih dahulu menjelaskan bagaimana cara latihan batik efektif pada pasien dan keluarga pasien serta dapat membandingkan bagaimana hasil sebelum dan sesudah pemberian tindakan batuk efektif.
Comparison	Hal ini sejalan dengan jurnal perbandingan yang dilakukan oleh Nugroho (2020) yang menyatakan bahwa latihan batuk efektif benar akan mempercepat pengeluaran dahak pada pasien penderita pneumonia. Batuk efektif penting untuk menghilangkan gangguan pernafasan akibat adanya penumpukan sekret. Sehingga penderita tidak lelah dalam mengeluarkan sekret.
Outcome	Berdasarkan evaluasi yang dilakukan pada pasien pneumonia untuk permasalahan pada jalan napas sudah teratasi yang di mana sebelum dilakukan tindakan batuk efektif RR : 26x/m menjadi 20x/m, pasien sudah tidak merasakan sesak dan mampu bernapas dengan baik.
Time	Pemberian latihan batuk efektif dilakukan selama 3 kali dalam 2 jam, dengan durasi waktu selama 15 detik.

b. Latihan Batuk Efektif Pada Pasien Pneumonia Di RSUD Sawahlunto (Sartiwi et al., 2019).

Populatian/problem	Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien pneumonia di RSUD Sawalunto. Sampel poada penellitian ini berjumlah 16 orang pasien pneumonia yang dirawat di RSUD Sawahlunto.
Intervention	Intervensi ini dilakukan pada penelitian ini adalah, latihan batuk efektif kepada pasien

	lansia dan dilakukan selama 3x24 jam. Tujuan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria target batuk efektif membaik, produksi sputum menurun, frekuensi pernapasan membaik.
Comparison	Hal ini sejalan dengan jurnal perbandingan yang dilakukan oleh Pranowo (2022) yang menyatakan bahwa latihan batuk efektif sangat efektif dalam pengeluaran sputum dan membantu dalam membersihkan secret pada jalan nafas serta mampu mengatasi sesak nafas pada pasien dengan diagnosa medis Pneumonia.
Outcome	Pada penelitian ini terdapat hasil bahwa pasein lansia dengan pneumonia mampu mengeluarkan dahak setiap kali latihan batuk efektif dilakukan sehingga jalan napasnya teratasi dan frekuensi napas pasien membaik.
Time	Pemberian latihan batuk efektif dilakukan selama 3 kali dalam 2 jam, dengan durasi waktu selama 15 detik.

c. Latihan Batu Efektif Pada Pasien Pneumonia Dengan Malasah Gangguan Oksigenasi Di RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal (Putri & Novitasari, 2022).

Population/problem	Populasi pada penelitian ini adalah pasien dengan pneumonia yang berjumlah 30 orang di RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.
Intervention	Intervensi yang dilakukan pada penelitian ini yaitu dengan cara latihan batuk efektif kepada pasien pneumonia dan dilakukan selama 3x24 jam, bertujuaan agar membersihkan jalan napas meningkat dengan kriteria target frekuensi pernapasan normal

	dan produksi sputum menurun.
Comparison	Hal ini sejalan dengan jurnal pembanding yang dilakukan Sulistini (2021) yang menyatakan bahwa setelah dilakukan tindakan latihan batuk efektif frekuensi napas pasien membaik.
Outcome	Pada penelitian ini didapatkan hasil, dengan dilakukannya tindakan batuk efektif pada pasien dengan pneumonia dapat membuat penurunan frekuensi pernapasan dari 26 x/menit menjadi 20 x/menit, sesak napas berkurang dan peningkatan kemampuan pasien dalam mengeluarkan dahak dengan latihan batuk efektif.
Time	Pemberian latihan batuk efektif dilakukan selama 3 kali dalam 2 jam, dengan durasi waktu selama 15 detik.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

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

1. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Mei 2024 keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat Diabetes sejak 10 tahun yang lalu tetapi pasien sering mengkonsumsi obat diabetes yaitu obat metformin dan memiliki riwayat Gastritis sejak 1 tahun dan pasien hanya meminum obat Promag yang dibelinya di apotik. Tampak keadaan umum pasien lemah, tampak pasien sesak napas, tampak pasien batuk berlendir dan susah mengeluarkan dahaknya, tampak terpasang monitor, tampak terpasang infus RL 20 tetes/menit, tampak terpasang kateter silikon ukuran 18 dan tampak terpasang NRM 10 liter. Hasil observasi TTV : Tekanan darah : 100/52 mmHg, Nadi : 112 x/m, P : 30 x/m, S : 38,6 ºC SpO2 : 88% . Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan darah lengkap didapatakan WBC 13.68 10^3/uL, Neu# 9.90 10^3/uL, Mon# 1.57 10^3/uL, Lym% 15.2%, RBC 3.52 10^6/uL, HGB 10.8 g/dL, HCT 32.1%, Ureum 58 mg/dl, Creatinin 1.9 mg/dl, SGOT 213 u/L, SGPT 57 u/L, Leukosit 13.68/mm³, GDS 205 mg/dl. Pada pemeriksaan foto toraks didapatkan hasil Penumonia Bilateral dan Aorta Klasifikasi, pemeriksaan EKG didapatkan hasil Sinus Takikardi.

2. Setelah melakukan pengkajian, penulis mengangkat empat diagnosis keperawatan yang terdepat pada Ny.S yaitu :
   a. Bersihan jalan napas berhubungan dengan sekret yang tertahan
   b. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit
   c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas
   d. Intolerasi aktivitas berhubungan dengan ketidakstabilan antara suplai dan kebutuhan oksigen
3. Intervensi keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Ny. S yaitu latihan batuk efektif untuk mengurangi produksi sputum, manajemen jalan napas untuk mengatasi bersihan jalan napas tidak efektif, manajemen hipertermia untuk mengidentifikasi dan mengelola suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi, manajemen energi untuk menidentifikasi dan mengelola penggunaan energi dalam mengatasi atau mencegah kelelahan atau mengoptimalkan proses pemulihan,dukungan tidur untuk memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur, manajemen hiperglekemia untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah.
4. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari yang dibantu oleh sesama mahasiswa dan perawat maka implementasi terlaksana dengan baik sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun.
5. Evaluasi keperawatan dari 4 diagnosis keperawatan ada 1 diagnosa keperawatan yang sudah teratasi yaitu hipertermia dan ada 1 diagnosis keperawatan yang sudah teratasi sebagian yaitu bersihan jalan napas, namun masih ada 2 diagnosis yang belum teratasi yakni ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas sehingga intervensi masih tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis memberikan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan yang lebih baik kepada beberapa pihak terkait yaitu:

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

   Pihak rumah sakit khususnya ruangan ICU, diharapkan selalu mempertahankan mutu pelayanan tindakan keperawatan secara continue yang mencakup observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi, khususnya pada pasien deng Pneumonia Bilateral selama mendapatan perawatan di ruangan yang sangat membutuhkan pemantauan yang intens, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan semaksimal mungkin dengan harapan pasien dapat pulih dan kembali beraktivitas kembali.

2. Pasien dan keluarga

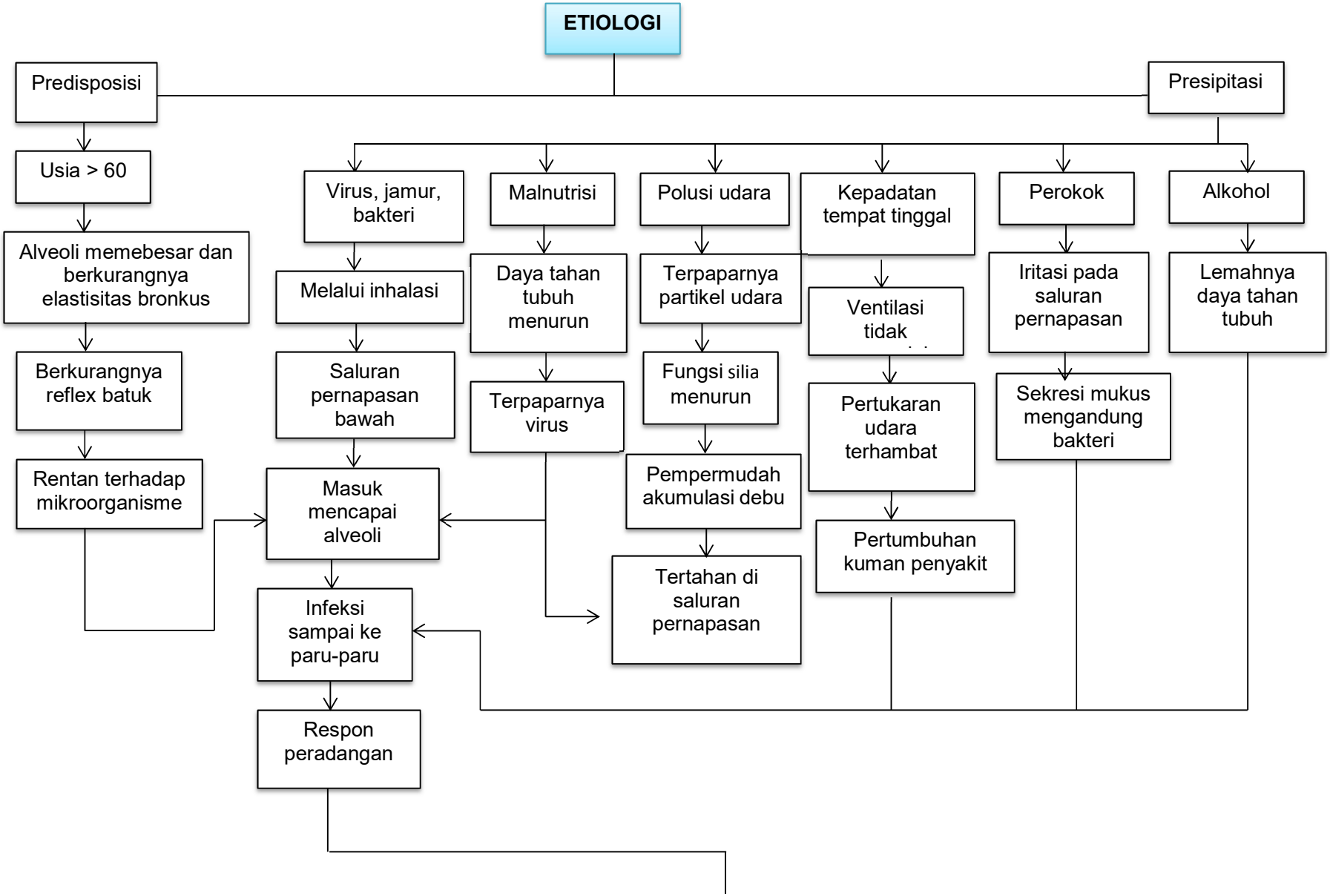
   Diharapkan pasien serta keluarga dapat menerima proses asuhan keperawatan yang dilakukan, memahami setiap tindakan keperawatan yang diberikan serta dapat menerapkannya sehingga kesembuhan bagi pasien Pneumonia Bilateral bisa tercapai.

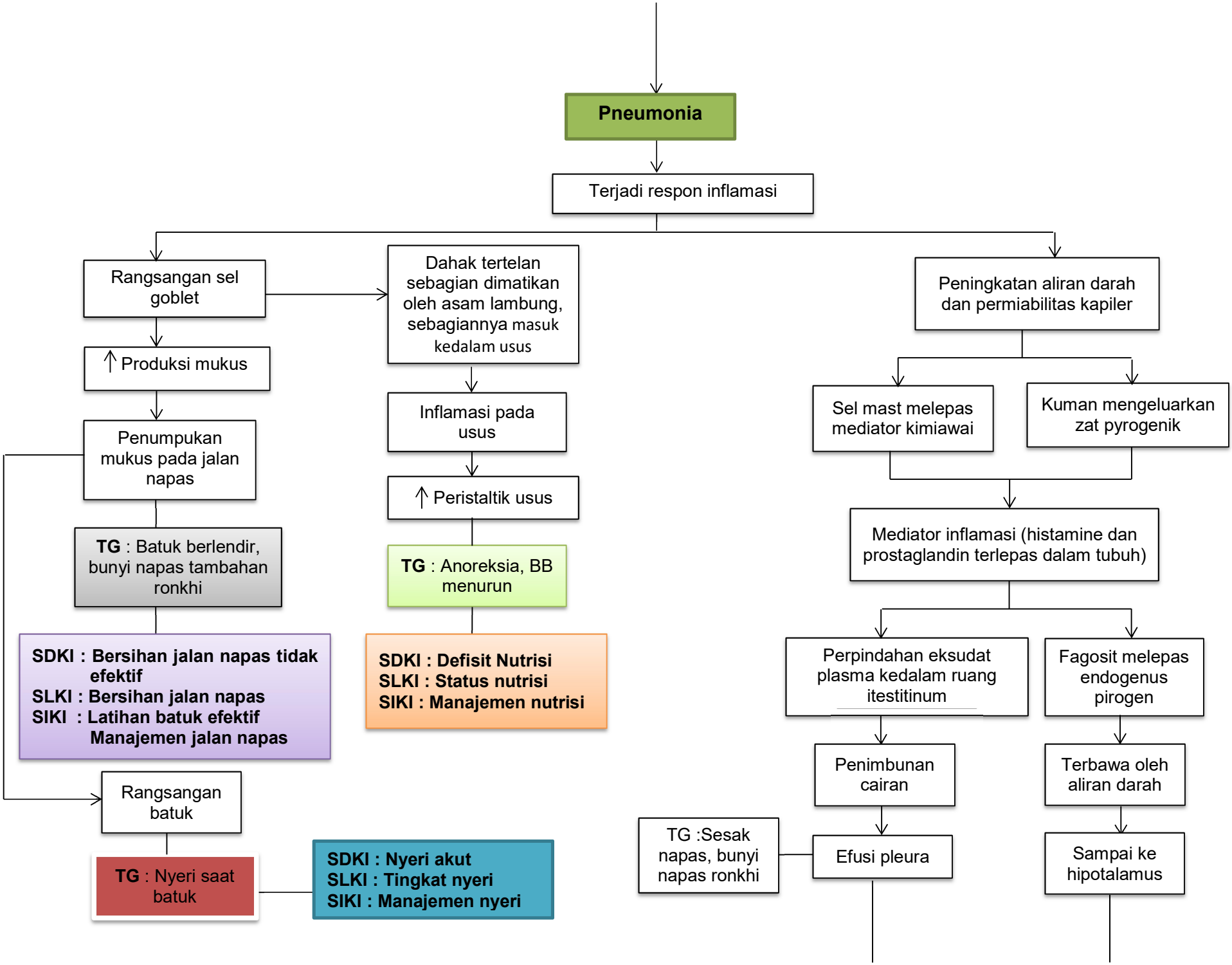
3. Penulis

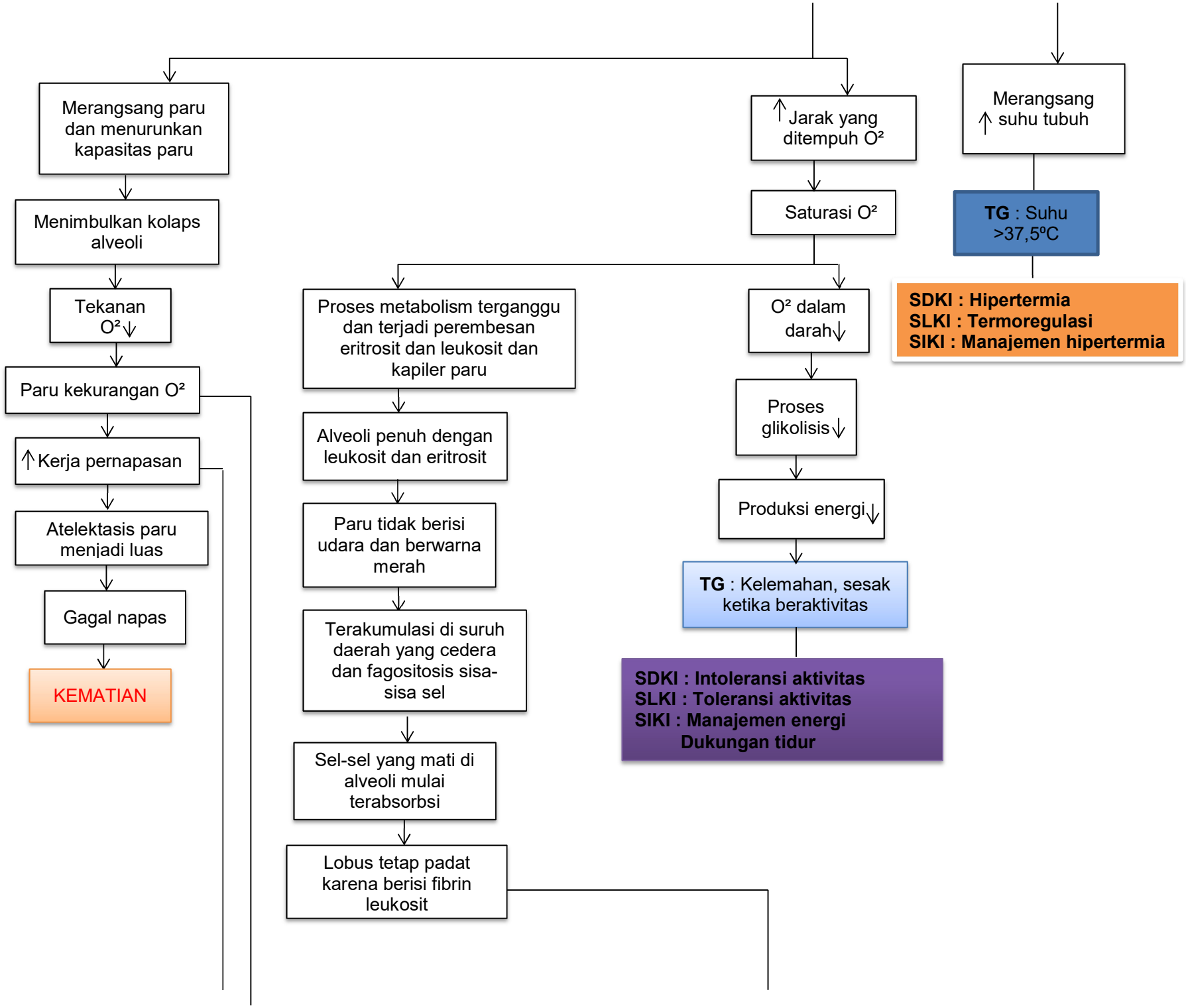
   Diharapkan karya ilmiah ini dapat bermanfaat untuk menilai diri atau mengevaluasi diri tentang sejauh mana pemahaman penulis dalam menyerap dan menerapkan ilmu yang telah diberikan khususnya dalam melaksanakan proses keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral.

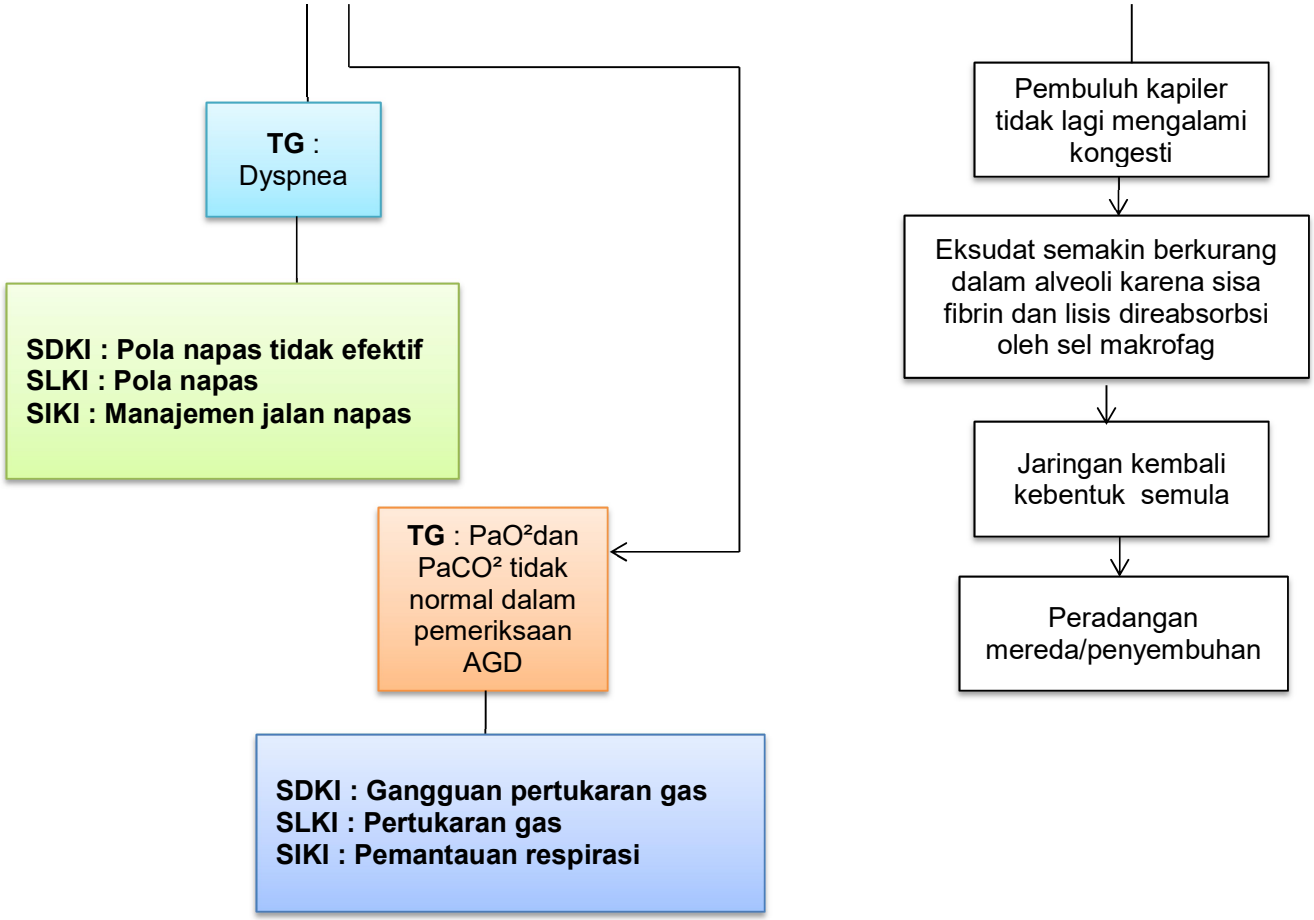
4. Bagi Profesi Keperawatan

   Diharapkan tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat maupun perawat sendiri.


ETIOLOGI
Predisposisi
Presipitasi
Usia > 60
Alveoli memebesar dan berkurangnya elastisitas bronkus
Berkurangnya reflex batuk
Rentan terhadap mikroorganisme
Virus, jamur, bakteri
Malnutrisi
Polusi udara
Kepadatan tempat tinggal
Perokok
Alkohol
Melalui inhalasi
Daya tahan tubuh menurun
Terpaparnya partikel udara
Ventilasi tidak
Iritasi pada saluran pernapasan
Lemahnya daya tahan tubuh
Saluran pernapasan bawah
Terpaparnya virus
Fungsi silia menurun
Pertukaran udara terhambat
Sekresi mukus mengandung bakteri
Masuk mencapai alveoli
Pempermudah akumulasi debu
Pertumbuhan kuman penyakit
Tertahan di saluran pernapasan
Infeksi sampai ke paru-paru
Respon peradangan


Pneumonia
Terjadi respon inflamasi
Rangsangan sel goblet
↑ Produksi mukus
Penumpukan mukus pada jalan napas
TG : Batuk berlendir, bunyi napas tambahan ronkhi
SDKI : Bersihan jalan napas tidak efektif
SLKI : Bersihan jalan napas
SIKI : Latihan batuk efektif
Manajemen jalan napas
Rangsangan batuk
TG : Nyeri saat batuk
SDKI : Nyeri akut
SLKI : Tingkat nyeri
SIKI : Manajemen nyeri
Dahak tertelan sebagian dimatikan oleh asam lambung, sebagiannya masuk kedalam usus
Inflamasi pada usus
↑ Peristaltik usus
TG : Anoreksia, BB menurun
SDKI : Defisit Nutrisi
SLKI : Status nutrisi
SIKI : Manajemen nutrisi
Peningkatan aliran darah dan permiabilitas kapiler
Sel mast melepas mediator kimiawai
Kuman mengeluarkan zat pyrogenik
Mediator inflamasi (histamine dan prostaglandin terlepas dalam tubuh)
Perpindahan eksudat plasma kedalam ruang itestitinum
Penimbunan cairan
Efusi pleura
TG :Sesak napas, bunyi napas ronkhi
Fagosit melepas endogenus pirogen
Terbawa oleh aliran darah
Sampai ke hipotalamus


Merangsang paru dan menurunkan kapasitas paru
Menimbulkan kolaps alveoli
Tekanan O² ↓
Paru kekurangan O²
↑ Kerja pernapasan
Atelektasis paru menjadi luas
Gagal napas
KEMATIAN
↑ Jarak yang ditempuh O²
Saturasi O²
O² dalam darah ↓
Proses glikolisis ↓
Produksi energi ↓
TG : Kelemahan, sesak ketika beraktivitas
SDKI : Intoleransi aktivitas
SLKI : Toleransi aktivitas
SIKI : Manajemen energi
Dukungan tidur
Proses metabolism terganggu dan terjadi perembesan eritrosit dan leukosit dan kapiler paru
Alveoli penuh dengan leukosit dan eritrosit
Paru tidak berisi udara dan berwarna merah
Terakumulasi di suruh daerah yang cedera dan fagositosis sisa-sisa sel
Sel-sel yang mati di alveoli mulai terabsorbsi
Lobus tetap padat karena berisi fibrin leukosit
Merangsang ↑ suhu tubuh
TG : Suhu >37,5ºC
SDKI : Hipertermia
SLKI : Termoregulasi
SIKI : Manajemen hipertermia


TG : Dyspnea
SDKI : Pola napas tidak efektif
SLKI : Pola napas
SIKI : Manajemen jalan napas
TG : PaO²dan PaCO² tidak normal dalam pemeriksaan AGD
SDKI : Gangguan pertukaran gas
SLKI : Pertukaran gas
SIKI : Pemantauan respirasi
Pembuluh kapiler tidak lagi mengalami kongesti
Eksudat semakin berkurang dalam alveoli karena sisa fibrin dan lisis direabsorbsi oleh sel makrofag
Jaringan kembali kebentuk semula
Peradangan mereda/penyembuhan

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama	: Alfriani Mangape
Tempat Tanggal Lahir	: Talion 06 Februari 2000
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Protestan
Pekerjaan	: Mahasiswi
Alamat	: Perumahan Town House No. 12

II. Identittas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Matius Mangape/Martha Sambo
Agama	: Protestan
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Tana Toraja

III. Pendidikan Yang Ditempuh

TK Pertiwi Rembon	: Tahun 2006-2007
SDN Inpres Rembon	: Tahun 2007-2013
SMP Negeri 1 Rembon	: Tahun 2013-2016
SMA Negeri 1 Tana Toraja	: Tahun 2016-2019
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2019-2024

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama	: Angelina Saina
Tempat Tanggal Lahir	: Lago, 22 April 2000
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Khatolik
Pekerjaan	: Mahasiswi
Alamat	: JL.Anuang Lr.146 No.20

II. Identittas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Romanus Dandung/Martina Inu
Agama	: Khatolik
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Lengko Ajang-Lago

III. Pendidikan Yang Ditempuh

TK St.Theresia L. Ajang	: Tahun 2006-2007
SDK L. Ajang	: Tahun 2007-2013
SMPK St. Aloysius L. Ajang	: Tahun 2013-2016
SMA YP PGRI 1 Makassar	: Tahun 2016-2019
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2019-2024

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING I

Nama Mahasiswa : 1. Alfriani Mangape (NS2314901006)

2. Angelina Saina (NS2314901008)

Nama Pembimbing : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep

Judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan Pneumonia Bilateral Pada Ny. S di Ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar".

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			1	2
Kamis, 25 Mei 2024	Pemilihan dan konsul kasus Pneumonia Bilateral			
Jumat, 26 Mei 2024	Konsul BAB III a. Melengkapi dan memperbaiki data pengkajian b. Memperbaiki diagnosa yang diangkat c. Memperhatikan penulisan tindakan keperawatan yang dilakukan d. Memperbaiki intervensi keperawatan			
Senin, 29 Mei 2024	Konsul revisi BAB III a. Melengkapi dan memperbaiki pengkajian pola Gordon b. Memperbaiki penulisan			

	data diagnosa primer dan sekunder c. Memperbaiki intervensi keperawatan d. Memperbaiki implementasi dan e. evaluasi keperawatan			
Rabu, 08 Mei 2024	Konsul revisi BAB III a. Melihat kembali pengkajian sampai evaluasi b. Menambahkan data subjektif dan data objektif pada tabel intervensi c. Konsultasi judul EBN yaitu "Latihan Batuk Efektif" d. Lanjut BAB IV			
Kamis, 16 Mei 2024	Konsul revisi BAB III a. Memperhatikan penulisan b. Menambahkan diagnosa			
Selsa, 28 Mei 2024	Konsul revisi BAB III a. Menyesuaikan data objektif pada evaluasi SOAP b. Menambahkan intervensi c. Pada BAB IV menambahkan hasil EBN pada point intervensi, implementasi dan evaluasi d. Pada BAB V dibagian			

	kesimpulan menambahkan hasil penerapan EBN pada e. ACC BAB III			
Jumat, 7 Juni 2024	Konsul revisi BAB IV dan BAB V a. Menambahkan gejala berdasarkan teori pada pembahasan pengkajian b. Menjelaskan lebih spesifik terkait hasil evaluasi EBN			
Senin, 10 Juni 2024	Konsul revisi BAB IV dan BAB V a ACC BAB IV b Menambahkan terkait penerapan EBN pada saran bagi institusi Rumah Sakit			
Selasa, 11 Juni 2024	ACC BAB V			

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING II

Nama Mahasiswa : Alfriani Mangape (NS2314901006)

Angelina Saina (NS2314901008)

Nama Pembimbing : Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes

Judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan Pneumonia Bilateral Pada Ny. S di Ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar".

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			1	2
Jumat, 31 Mei 2024	Konsul BAB I dan BAB II a. Menambah materi pada BAB 1 b. Memperbaiki sitasi penulisan			
Kamis, 05 Juni 2024	Konsul BAB I dan BAB II a. Memperbaiki spasi antar BAB b. Memperbaiki penulisan sitasi c. Menambahkan materi			
Senin,10 Juni 2024	a. Konsul BAB 1 dan 2 b. Konsul Pathway c. ACC KIA			

DAFTAR PUSTAKA

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

Agustina, D., Pramudianto, A., & Novitasari, D. (2022). Implementasi Batuk Efektif Pada Pasien Pneumonia dengan Masalah Gangguan Oksigenasi. *JKM : Jurnal Keperawatan Merdeka*, *2*(1), 30–35. https://doi.org/10.36086/jkm.v2i1.1153

Andayani, N. (2021). Tingkat Mortalitas Dan Prognosis Pasien Pneumonia Komunitas Dengan Sistem Skoring Curb-65 Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Kedokteran Sylah Kuala*, *14*(1), 14–19.

Fathiyah, I., & Susanto, A. D. (2020). Pneumonia Corona Virus Infection Disease-19 (COVID-19). *Journal Of The Indonesian Medical Association*, *70*(4), 87–94. https://doi.org/10.47830/jinma-vol.70.4-2020-235

Ferasinta. (2021). *Konsep Dasar Keperawatn Anak*. Yayasan Penerbit Muhamad Zaini.

Florentina. (2021). Profil Penggunaan Antibiotik pada Pasien Pediatri Rawat Inap di Bangsal Anak dengan Diagnosis pneumonia di RSUD Raden Mattaher Jambi Periode 2017-2018 Profile of Antibiotic Use in Inpatient Pediatric Patients in the Children ' s Ward with a Diagnosi. *Journal of Pharmacy and Science*, *6*(1), 7–11.

Gariana, A. L., Putri, F. S., & Yuniarti. (2018). Hubungan Faktor Risiko dan Karakteristik Gejala Klinis dengan Kejadian Pneumonia pada Balita Correlation of Risk Factors and Clinical Characteristics with the Incidence of Pneumonia in Children under Five Years. *Global Medical & Health Communication*, *4*(1), 26–32.

Irawan, E., Medison, I., Anggraini, F., & Mizarti, D. (2020). Sepsis Et Causa Empiema Dekstra Et Causa Community Acquired Pneumonia Dengan Komorbid Diabetes Melitus. *Jurnal Kedokteran YARSI*, *28*(2), 001–013. https://doi.org/10.33476/jky.v28i2.1418

Kholishoh, S. N., Munir, Z., & Tauriana, S. (2024). *Tindakan Terapi Kolaborasi Inhalasi untuk Pasien Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Diruang PICU RSUD Sidoarjo*. *5*(1). https://doi.org/10.33650/trilogi.v5i1.7652

Maratus and Sudari. (2019). Pengaruh Pemberian Quercetin Terhadap Kadar Interleukin 8 (IL- 8) Dan Nilai COPD Assessment Test (CAT) Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Stabil. *Jurnal Respirologi Indonesia*, *39*(2), 104.

Mulyana, R. (2019). Terapi Antibiotika pada Pneumonia Usia Lanjut. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *8*(1), 172. https://doi.org/10.25077/jka.v8i1.987

Oktaviani, I. (2019). Faktor- faktor yang berhubungan dengan kejadian pneumonia pada balita di Puskesmas Kec. Teluknaga Kab. Tangerang tahun 2015. *Kesehatan Masyarakat*, *VII*(1), 30–42.

Priambudi, B. N., Harsono, S. B., & Hanifah, I. R. (2022). Hubungan Interaksi Obat Antibiotik dengan Length of Stay Pasien Pneumonia di Rumah Sakit "X" Ponorogo. *Jurnal Mandala Pharmacon Indonesia*, *8*(2), 128–140. https://doi.org/10.35311/jmpi.v8i2.191

Putri, R. A. A., & Novitasari, D. (2022). Latihan Batuk Efektif Pada Pasien Dengan Pneumonia. *Jurnal Sehat Mandiri*, *17*(1), 87–98. http://jurnal.poltekkespadang.ac.id/ojs/index.php/jsm

Rigustina, M. (2021). *Faktor Resiko yang Berhubungan dengan Kejadian Pneumonia pada Balita di Puskesmas Ikur Koto Kota Padang*. https://doi.org/https://doi.org/10.33854/heme.v1i1.215

Riskesdas. (2022). *Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular Kementerian Kesehatan*.

Rohmah, D. N. (2020). *Management Kasus Gagal Napas Pada Penyakit Pneumonia*. Jurnal Berita Ilmu Keperawatan.

Sari, D. G., Asdie, R. H., & Retnowulan, H. (2021). Perbandingan Nilai Red Cell Distribution Width terhadap Mortalitas pada Pasien Hospital-Acquired Pneumonia Lansia dan Dewasa. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, *8*(2), 56. https://doi.org/10.7454/jpdi.v8i2.389

Sartiwi, W., Nofia, V. R., & Sari, I. K. (2019). Latihan Batuk Efektif Pada Pasien Pneumonia di RSUD Sawahlunto. *Jurnal Abdimas Saintika*, *3*(1), 1–8.

Suci, N. . (2020). *Pendekatan Dioagnosis dan Tata Laksana*. Kedokteran Nanggroe Medika, 3.

Sudirman, M. (2021). *Buku Ajar Anatomi Fisiologi Jilid 1*.

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

Utama, B. T. F., & Triana, N. Y. (2023). Pengaruh Fisioterapi Dada Pada Anak Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Kasus Pneumonia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, *6(3)*, 903–910.

Warganegara, E. (2020). Pneumonia Nosokomial: Hospital-Acquired, Ventilator-Associated, dan Health Care-Associated. *Jurnal Kedokteran Unila*, *1*(3), 612–618. http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/JK/article/view/1729