KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PNEUMONIA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR

OLEH

RISPIANA (NS2314901103)
RUTH GIMEL RANDONGKIR (NS2314901104)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2023

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PNEUMONIA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR

OLEH

RISPIANA (NS2314901103)
RUTH GIMEL RANDONGKIR (NS2314901104)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2023

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Rispiana (NS2314901103)
2. Ruth Gimel randongkir (NS2314901104).

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

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 7Juni 2024

Yang menyatakan,

Rispiana

Ruth Gimel Randongkir

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pneumonia Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM :

1. Rispiana (NS2314901103)
2. Ruth Gimel Randongkir (NS2314901104)

Disetujui oleh

Pembimbing 1	Pembimbing 2
Wirmando,Ns.,M.Kep	Serlina Sandi, Ns.,M.Kep,PhDNS
NIDN: 0929089201	NIDN: 0913068201

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik dan
Kerjasama STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita E.R. Sa'pang.Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,PhDNS
NIDN:0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Rispiana (NIM: NS2314901103)

2. Ruth Gimel Randongkir (NIM: NS2314901104)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pneumonia Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing1: Wirmando,Ns.,M.kep ( )

Pembimbing 2: Serlina Sandi,Ns.,M.Kep,PhDNS ( )

Penguji 1 : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB.,PhDNS ( )

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

Ditetapkan di: Makassar

Tanggal : 10 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianus Abdu,S.Si.S.Kep.,Ns,M.Kes

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

1. Rispiana (NS2319401103)
2. Ruth Gimel Randongkir (NS2314901104)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 7 Juni 2023

Yang menyatakan

Rispiana

Ruth Gimel Randongkir

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Pneumonia di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Bhayangkara Makassar". Adapun Penulisan karya ilmiah akhir dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir untuk memperoleh gelar Profesi Ners di Sekolah tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat kekurangan, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar dapat membantu penulis untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir ini.

Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E.R. Sa'pang, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,PhDNS, selaku wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar sekaligus sebagai penguji I.
3. Mery Sambo, Ns.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar sekaligus sebagai penguji II.
5. Wirmando, Ns.,M.Kes, selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat STIK Stella Maris Makassar sekaligus pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyelesaian Karya Ilmia Akhir.

6. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep, selaku Sekretaris Prodi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar sekaligus pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyelesaian Karya Ilmia Akhir.
7. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir.
9. Teristimewa kepada kedua orang tua dari Rispiana dan Ruth Gimel Randongkir, sanak saudara, keluarga, dan orang terkasih yang selalu mendoakan, memberi dukungan, semangat, nasehat dan kasih sayang sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir.
10. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2023 STIK Stella Maris Makassar yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu per satu, yang telah bekerjasama selama mengikuti praktik lapangan maupun dalam memberikan kritik dan sarannya selama penyusunan karya ilmiah akhir.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah akhir ini masih banyak terdapat kekurangan untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran untuk kesempurnaan karya ilmiah ini. Akhir kata. Semoga karya ilmiah akhir ini membawah manfaat bagi pembaca serta masyarakat pada umumnya.

Makassar, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL ..... **ii**
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **iii**
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **iv**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **v**
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **vi**
KATA PENGANTAR ..... **vii**
DAFTAR ISI ..... **ix**
DAFTAR TABEL ..... **xi**
DAFTAR GAMBAR ..... **xii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xiii**
BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 4
   1. Tujuan Umum 4
   2. Tujuan Khusus 4
C. Manfaat Penulisan 4
   1. Bagi Instansi Rumah Sakit 4
   2. Bagi Pasien 5
   3. Bagi Penulis 5
   4. Bagi Institusi Pendidikan 5
D. Metode Penulisan 5
   1. Studi Kepustakaan 5
   2. Studi Kasus 5
E. Sistematikan Penulisan 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik 7
   1. Pengertian 7
   2. Anatomi Fisiologis Respirasi 8
   3. Klasifikasi 13

4. Etiologi 17
5. Patofisiologi 21
6. Manifestasi Klinis 26
7. Tes Diagnostik 27
8. Penatalaksanaan Medik 28
9. Komplikasi 29
B. Konsep Dasar Keperawatan 31
1. Pengkajian 31
2. Diagnosis Keperawatan 34
3. Perencanaan Keperawatan 34
4. Diascharge Planning 37

BAB III PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus 38
B. Pengkajian 39
C. Identifikasi Masalah 50
D. Diagnosis Keperawatan 51
E. Perencanaan Keperawatan 52
F. Pelaksanaan Keperawatan 54
G. Evaluasi Keperawatan 56
Daftar Obat 57

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep 63
B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing 67*

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan 77
B. Saran 78

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Identifikasi Masalah 50
Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan.....51
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan 52
Tabel 3.4 Pelaksanaan Keperawatan 54
Tabel 3.5 Evalusasi Keperawatan 56
Tabel 4.1 Hasil Telaah Artikel Metode PICOT 69

DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar Anatomi Respirasi Bawah

DAFTAR LAMPIRAN

Daftar Riwayat Hidup
Lampiran Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi saluran pernapasan yang serius dan dapat mengancam jiwa. Pneumonia terjadi akibat infeksi pada parenkim paru-paru oleh berbagai mikroorganisme, seperti bakteri, virus, dan jamur (Kemenkes, 2022). Penyakit ini dapat menyerang siapa saja, individu dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah berisiko lebih tinggi terkena pneumonia (Kemenkes, 2023). Pada usia dewasa pneumonia yang didapatkan dari komunitas merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas diseluruh dunia. Status merokok, konsumsi alkohol, penyakit penyerta, dan paparan polusi udara merupakan factor risiko penting yang berkontribusi terhadap beban pneumonia. Presentase tertinggi orang dewasa berusia 26-45 tahun merupakan presentase tertinggi pasien dengan pneumonia (Fagerl et al., 2023).

Beberapa peneltian juga menemukan bahwa laki-laki lebih mungkin lebih rentan terkenah pneumonia parah. Perbedaan gender dalam pekerjaan, penggunaan tembakau dan alkohol, serta paparan lingkungan lainnya kemungkinan berkontribusi terhadap tingkat keparahan pneumonia pada laki-laki. Namun, tidak menutup kemungkinan Perempuan tetap dapat menderita pneumonia akibat dari akibat lamanya menghirup polusi udara (asap rokok, asap kendaraan, asap pabrik), Perempuan juga mulai banyak melakukan aktivitas yang awalnya lebih banyak dilakukan laki-laki seperti bekerja di luar ruangan dan bersosialisasi dengan banyak orang (Corica et al., 2022).

Indonesia berada diurutan ketujuh dengan total kasus kematian akibat pneumonia sebanyak 20.084 kematian (WHO, 2021). Indonesia sendiri prevalensi pneumonia meningkat sebesar

56,9% pada orang dewasa dan 88,1% pada anak-anak (Kemenkes, 2022). Lima provinsi dengan prevalensi pneumonia tertinggi yaitu, Nusa Tenggara Timur (10,3%), Papua (8,2%), Sulawesi Barat (6,1%), Sulawesi Tengah (4,8%) dan Sulawesi Selatan (4,8%). Di kota Makassar kasus pneumonia pada tahun 2017 sebanyak 364 kasus dan meningkat menjadi 526 kasus pada tahun 2018. Selain itu, pneumonia menjadi salah satu dari 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit, dengan proporsi kasus 53,95% laki-laki dan 46,05% perempuan (Kemenkes RI, 2023). Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara sendiri selama bulan Juni 2024 didapati pasien dengan masalah pneumonia terbanyak dialami oleh kelompok anak-anak <5 tahun sebanyak 10 kasus dan dewasa sebanyak 2 kasus. Banyak pasien masuk ke ruang gawat darurat atau di rawat di rumah sakit akibat menderita pneumonia biasanya datang dengan keluhan sesak napas yang semakin memberat disertai dengan batuk berlendir produktif atau non-produktif juga demam.

Kondisi kegawatan pada pasien dengan pneumonia dapat digambarkan dengan suatu kondisi pernapasan yang tidak normal di dalam alveolus yang dapat mengganggu pertukaran gas oksigen dan karbondioksida didalam alveolus. Jika tidak segera ditangani maka darah di dalam tubuh akan kekurangan pasokan oksigen yang harus dialirkan ke seluruh tubuh atau hipoksemia yang dapat mengakibatkan terjadinya hipoksia pada pasien yang apabila berkelanjutan untuk waktu yang lama dan tidak mendapatkan penanganan segera yang tepat dapat mengakibatkan pasien mengalami gagal napas hingga kematian. Untuk itu segera dibutuhkan asuhan keperawatan yang cepat dan tepat mulai dari mengkaji keluhan yang menjadi masalah utama pasien hingga menentukan diagnosa prioritas dan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dalam hal ini menentukan intervensi dan

implementasi untuk pasien pneumonia tidak hanya melalui obat-obatan, namun perawat juga perlu memberikan intervensi mandiri yang telah diuji kebenaran serta manfaatnya untuk pasien pneumonia untuk mencegah masalah kegawatan pada pasien.

Intervensi mandiri perawat dalam menangani masalah pola napas serta saturasi oksigen pasien pneumonia yaitu pemberian posisi semi fowler dan terapi oksigenasi. Perawat dapat memberikan posisi semi fowler ($30\text{-}45^0$) dan terapi oksigenasi untuk meningkatkan saturasi oksigen serta memperbaiki pola napas pasien menjadi normal. Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Muhsinin & Kusumawardani (2019) tentang pengaruh penerapan pemberian posisi fowler terhadap perubahan respiratory rate pada pasien dengan pneumonia di RSUD Kota Mataram. Setelah diberikan posisi semi fowler pada pasien dengan masalah pola napas didapatkan hasil dari respiratory rate yang menunjukkan angka normal yaitu 16-24x/menit. Penelitian lain yang dilakukan oleh Sultiyaningsih et al (2023) yang menjelaskan bahwa terdapat perbedaan saturasi oksigen sebelum diberikan pada pasien saturas oksigen 67-68% dan setelah diberikan terapi osigen naik menjadi 70%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian posisi semi fowler dan terapi oksigenasi efektif untuk memperbaiki pola napas pasien pneumonia juga meningkatkan saturasi oksigen.

Dari pembahasan di atas penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pneumonia di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

Di dalam penulisan Karya ilmiah akhir ini terdapat dua tujuan, yaitu:

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan pneumonia di ruang IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

2. Tujuan Khusus

   a. Melakukan pengkajian gawat darurat pada pasien dengan pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
   b. Menetapkan diagnosis keperawatan gawat darurat berdasarkan permasalahan yang terjadi pada pasien dengan pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
   f. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi instansi rumah sakit

   Diharapkan melalui penulisan Karya Ilmiah akhir ini dapat bermanfaat sebagai bahan masukan untuk tenaga kesehatan dan bahan bacaan serta sumber informasi dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan melalui asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien pneumonia.

2. Bagi pasien

   Pasien mendapatkan pelayanan asuhan keperawatan yang kompeten di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

3. Bagi penulis

   Diharapkan dapat berguna sebagai pengalaman dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada pasien dengan pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

4. Bagi institusi pendidikan

   Diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu sumber informasi dan acuan bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan kualitas pendidikan dan kualitas penulisan karya ilmiah akhir asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien pneumonia.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah:

1. Studi kepustakaan

   Memperoleh data dengan menggunakan buku, jurnal dengan sebagian situs materi dari literatur di perpustakaan.

2. Studi kasus

   Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi: pengkajian, analisa data, penempatan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

   Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah:

   a. Wawancara

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

b. Pemeriksaan fisik

Dengan melakukan pemerikasaan langsung mulai dari kepala sampai ujung kaki dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

c. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya, pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan kerja mahasiswa.

d. Dokumentasi

Mendokumentasikan data pasien melalui rekam medik dan hasil tes diagnostic.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ini disusun secara sistematis dalam beberapa BAB yang terdiri dari : Bab I Pendahuluan (Latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, sistematika penulisan), dilanjutkan dengan Bab II tinjauan teoritis konsep dasar medis yang terdiri defenisi, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, patoflowdiagram, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi dan konsep dasar keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang (*discharge planning*), Bab III tinjauan kasus (pengamatan kasus, pengkajian, analisis data, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi serta daftar obat pasien), Bab IV pembahasan kasus dan pembahasan EBN (pada tindakan keperawatan) serta diakhiri dengan Bab V simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Pneumonia, sering disebut sebagai paru-paru basah, adalah kondisi peradangan yang terjadi pada jaringan paru-paru. Peradangan ini mengakibatkan alveolus (kantong udara) terisi oleh cairan, sehingga paru-paru tidak dapat berfungsi dengan baik (Kemenkes, 2023).

Pneumonia adalah infeksi atau peradangan akut pada jaringan paru-paru yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti bakteri, virus, parasit, jamur, paparan bahan kimia, atau kerusakan fisik pada paru-paru. Pneumonia dapat menginfeksi semua kelompok usia (Natasya, 2022).

Pneumonia adalah bentuk infeksi pernapasan akut yang paling sering disebabkan oleh virus atau bakteri. Ini dapat menyebabkan penyakit ringan hingga mengancam jiwa pada orang-orang dari segala usia, namun ini adalah penyebab kematian menular terbesar pada anak-anak di seluruh dunia (WHO, 2021).

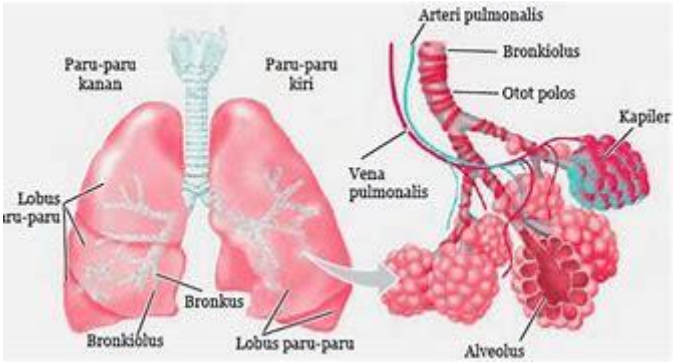
Pneumonia merupakan suatu penyakit peradangan akut pada parenkim paru yang biasanya dari suatu infeksi saluran napas bawah akut dan ditandai dengan gejala batuk disertai dengan sesak napas yang disebabkan oleh agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma, dan substansi asing, berupa radang paru-paru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

Berdasarkan pengertian di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa pneumonia adalah kondisi Dimana

alveolus terisi oleh cairan atau nanah yang disebabkan oleh mikroorganisme bakteri, virus, jamur penyebab pneumonia yang menginfeksi parenkim paru serta dapat menyerang semua kelompok usia.

2. Anatomi Fisiologi Sistem Respirasi Bawah

Anatomi fisiologi sistem respirasi bawah menurut Yulia (2020) yaitu sebagai berikut:



Gambar 2.1 Anatomi respirasi bawah Resti Y Sutrisno (2020).

a. Anatomi Respirasi

1) Bronkus

Bronkus merupakan percabangan trakhea kanan dan kiri. Bronkus kanan dibagi dalam tiga cabang lobaris yang masing-masing menyuplai udara pada tiga lobus kiri paru yaitu lobus atas, lobus tengah, dan lobus bawah. Bronkus lobus paru kiri atas selanjutnya bercabang menjadi tiga segmen, yaitu anterior, apikal, dan posterior. Bronkus tengah paru kanan bercabang menjadi dua segmen yaitu lateral dan medial. Lobus bawah bercabang menjadi lima cabang, yaitu superior, anterior basal, laterobasal, medio-basal, dan posteriobasal sehingga total terdapat 10 segmen pada paru kanan. Selanjutnya, bronkus akan bercabang dalam subdivisi hingga 20 atau

lebih percabangan dalam bronkus subsegmental, bronkus terminal, bronkiolus, bronkiolus terminal, dan bronkiolus respiratorius. Bronkus respiratori selanjutnya bercabang menjadi bronkiolus respiratorius terminalis hingga akhirnya sampai pada ductus, sakus alveolaris, da alveoli. Bronkus dibentuk oleh kartilago dan otot. Cincin kartilago inkomplet seperti pada trakea ditemukan juga pada bronkus utama dan bronkus lobus bawah. Sedikit cincin kartilago komplet terdapat pada bonkus lobaris dan bronkus segmental. Pada bronkus kecil dan bronkiolus, terdapat jaringan konektif elastis yang membantu kepatenan jalan napas. Pada bronkus kecil dan bronkiolus tidak ada lagi tulang kartilago, hanya terdapat otot yang memiliki kemampuan *recoil* elastis. Bronkus dilapisi oleh epitel pseudos tratifikasi kollmanar berlapis (*psudostartified ciliated columnar ephitelium*). Sel goblet dalam epithelium menyekresi mukus. Silia dan mukus bersama-sama membantu melindungi paru dari debu, kuman, dan partikel lainnya.

2) Paru-paru

Paru-paru adalah salah satu organ paling penting dalam sistem pernapasan. Letak paru-paru di rongga dada, menghadap ke tengah rongga dada atau kavum mediastinum. Pada bagian tengah terdapat tumpuk paru-paru atau hilius. Pada mediastinum depan terletak jantung. Paru-paru dibungkus oleh selaput yang bernama pleura, Pleura dibagi menjadi 2 yaitu, pleura visceral (selaput pembungkus) yang langsung membungkus paru-paru dan pleura parietal yaitu selaput yang melapisi rongga dada sebelah luar. Pada keadaan normal, kavum pleura ini vakum (hampa) sehingga paruparu dapat

mengembang mengempis dan juga terdapat sedikit cairan (eksudat) yang berguna untuk melumasi permukaannya (pleura), menghindarkan gesekan antara paru-paru dan dinding dada sewaktu ada gerakan bernapas. Paru-paru merupakan bagian tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung (alveoli).

Gelembung alveoli ini terdiri dari sel-sel epitel dan endotel. Paru-paru terbagi menjadi dua yaitu paru-paru kanan, terdiri dari 3 lobus yaitu lobus pulmo dekstra superior, lobus media, dan lobus inferior. Tiap tiap lobus terdiri dari belahan yang kecil bernama segmen. Paru-paru ini mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, dan 5 buah segmen pada inferior. Paru-paru kanan mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, dan 2 buah segmen pada lobus medialis, dan 3 buah segmen pada lobus inferior. Tiap-tiap segmen ini masih terbagi lagi menjadi belahan-belahan yang bernama lobulus. Di antara lobulus satu dengan yang lainnya dibatasi oleh jaringan ikat yang berisi pembuluh darah, getah bening dan syaraf, dan tiap lobulus terdapat sebuah bronkiolus. Di dalam lobulus bronkiolus ini bercabang-cabang banyak sekali, cabang ini disebut duktus alveolus. Tiap duktus alveolus berakhir pada alveolus yang diameternya antara 0,2-0,3 mm. Pada paru terdapat peredaran darah ganda. Darah yang miskin oksigen dari ventrikel kanan masuk ke paru melalui arteri pulmonalis. Selain sistem arteri dan vena pulmonalis, terdapat pula arteri dan vena bronkiolus yang berasal dari aorta untuk memperdarahi jaringan bronki dan jaringan ikat paru dengan darah kaya oksigen. Ventilasi paru terdiri otot-otot pernapasan, yaitu diagfragma dan otot-otot

intercostal. Selain ini ada otot-otot pernapasan tambahan seperti otot-otot perut.

3) Alveoli

Alveoli merupakan tempat pertukaran udara, O2 masuk ke dalam darah dan CO2 dikeluarkan dari darah. Paru terbentuk oleh sekitar 300 juta alveoli yang tersusun dalam diameter antara 15-20 alveoli. Terdapat tiga jenis sel alveolar, membran respiratorius pada alveoli pada umumnya dilapisi oleh sel epitel pipih sederhana yang disebut dengan sel tipe I. Makrofag alveolar bertugas berkeliling disekitar epitelium untuk memfagosit partikel atau bakteri yang masih dapat masuk ke permukaan alveoli, makrofag ini merupakan pertahanan terakhir pada sistem pernapasan. Sel-sel alveolar tipe II, sel yang aktif secara metabolik mensekresi surfaktan yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveolar agar tidak kolaps. Sel alveoli tipe II adalah makrofag yang merupakan sel-sel fagositosis yang besar yang memakan benda asing.

b. Fisiologi Respirasi

1) Inspirasi

Inspirasi merupakan proses aktif kontraksi otot-otot inspirasi yang menaikkan volume intratoraks. Selama bernapas tenang tekanan intrapleura kira-kira 25 mmHg (relatif terhadap atmosfer). Pada permulaan inspirasi menurun sampai 6 mmHg dan paru ditarik kearah posisi yang lebih mengembang, di jalan udara sedikit negatif dan udara mengalir ke dalam paru. Akhir inspirasi rekoil menarik dada kembali ke posisi ekspirasi karena tekanan rekoil dan dinding dada seimbang. Tekanan dalam jalan

napas seimbang menjadi sedikit positif, udara mengalir keluar dari paru-paru.

2) Ekspirasi

Pernapasan tenang bersifat pasif tidak ada otot-otot yang menurukan volume untuk toraks. Kontraksi ini menimbulkan kerja yang menahan kekuatan rekoli dan melambatkan ekspirasi. Inspirasi yang kuat berusaha mengurangi tekanan intrapleura sampai rendah 30 mmHg, ini menimbulkan pengembangan paru dengan derajat yang lebih besar. Bila ventilasi meningkat, luasnya deflasi paru meningkat dengan kontraksi otot-otot pernapasan, yang menurunkan volume intratoraks. Tekanan intrapleura adalah tekanan ukuran dalam antara lapisan pleura dan lapisan pleura dalam. Pleura parietal dan visceralis dipisahkan oleh selaput tipis yang berisikan pleura yang berisi zat dan gas. Proses fisiologis pernapasan dimana oksigen dipindahkan dari udara kedalam jaringan dan karbondioksida dikeluarkan ke udara, dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

a) Ventilasi, ventilasi adalah gerakan udara masuk dan keluar dari paru-paru. Gerakan dalam pernapasan ekspirasi dan inspirasi otot diafragma berkontraksi dan kubah dari diafragma menurun, pada waktu yang bersamaan otot-otot interkostal interna berkontraksi dan mendorong dinding dada sedikit ke arah luar. Dengan gerakan seperti ini ruang didalam dada meluas, tekanan di alveoli menurun dan undara memasuki paru-paru. Pada ekspirasi diafragma dan otot-otot interkosta eksterna relaksasi. Diafragma naik dinding dada jatuh kedalam didalam dada hilang. Pernapasan normal yang tenang sekitar 16x/menit.

Ekspirasi diikuti dengan terhenti sejenak. Kedalam dan jumlah pergerakan pernapasan sebagian besar dikendalikan secara biokimiawi.

b) Difusi adalah gerakan diantara udara dan karbondioksida di dalam alveoli dan darah di dalam kapiler sekitarnya. Gas-gas melewati secara seketika diantara alveoli dan darah dengan cara difusi. Dalam cara difusi ini gas mengalir dari tempat yang tinggi tekanan parsialnya. Oksigen dalam alveoli mempunyai tekanan parsial yang lebih tinggi dari oksigen yang berada dalam darah dan karenanya udara dapat mengalir dari alveoli masuk kedalam darah. Karbondioksida dalam darah mempunyai tekanan parsial yang lebih tinggi dari pada alveoli dan karenanya karbondioksida dapat mengalir dari darah masuk ke dalam alveoli.

c) Transpor pengangkutan oksigen dan karbondioksida oleh darah. Oksigen ditransportasi dalam darah sel-sel darah merah oksigen bergabung dengan hemoglobin. Dalam plasma sebagian oksigen terlarut dalam plasma karbondioksida ditransportasikan ke darah sebagai natrium bikarbonat dalam dan kalium bikarbonat dalam sel-sel darah merah dalam larutan bergabung dengan hemoglobin dan protein plasma.

3. Klasifikasi

a. Klasifikasi pneumonia berdasarkan tempat didapatkan menurut Wati et al (2020) :

1) Community Acquired Pneumonia (CAP)

Pneumonia yang didapatkan di lingkungan masyarakat. Beberapa faktor resiko pneumonia komunitas

adalah usia lansia, gaya hidup seperti peminum alkohol dan perokok. Pasien geriatri memiliki kerentanan terhadap CAP antara lain disebabkan adanya asosiasi yang kuat antara usia tua dengan penurunan fungsi organ secara umum. Pneumonia komunitas terjadi melalui inhalasi atau aspirasi mikroba patogen ke paru-paru (lobus paru). Penyebabnya 85% oleh *Streptococcus* Pneumonia, *Haemophylus Influenzae, dan Moraxella Catarrhalis.*

2) *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP)

Pneumonia yang terjadi 48 jam atau lebih setelah pasien masuk rumah sakit, dan tidak dalam masa inkubasi atau di luar suatu infeksi yang ada saat masuk rumah sakit. *Hospital Acquired* Pneumonia merupakan penyebab paling umum kedua dari infeksi diantara pasien di rumah sakit, dan sebagai penyebab utama kematian karena infeksi. Faktor resiko umum adalah usia lebih dari 70 tahun, komorbiditas yang serius, malnutrisi, penurunan kesadaran dan penyakit obstruksi paru kronis. *Hospital Acquired* Pneumonia adalah infeksi paling umum terjadi pada pasien yang membutuhkan perawatan intensive care unit.

3) *Ventilator Acquired Pneumonia* (VAP)

Ventilator *Acquired Pneumonia* adalah infeksi nosokomial yang sering terjadi di ruang perawatan ICU yang berhubungan dengan ventilator. Pneumonia ini terjadi setelah 48-72 jam atau lebih setelah intubasi trachea. Kondisi ini dapat terjadi karena pemakaian ventilasi mekanik atau *endotracheal tube*. Bakteri gram negatif aerob yang paling sering menyebabkan VAP yaitu *Pseudomonas Aeruginosa, Eschericia Coli, Klebsiella Pneumonia dan Acinetobacter spp.*

b. klasifikasi pneumonia berdasarkan anatomi menurut Abdjul & Herlina (2020) berupa :

1) Pneumonia lobaris

Pneumonia ini terjadi pada seluruh atau satu bagian lobus paru. Biasanya gejala penyakit secara mendadak, tetapi biasa didahului oleh infeksi traktur respiratorius bagian atas. Pneumonia ini terjadi di bagian lobus paru gejala hampir sama dengan lainnya hanya pada pemeriksaan fisik kelainan khas tampak setelah 1-2 hari.

2) Pneumonia lobularis

Bronkopeumonia dapat disebut sebagai pneumonia lobularis karena peradangan yang terjadi pada parenkim paru bersifat terlokalisir pada bronkiolus berserta alveolus di sekitarnya. Penyebab dari penyakit ini yaitu karena bakteri, virus, jamur dan benda asing. Kemudian ditandai dengan gejala demam yang tinggi, dispnea, napas cepat dan dangkal, muntah, diare, serta batuk kering dan produktif. Proses peradangan dari proses penyakit bronkopneumonia mengakibatkan produksi sekret meningkat sampai menimbulkan manifestasi klinis yang ada sehingga muncul masalah dan salah satu masalah tersebut adalah bersihan jalan napas tidak efektif

3) Pneumonia interstisial

Pneumonia interstisial adalah sekelompok penyakit di mana peradangan atau pembengkakan dan fibrosis merusak ruang kecil berisi udara di dalam paru-paru yang disebut alveoli. Seiring waktu, kerusakan menyebabkan jaringan parut yang mencegah paru-paru bekerja dengan baik.

4) Pneumonia bilateral

Pneumonia bilateral atau *double pneumonia* terjadi ketika infeksi menyerang kedua paru-paru sekaligus. Ini berarti seluruh lobus pada paru-paru kiri dan kanan terinfeksi.

c. Klasifikasi pneumonia berdasarkan penyebabnya menurut Kemenkes (2023) berupa:

1) Pneumonia bacterial

Pneumonia bakterial adalah pneumonia akibat infeksi bakteri. Ini merupakan macam-macam pneumonia yang paling umum terjadi dengan bakteri yang paling sering menjadi penyebabnya adalah *Streptococcus pneumoniae*. Seseorang bisa tertular bakteri penyebab pneumonia jika menghirup *droplet* (percikan liur berukuran kecil) yang dikeluarkan oleh penderita pneumonia ketika batuk atau bersin. Infeksi lebih mudah terjadi bila ia memiliki daya tahan tubuh yang lemah, riwayat penyakit paru, sering merokok, atau sedang dalam masa penyembuhan setelah operasi di rumah sakit.

2) Pneumonia atipikal

Pneumonia jenis ini sebenarnya masih disebabkan oleh bakteri, tetapi gejalanya lebih ringan daripada pneumonia bakterial. Karena gejalanya ringan, penderita pneumonia biasanya tidak menyadari bahwa dirinya sakit. Kondisi ini disebut sebagai *walking pneumonia* (pneumonia berjalan). Pneumonia atipikal biasanya disebabkan oleh bakteri *Mycoplasma pneumoniae* atau *Chlamydophila pneumoniae.*

3) Pneumonia viral

Berbagai jenis virus dapat menginfeksi paru-paru dan menyebabkan macam-macam pneumonia ini. Pneumonia

viral biasanya berlangsung lebih singkat daripada pneumonia bakterial dan gejalanya pun lebih ringan. Namun, terkadang kasus pneumonia viral juga bisa berakibat fatal, terutama jika penyebabnya adalah virus influenza, SARS-CoV-2 (COVID-19), dan MERS. Anak-anak, lansia, dan orang yang memiliki daya tahan tubuh lemah lebih berisiko untuk mengalami pneumonia viral yang fatal ini.

4) Pneumonia fungal

Pneumonia jenis ini disebabkan oleh infeksi jamur. Pneumonia fungal jarang terjadi dan biasanya dialami oleh orang yang menderita penyakit kronis atau memiliki daya tahan tubuh yang lemah. Contoh orang yang rentan mengalami pneumonia fungal ini adalah penderita AIDS, penderita kanker yang sedang menjalani kemoterapi, penderita penyakit autoimun, atau penerima transplantasi organ yang harus mengonsumsi obat-obatan penekan sistem imun tubuh

4. Etiologi

Penyebab terjadinya pneumonia yaitu adanya populasi lingkungan, kekebalan tubuh dan pola hidup yang tidak tepat, sehingga virus atau bakterial mudah masuk ke dalam paru-paru dan mengganggu mekanisme pernapasan. Selain diatas ada beberapa penyebab terjadinya pneumonia menurut (Shoar & Musher, 2020).

a. Bermacam-macam golongan mikroorganisme, yaitu yang disebabkan oleh:

1) Bakteri: *Streptococus pneumoniae, Staphylococus aureus.*

2) Jamur: *Candidiasis, Histoplasmosis, Aspergifosis, Coccidioido Mycosis, Cryptococosis, Pneumocytis Carinii.*

b. Virus: Virus *Sinsisialis* pernapasan, Hantavirus, Virus Influenza, Virus *Parainfluenza, Adenovirus, Rhinovirus, Virus Herpes Simpleks, Sitomegalovirus.*

c. Mikoplasma (menyerang anak di atas usia balita).

Penumonia yang dipicu oleh bakteri biasanya menyerang siapa saja terutama orang-orang dengan gangguan pernapasan, yang sedang terinfeksi virus atau juga sedang dalam kondisi tubuh yang menurun atau beresiko. Bakteri penyebab pneumonia paling umum adalah bakteri *streptococcus* pneumonia, bakteri ini sudah ada di kerongkongan manusia sehat. Begitu pertahanan atau kekebalan tubuh menurun yang disebabkan oleh usia, sakit atau malnutrisi, bakteri akan segera memperbanyak diri dan menyebabkan kerusakan. Seluruh jaringan paru-paru dipenuhi oleh cairan dan infeksi yang secara cepat menyebar ke seluruh tubuh melalui aliran darah.

Pasien yang terinfeksi pneumonia akan mengalami panas tinggi, berkeringat, nafas terengah-engah dan denyut jantung meningkat cepat. Mukosa membiru karena tubuh kekurangan oksigen. Pada beberapa kasus, pasien akan mengalami menggigil, sakit dada atau nyeri dada. Apabila batuk akan mengeluarkan lendir bewarna hijau atau kekuningan. Sedangkan pneumonia yang disebabkan oleh virus akan menyebabkan gangguan jauh lebih berat dan kadang menyebabkan kematian. Virus yang menginfeksi paru akan berkembang biak walaupun tidak terlihat jaringan paru yang dipenuhi oleh cairan (bercak).

Selain itu, beberapa faktor lain juga dapat memicu pneumonia, seperti:

a. Asap rokok

Asap rokok mengandung berbagai zat kimia yang membahayakan saluran pernapasan, asap rokok mempengaruhi fungsi silia sehingga tidak mampu menyaring partikel halus yang masuk ke dalam saluran pernapasan, ketika system pertahanan saluran pernapasan rusak maka mudah untuk terinfeksi oleh virus atau bakteri penyebab pneumonia. Hal ini didukung oleh penelitian Larasati & Hargono (2019) yang mengatakan ada hubungan antara rokok dengan kejadian pneumonia akibat paparan asap rokok yang mengandung bahan kimia.

b. Alkohol

Kadar alkohol yang berlebihan didalam tubuh akan menyeabkan tubuh mengalami gangguan dalam melawan miroorganisme penyebab penyakit salah satunya pneumonia Ketika tubuh melemah tubuh tidak dapat melawan infeksi mikroorganisme. Hal ini didukung oleh penelitian Simou et al (2023) yang mengatakan ada hubungan faktor intristik penyebab kejadian pneumonia salah satunya masalah alkohol.

c. Penurunan tingkat kesadaran

Penurunan tingkat kesadaran dapat meningkatkan risiko aspirasi, yang dapat menyebabkan pneumonia. Penurunan kesadaran dapat menyebabkan gangguan pada kerja otot, termasuk otot yang berperan dalam proses menelan**.** Pada akhirnya, gangguan menelan dapat menyebabkan makanan atau ciran salah masuk ke dalam saluran napas termasuk organ paru**.** Hal ini didukung oleh penelitian Bidarso et al (2018) yang megatakan pasien

penurunan kesadaran mudah mengalami aspirasi akibat dispagia atau gangguan menelan yang akan membawa kuman penyebab pneumonia masuk ke dalam paru-paru.

d. Kondisi tempat tinggal

Ventilasi sebuah rumah berfungsi sebagai tempat pertukaran udara dari dalam ke luar begitu sebaliknya, rumah dengan ventilasi kurang menyebabkan rumah menjadi lembab dan bakteri serta jamur dan virus penyebab pneumonia mudah berkembang karena kelembaban ruangan menjadi media yang digunakan bakteri untuk berkembang. Kepadatan hunian atau tempat tinggal juga memiliki resiko penularan penyakit sangat tinggi, bakteri virus yang tersebar melalui udara masuk melalui pernapasan dari penghuni satu ke penghuni lainnya dengan mudah. Hal ini di dukung oleh penelitian Nurjayanti et al (2022) yang mengatakan bahwa kepadatan hunian, kurangnya ventilasi udara menjadi salah satu faktor penting dalam penularan penyakit. Semakin padat penghuni rumah maka semakin cepat juga penurunan kualitas udara dalam ruang akibat kadar oksigen yang turun sedangkan karbon dioksida meningkat. Apabila karbon dioksida dalam ruangan meningkat dan kualitas udara dalam ruangan menurun sehingga kuman menjadi lebih cepat berkembang biak.

e. Usia

Golongan usia yang rentan terhadap kejadian pneumonia adalah anak-anak <5 tahun dan lansia >60 tahun. Pada anak-anak imunitas tubuh yang masih lemah dan belum terbentuk sempurna sehingga belum mampu untuk melawan mikroorganisme berbahaya yang dapat menyebabkan pneumonia. Selain itu, ada pula golongan usia >60 tahun yang juga beresiko terkenah pneumonia hal ini disebabkan

karena semakin bertambahnya usia sistem imunitas tubuh seseorang semakin menurun untuk melawan mikroorganisme berbahaya. Hal ini di dukung oleh penelitian Gestari et al (2022) dan Yuliza et al (2022) yang juga menjelaskan bahwa ini adalah kelompok usia yang sangat rentan terkenah penyakit infeksi karena berhubungan dengan imunitas tubuh.

5. Patofsiologis

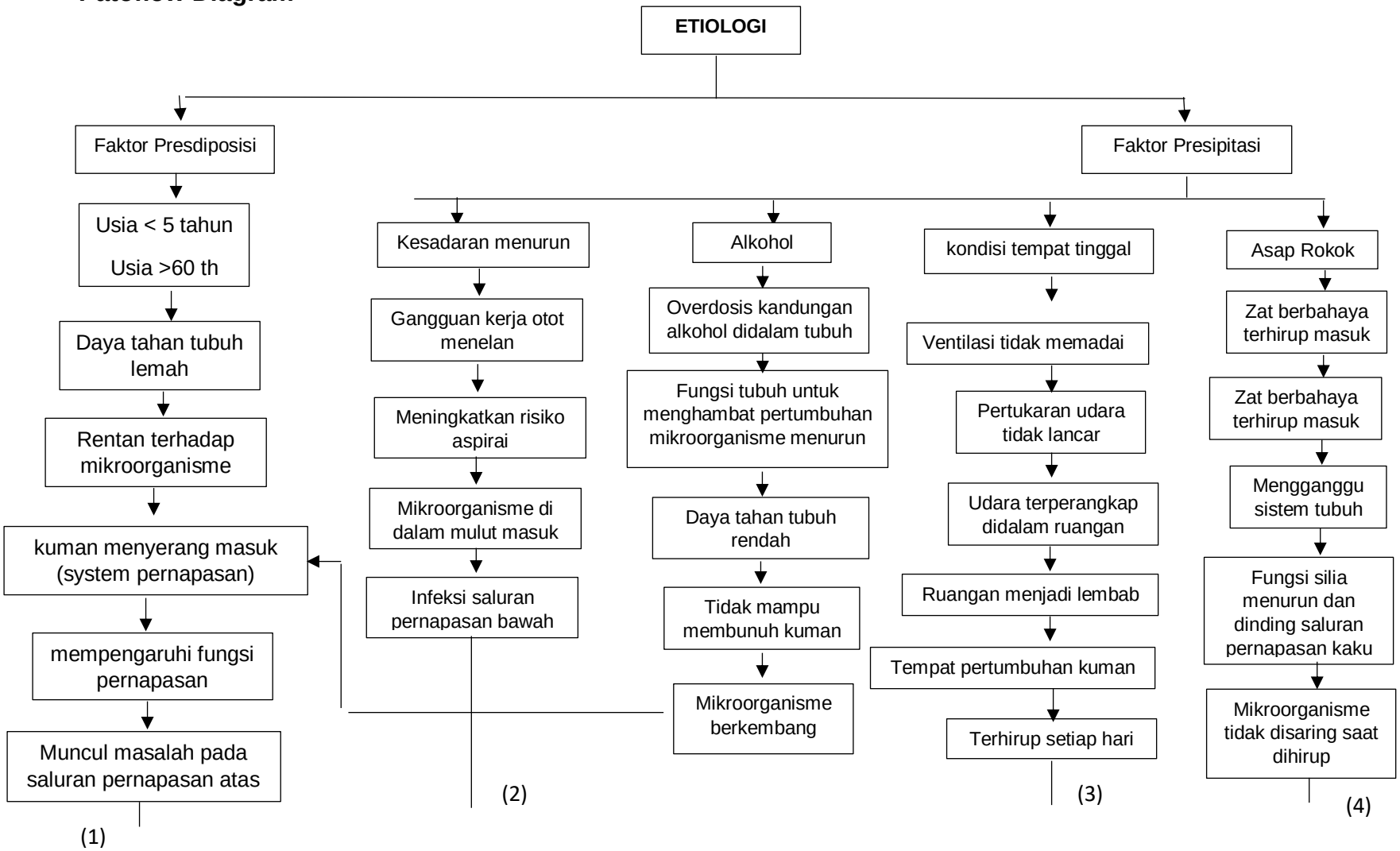
Secara teroritis penyebab terjadinya pneumonia akibat mikroorganisme penyebab terhisap ke paru bagian perifer melalui saluran respiratori.

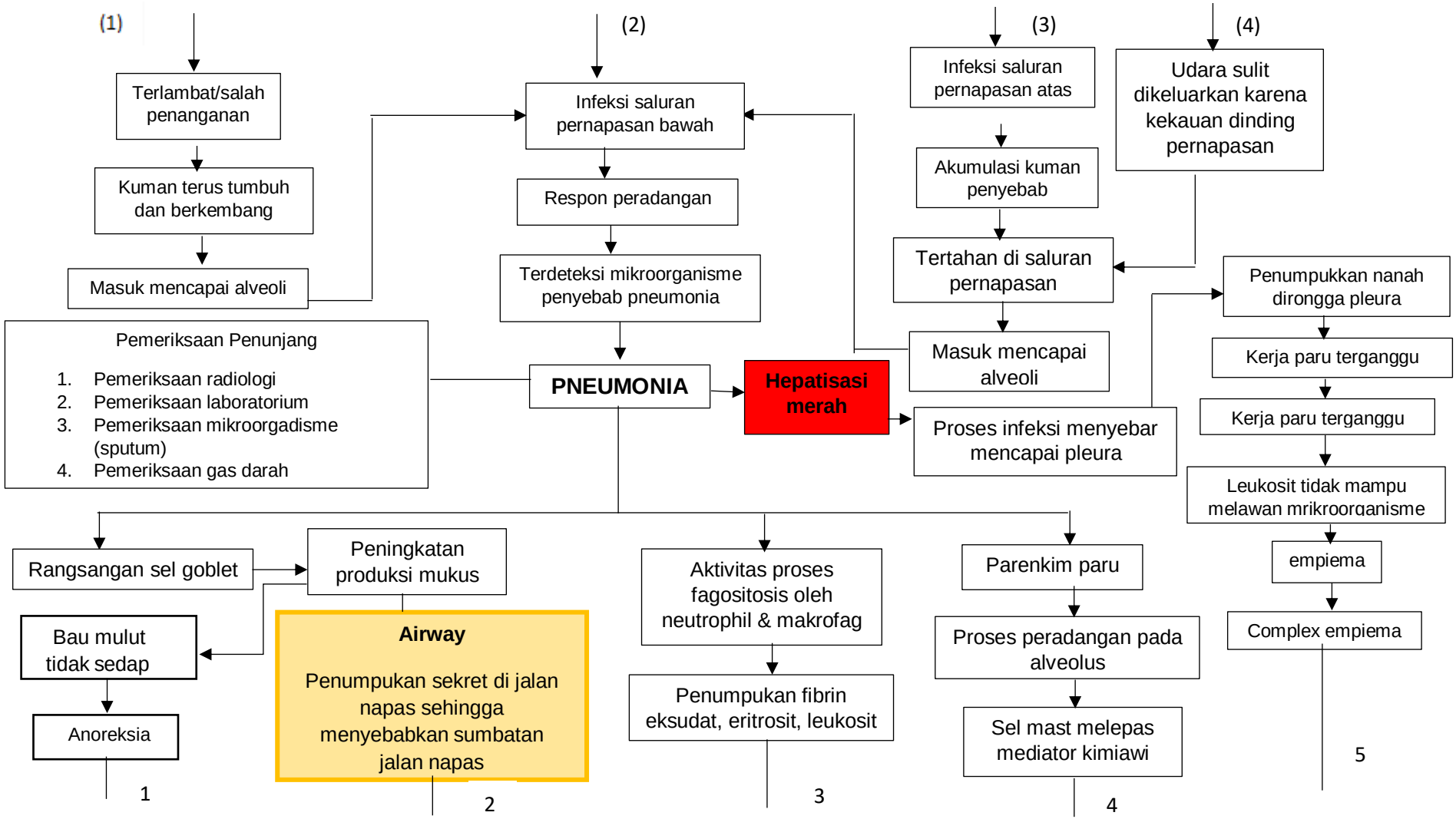
a. Stadium kongesti (4-12 jam pertama)
   Mula-mula terjadi edema akibat reaksi jaringan yang mempermudah proliferasi dan penyebaran kuman ke jaringan sekitarnya.
b. Stadium hepatisasi merah (48 jam berikutnya)
   Bagian paru yang terkena mengalami konsolidasi, yaitu terjadi serbukan fibrin, eritrosit, cairan edema, dan ditemukannya kuman di alveoli..
c. Stadium hepatisasi kelabu (3-8 hari)
   Selanjutnya, deposisi fibrin semakin bertambah, terdapat fibrin dan leukosit di alveoli dan terjadi proses fagositosis yang cepat. Stadium ini disebut.
d. Stadium resolusi (7-11 hari)
   Selanjutnya, jumlah makrofag meningkat di alveoli, sel akan mengalami degenerasi, fibrin menipis, kuman dan debris menghilang.

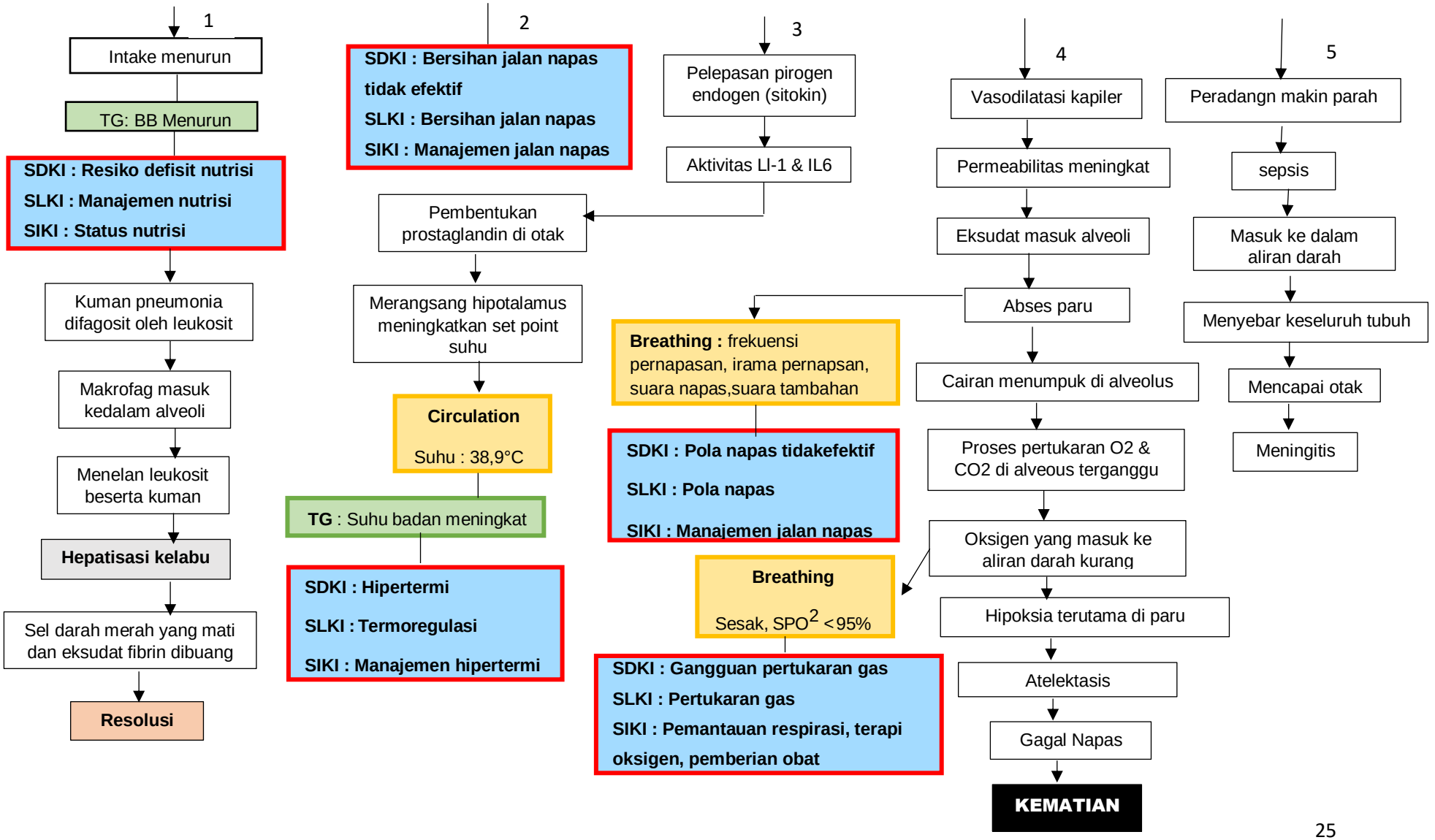
Sistem bronkopulmoner jaringan paru yang tidak terkena akan tetap normal. Apabila kuman patogen mencapai bronkioli terminalis, cairan edema masuk ke dalam alveoli, diikuti oleh leukosit dalam jumlah banyak, kemudian makrofag akan

membersihkan debris sel dan bakteri. Proses ini bisa meluas lebih jauh lagi ke lobus yang sama, atau mungkin ke bagian lain dari paru- paru melalui cairan bronkial yang terinfeksi. Melalui saluran limfe paru, bakteri dapat mencapai aliran darah dan pluro viscelaris. Karena jaringan paru mengalami konsolidasi, maka kapasitas vital dan comliance paru menurun, serta aliran darah yang mengalami konsolidasi, sehingga berakibat pada hipoksia. Kerja jantung mungkin meningkat oleh karena saturasi oksigen yang menurun dan hipertakipnea. Pada keadaan yang berat bisa terjadi gagal nafas akibat dari pengerutan paru karena kekurangan oksigen (Bhardwaj., et al 2023).

Patoflow Diagram




(1)
Terlambat/salah penanganan
Kuman terus tumbuh dan berkembang
Masuk mencapai alveoli
(2)
Infeksi saluran pernapasan bawah
Respon peradangan
Terdeteksi mikroorganisme penyebab pneumonia
(3)
Infeksi saluran pernapasan atas
Akumulasi kuman penyebab
Tertahan di saluran pernapasan
Masuk mencapai alveoli
(4)
Udara sulit dikeluarkan karena kekauan dinding pernapasan
Pemeriksaan Penunjang
1. Pemeriksaan radiologi
2. Pemeriksaan laboratorium
3. Pemeriksaan mikroorgadisme (sputum)
4. Pemeriksaan gas darah
PNEUMONIA
Hepatisasi merah
Proses infeksi menyebar mencapai pleura
Penumpukkan nanah dirongga pleura
Kerja paru terganggu
Kerja paru terganggu
Leukosit tidak mampu melawan mrikroorganisme
empiema
Complex empiema
5
Rangsangan sel goblet
Peningkatan produksi mukus
Bau mulut tidak sedap
Anoreksia
1
Airway
Penumpukan sekret di jalan napas sehingga menyebabkan sumbatan jalan napas
2
Aktivitas proses fagositosis oleh neutrophil & makrofag
Penumpukan fibrin eksudat, eritrosit, leukosit
3
Parenkim paru
Proses peradangan pada alveolus
Sel mast melepas mediator kimiawi
4


1
Intake menurun
TG: BB Menurun
SDKI : Resiko defisit nutrisi
SLKI : Manajemen nutrisi
SIKI : Status nutrisi
Kuman pneumonia difagosit oleh leukosit
Makrofag masuk kedalam alveoli
Menelan leukosit beserta kuman
Hepatisasi kelabu
Sel darah merah yang mati dan eksudat fibrin dibuang
Resolusi
2
SDKI : Bersihan jalan napas tidak efektif
SLKI : Bersihan jalan napas
SIKI : Manajemen jalan napas
Pembentukan prostaglandin di otak
Merangsang hipotalamus meningkatkan set point suhu
Circulation
Suhu : 38,9°C
TG : Suhu badan meningkat
SDKI : Hipertermi
SLKI : Termoregulasi
SIKI : Manajemen hipertermi
3
Pelepasan pirogen endogen (sitokin)
Aktivitas LI-1 & IL6
Breathing : frekuensi pernapasan, irama pernapsan, suara napas,suara tambahan
SDKI : Pola napas tidakefektif
SLKI : Pola napas
SIKI : Manajemen jalan napas
Breathing
Sesak, SPO2 <95%
SDKI : Gangguan pertukaran gas
SLKI : Pertukaran gas
SIKI : Pemantauan respirasi, terapi oksigen, pemberian obat
4
Vasodilatasi kapiler
Permeabilitas meningkat
Eksudat masuk alveoli
Abses paru
Cairan menumpuk di alveolus
Proses pertukaran O2 & CO2 di alveous terganggu
Oksigen yang masuk ke aliran darah kurang
Hipoksia terutama di paru
Atelektasis
Gagal Napas
KEMATIAN
5
Peradangn makin parah
sepsis
Masuk ke dalam aliran darah
Menyebar keseluruh tubuh
Mencapai otak
Meningitis

6. Manifestasi Klinis

Menurut Kemenkes (2023) manifestasi klinis pada pasien penderita pneumonia yaitu :

a. Batuk berdahak produktif atau non-produktif disertai ada sputum purulen berwarna seperti karet bercampur darah kental atau hijau tergantung pada agen penyebab. Kondisi tersebut terjadi karena infeksi dari bakteri, virus dan jamur yang masuk ke saluran pernapasan.
b. Sesak napas akibat dari terganggunya saluran pernapasan terutama bagian alveoli akibta proses infeksi didalam alveoli mengganggu pertukaran oksigen dan karbondioksida serta pembentukkan mucus yang menghambat jalan napas.
c. Demam (38°C sampai 40°C). Hal tersebut terjadi karena adanya infeksi pneumokokus di alveoli karena mikroorganisme mengeluarkan zat pirogenik dan melepaskan endogenus pirogen sehingga terjadi respon hipotalamus.
d. Pemeriksaan foto thorax biasanya terdapat hasil pneumonia dan pemeriksaan laboratorium terdapat peningkatan leukosit tinggi, pemeriksaan LED tinggi, pemeriksaan AGD yang biasanya ditemukan hipoksemia sedang sampai berat, pada beberapa kasus tekanan parsial karbondiaksida (PCO2) menurun dan pada stadium lanjut menunjukkan asidosis respiratorik.
e. Nyeri pada pleuritik yang semakin berat ketika bernapas dan batuk. Hal tersebut adanya nanah dan cairan di alveoli yang menyebabkan nyeri dan membuat terbatasnya oksigen masuk ke paru-paru.
f. Takipnea berat (>24x/menit) dispnea, dan ortopnea ketika disangga. Hal tersebut terjadi dikarenakan adanya penumpukan cairan atau nanah di alveoli sehingga pada penderita pneumonia mengalami sesak napas.

g. Nadi cepat
h. Terjadi sianosis, dikarenakan akibat kekurangan oksigen dalam darah.
i. Nafsu makan menurun, pasien mengalami diaphoresis, dan mudah lelah.
j. Pemeriksaan fisik pada palpasi fremitus dapat mengeras, pada perkusi redup, pada auskultasi terdengar suara napas bronkovesikuler sampai bronkial yang mungkin disertai ronchi basah halus, yang kemudian menjadi ronchi basah kasar pada stadium resolusi.

7. Tes Diagnostik

Pemeriksaan penunjang pada penderita pneumonia menurut Kemenkes (2021) antara lain sebagai berikut :

a. Radiologi. Gambaran radiologis yang dapat menunjang pneumonia komunitas adalah sebagai berikut: konsolidasi, infiltrat, opasitas, nodul, dan penebalan dinding bronkial. Pemeriksaan yang rutin dilakukan adalah radiografi toraks, sedangkan ultrasonografi (USG) dan computed tomography (CT Scan) toraks dilakukan sesuai indikasi.
    1) Radiografi toraks proyeksi posteroanterior (PA) digunakan rutin sebagai pemeriksaan diagnostik awal dan evaluasi terapi jika tidak terjadi perbaikan klinis yang diharapkan atau terjadi perburukan klinis pasien serta identifikasi faktor predisposisi. Apabila klinis membaik dalam 5-7 hari, tidak perlu dilakukan rontgen toraks ulang (rekomendasi kondisional, kualitas bukti rendah).
    2) USG toraks. Dapat dilakukan pada kasus pneumonia komunitas dengan kecurigaan lokasi kelainan di perifer parenkim paru atau komplikasi ekstra paru (contohnya efusi pleura, empiema, pneumotoraks).

3) CT Scan toraks tanpa/dengan kontras merupakan pemeriksaan radiologi dengan akurasi diagnostik tertinggi untuk pneumonia komunitas, dapat dilakukan pada pasien dengan kecurigaan klinis pneumonia tetapi gambaran radiografi toraks yang tidak spesifik, pneumonia berat atau kompleks atau rekuren, gangguan imunitas, tidak merespons terapi yang sudah adekuat, terdapat kecurigaan penyakit lain (contohnya keganasan, TBC paru, penyakit paru interstisial, abses paru). Jika terdapat kecurigaan keganasan, digunakan kontras.

b. Laboratorium. Peningkatan jumlah leukosit berkisar antara 10.000- 40.000/uL, leukosit *polimorfonuklear* dengan banyak bentuk meskipun dapat pula ditemukan leukopenia. Hitung jenis menunjukkan *shift to the left*, dan LED meningkat.

c. Mikrobiologi. Pemeriksaan mikrobiologi diantaranya sputum dan kultur darah untuk mengetahui adanya *streptococcus* pneumonia dengan pemeriksaan koagulasi antigen polisakarida pneumokokus.

d. Pemeriksaan kimia darah. Pemeriksaan hematologi rutin, fungsi ginjal (ureum dan kreatinin), glukosa darah, analisis gas darah dilakukan pada pasien dengan kasus gawat nafas (frekuensi nafas > dari 30 atau SPO2 92% dengan udara ruangan) dan pemeriksaan laktat dapat dilakukan bila terdapat gangguan hemodinamik (tekanan sistolik > dari 100).

8. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis menurut Kemenkes (2021) yaitu:

a. Terapi Farmakologis

1) Terapi antibiotik.

Terapi ini digunakan untuk mengobati infeksi saluran pernapasan.

2) Terapi mukolitik

Membantu mengencerkan sekresi agar dapat diekspetorasikan. Obat ini diberikan pada pasien pneumonia dengan sekresi mukus yang abnormal dan kental. Acetilcystein penggunaannya bersamaan dengan bronkodilator untuk mengurangi dan mengencerkan sekresi.

b. Terapi Non Farmakologis

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, posisi semi fowler $30\text{-}45^0$.

3) Batuk efektif

Tindakan ini perlu dilakukan untuk mengeluarkan sputum yang menumpuk di jalan napas.

9. Komplikasi

Menurut Abdjul & Herlina (2020) komplikasi yang dapat ditimbulkan dari pneumonia apabila tidak dapat ditangani dengan baik :

a. Empiema (peradangan di paru). Empiema kompleks dapat memicu komplikasi berbahaya seperti Sepsis yaitu menyebarnya infeksi ke seluruh jaringan tubuh, paru-paru kolaps (pneumothorax) yaitu mengempisnya sebagian atau seluruh paru-paru akibat penumpukan udara di rongga pleura, penebalan lapisan pleura akibat terbentuknya jaringan ikat

atau fibrosispenyempitan tersebuat mengakibatkan obstruki jalan napas, sesak, sehingga dapat menyababkan berkurangnya elastisitas bronkeolus.

b. Atelektasis. Atelektasis adalah pengerutan sebagai atau seluruh paru-paru atau penyumbatan saluran darah (bronkus dan bronkiolus). Disebabkan karena paru-paru mengalami kondisi pengekrutan oleh penyumbatan saluran udara bronkus dan bronkeolus.
c. Meningitis. Meningitis adalah suatu reaksi peradangan yang terjadi akibat infeksi karena bakteri, virus, maupun jamur pada selaput otak yang ditandai dengan adanya sel darah putih dalam cairan serebrospinal dan menyebabkan perubahan pada struktur otak.
d. Pneumothorax. Udara dari alveolus yang pecah disebabkan karena sumbatan atau peradangan disaluran bronkioli yang membuat udara bisa masuk namun tidak bisa keluar. Lambat laun alveolus menjadi penuh sehingga tak kuat menampung udara dan pecah.
e. Efusi pleura. Efusi pleura adalah suatu keadaan dimana terdapatnya penumpukan cairan dalam pleura berupa transudat atau eksudat.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Konsep dasar keperawatan menurut (Saputri, 2019).

1. Pengkajian

a. Data umum berisi tentang identitas pasien yang meliputi nama, umur, No. RM, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, pekerjaan, status perkawinan, jam datang, jam diperiksa, informasi data pasien.

b. Keadaan umum mengkaji keadaan umum pada pasien dengan pneumonia bilateral yang berada di ruang instalasi gawat darurat yang berisi tentang observasi umum, manajemen pola napas, dan pemeriksaan status ABCDEFG *(Airway, Breathing, Circulation, Disability, dan Exposure, Folley cateter, Gastric tube*).

c. Pengkajian Primer

1) Airway

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

2) *Breathing*

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

3) *Circulation*

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

4) *Disability*

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

5) *Exposure*

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

6) *Folley cateter*

Pada pasien biasanya dilakukan pemasangan kateter atau drainase sementara agar mengurangi aktivitas pasien atau pada pasien yang mengalami kelemahan dan penurunan kesadaran.

7) *Gastric tube*

Pada pasien pneumonia terjadi penurunan nafsu makan.

d. Pengkajian Sekunder

pengkajian sekunder pada pasien pneumonia adalah sebagai berikut:

1) Pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital Hasil observasi tanda-tanda vital pada klien dengan pneumonia biasanya didapatkan peningkatan suhu tubuh secara signifikan, frekuensi napas meningkat dan disertai sesak napas, denyut nadi biasanya meningkat seirama dengan penigkatan suhu tubuh dan adanya sputum di jalan napas.
2) Pemeriksaan *Head To Toe* pemeriksaan fisik dapat terbagi menjadi beberapa bagian yaitu:
   a) Hidung apakah terdapat pernapasan cuping hidung (dypsnea).
   b) Mulut dan bibir biasanya pada pasien dengan pneumonia ditemukan membran mukosa sianosis karena terjadi kekurangan oksigen.
   c) Thorax
      (1) Inspeksi frekuensi pernapasan yang biasanya lebih dari 20 kali per menit, pernapasan dangkal dan cepat.
      (2) Palpasi apakah ada nyeri tekan dan penurunan ekspansi paru.
      (3) Perkusi biasanya ditemukan bunyi redup pada lapang paru.

(4) Auskultasi terdapat bunyi napas tambahan seperti, *rales*, *ronchi, wheezing.*

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul yaitu:

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D.0001).
b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler (D.0003).
c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005).
d. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130).
e. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan menelan makanan (D.0032).

3. Perencanaan Keperawatan

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

   Kriteria hasil : Bersihan jalan napas meningkat

   1) Produksi sputum menurun
   2) Dispnea menurun
   3) Frekuensi napas membaik
   4) Pola napas membaik

   Intervensi : Manajemen Jalan Napas

   1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas).
   2) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronkhi).
   3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma).
   4) Posisikan semi fowler.
   5) Berikan minum air hangat.
   6) Ajarkan teknik batuk efektif.

7) Kolaborasi pemberian bronkodilator

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

Kriteria hasil : Pertukaran gas meningkat

Intervensi : Pemantauan respirasi

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
2) Monitor pola napas
3) Monitor kemampuan batuk efektif
4) Monitor adanya produksi sputum
5) Auskultasi bunyi napas
6) Monitor saturasi oksigen
7) Monitor nilai AGD
8) Monitor hasil x-ray thorax
9) Dokumentasikan hasil pemantauan
10) Informasikan hasil pemantauan

c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (C.0005)

Kriteria hasil : Pola napas membaik

1) Dispnea menurun
2) Penggunaan otot bantu napas menurun
3) Pernapasan cuping hidung menurun
4) Frekuensi napas membaik
5) Kedalaman napas membaik

Intervensi : Manajemen jalan napas

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
2) Monitor bunyi napas tambahan
3) Monitor sputum
4) Posisikan semi fowler
5) Berikan oksigen
6) Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi

7) Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu

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

Kriteria hasil : Termoregulasi membaik

1) Menggigil menurun
2) Suhu tubuh membaik
3) Suhu kullit membaik

Intervensi : Manajemen hipertermia

1) Identifikasi penyebab hipertermia
2) Monitor suhu tubuh
3) Monitor kadar elektrolit
4) Berikan cairan oral
5) Anjurkan tirah baring
6) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

e. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan menelan makanan (D.0032).

Kriteria hasil :

1) Nafsu makan cukup meningkat
2) Berat badan atau IMT cukup meningkat
3) Frekuensi makan cukup meningkat

Intervensi : Manajemen Nutrisi

1) Identifikasi status nutrisi
2) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
3) Monitor asupan makanan
4) Monitor berat badan
5) Lakukan oral hygine sebelum makan, jika perlu
6) Ajarkan diet yang diprogramkan
7) Anjurkan posisi duduk, jika perlu
8) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

4. Diascharge planning

Menurut Mustikasari (2020), setelah pasien pulang, perawat perlu memberikan penjelasan mengenai tindakan apa yang harus dilakukan saat pulang, yaitu:

a. Jelaskan kepada keluarga pasien tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta penanggulangan awal tentang penyakit pneumonia.
b. Hindari asap rokok, polusi udara, dan debu karena memperlemah kondisi saluran napas. Ubah kondisi ventilasi rumah agar proses pertukaran udara lancar.
c. Instruksikan pasien untuk makan makanan yang bergizi dan seimbang selama proses pemulihan.
d. Instruksikan pasien untuk patuh pada pengobatan dan melakukan kontrol sesuai dengan yang dijadwalkan. Dengan adanya kontrol ulang akan lebih mudah mengetahui perkembangan kesehatan, serta menjaga timbulnya komplikasi.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Seorang wanita berusia 28 tahun masuk Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar pada tanggal 27 April 2024 dengan diagnosis medik penumonia dengan keluhan utama sesak napas. Saat pengkajian keluhan yang dialami pasien adalah sesak napas dirasakan sejak ±12 jam yang lalu dan semakin memberat sejak 2 jam yang lalu disertai dengan batuk berlendiri non-produktif, tubuh pasien teraba hangat, pasien juga tampak lemah, tampak pucat, mata cekung, sclera tidak anemis, nadi teraba kuat, tampak irama pernapasan dalam, terdengar suara napas bronkho-vesikuler, disertai suara napas tambahan rales, perkusi thoraks redup. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 178/120 mmHg, nadi 145x/menit, pernapasan 51x/menit, suhu 38°C, SpO_2 80%. Hasil pemeriksaan darah rutin didapatkan WBC : 14,60 10^3/uL, Neut# : 11,30 10^3/uL. Pada hasil pemeriksaan foto thoraks didapatkan kesan pneumonia bilateral. Adapun terapi yang diberikan pada pasien yakni pemberian posisi semi fowler, terapi oksigen dengan non-rebreathing mask 15 liter/menit, terapi cairan RL 500 ml dengan pemberian 20 tetes permenit, dan terapi furosemide 20mg/2ml 2 ampul, methylprednisolone 62,5 mg/vial, ranitide 25mg/ml, levofloxacin 750mg/100ml, ibuprofen 400mg/oral dan dilakukan pemasangan kateter urine. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.A, penulis menerapkan dua diagnosis keperawatan yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.

B. Pengkajian

1. Identitas Pasien

a. Nama pasien : Ny.A
b. Umur : 28 tahun
c. Jenis kelamin : Perempuan
d. Tanggal/Jam masuk RS : 27-04-2024/ 07.00wita
e. Tanggal/jam pengkajian : 27-04-2024/ 07.05wita
f. Diagnosa Medis : Pneumonia

2. Pengkajian

a. Keadaan Umum

Tampak pasien lemah, sesak napas disertai batuk, tampak pasien diantar oleh keluarga masuk ke IGD dan didorong dengan menggunakan kursi roda.

b. Triage

□Prioritas 1 ☑Prioritas 2 □Prioritas 3 □Prioritas 4 □Prioritas 5

Alasan : Pasien tampak sesak napas SPO2 80%, tingkat kesadaran menurun (apatis) GCS 13, pasien tampak lemah.

c. Penanganan yang telah dilakukan di pre-hospital

☑ Tidak ada □Neck-collar □Bidai □Oksigen □Infus □RJP □Lainnya

d. Keluhan utama : Sesak Napas

Riwayat keluhan utama :

Keluarga mengatakan pasien mengalami sesak napas dirasakan sejak ±12 jam yang lalu dan semakin memberat sejak 2 jam yang lalu. Pasien mengatakan sesak disertai batuk berlendir non produktif. Karena melihat kondisi pasien yang semakin memburuk sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke IGD Rumah Sakit Bhayangkara.

e. Riwayat penyakit terdahulu :

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit.

f. Survey primer

1) Airway* dan *Control cervikal

☑Paten

☐Tidak paten

☐Benda asing

☐Sputum

☐Cairan/darah

☐Lidah jatuh

☐Spasme

☐Lainnya: -

FrakturFraktur Servikal

☐Ya

☑Tidak

Data lainnya: -

Suara Napas:

☑Normal

☐Stridor

☐Snoring

☐Gurgling

☐Tidak ada suara napas

☐Lainnya

2) Breathing

Frekuensi pernapasan : 51 x/menit

Saturasi Oksigen : 80%

☐Napas spontan

☐Apnea

☑Orthopnue

☐Sesak

Tanda distres pernapasan:

☐Retraksi dada/interosta

☑Penggunaan otot bantu napas

☐Cuping hidung

Vokal premitus:

Teraba pada kedua lapang paru sama getarannya.

Irama pernapasan

☐Teratur

☐Tidak teratur

☑Dalam

☐Dangkal

Pengembangan Dada

☑Simetris

☐Tidak Simetris

Suara Napas

☐Vesikular

☑bronko-vesikular

☐Bronkhial

Jejas

☐Ya

☑Tidak

Lokasi: -

Suara Tambahan

☐Wheezing

☐Ronchi

☑Rales: Kedua lapang paru

☐lainnya: -

Perkusi

☐Sonor

☐Pekak

☑Redup

Lokasi: Kedua lapang paru

Krepitasi

☐Ya

☑Tidak

Luka/Fraktur

☐Ya

☑Tidak

Data lainnya:

- Pasien mengatakan bertambah sesak jika tidur terlentang dan posisi kepala rendah.

3) Circulation

Tekanan darah : 178/120 mmHg

Suhu : 38,0℃

Frekuensi nadi : 145 x/menit

☐Tidak teraba

☑Kuat

☐Lemah

☐Teratur

☐Tidak teratur

Mata cekung

☐Ya

☑Tidak

Turgor Kulit

☑Elastis

☐Menurun

☐Buruk

Bibir

☑Lembab

☐Kering

Nyeri dada

☑Tidak

☐Ya

Keterangan : -

Kulit dan ekstremitas

☑Hangat

☐Dingin

☐Sianosis

☐Pucat

☐CRT >2 detik

☐Edema

Lainnya: -

Diaphoresis

☐Ya

☑Tidak

Perdarahan

☐ Ya

☑Tidak

Data lainnya:

1. Keluarga pasien mengatakan pasien mulai demam di alami sejak ± 2 jam lalu.
2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak diberikan obat penurun panas di rumah.

4) Disability

Tingkat Kesadaran GCS

Kualitatif : Apatis

Kuantitatif : M: 6

V: 4

E: 3

∑: 13

Pupil

☑Isokor

☐Anisokor

☐Midriasis

Refleks cahaya

☑Positif

☐Negatif

Kaku Kuduk

☐Ya

☑Tidak

Uji Kekuatan Otot:

	Kiri	Kanan
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Kesimpulan: kekuatan otot penuh

Data lainnya:-

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

☑Tidak ditemukan masalah

☐Luka

☐Jejas

Data lainnya:-

6) Foley chateter

☑Terpasang, Output: 500 cc / 6 jam

Warna: Kuning

☐Tidak terpasang

7) Gastric Tube

☐Terpasang, Output : -

Warna: -

Lainnya: -

☑Tidak terpasang

g. *Survey* Sekunder (Dilakukan jika *survey* primer stabil):

Riwayat kesehatan *SAMPLE*:

S: *Symptomp*

Keluarga mengatakan pasien mengalami sesak napas dirasakan sejak ±12 jam yang lalu dan semakin memberat sejak 2 jam yang lalu. Pasien mengatakan sesak disertai batuk berlendir non produktif. Keluarga juga mengatakan pasien mulai demam ± 2 jam yang lalu.

A: *Alert*

Keluarga mengakan pasien tidak mempunyai alergi baik makanan maupun obat-obatan.

M: *Medikasi*

Keluarga pasien mengatakan pasien sedang mengonsumsi obat kapsul gabus untuk membantu mengeringkan luka bekas operasi caesar pasien dan obat penghilang nyeri.

P: *Past medical history*

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit dengan pengobatan yang lama.

L: *Last oral intake*

Keluarga pasien mengatakan pasien sebelum masuk rumah sakit makan bubur, telur serta minum air putih.

E: *Event*

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas dirasakan sejak ±12 jam yang lalu dan semakin memberat sejak 2 jam yang lalu.

Tanda-Tanda Vital:

Tekanan darah	: 178/120 mmHg
Nadi	: 145 x/menit
Frekuensi pernapasan	: 51 x/menit
Suhu	: 38℃
Saturasi Oksigen	: 80%

Pengkajian nyeri (selain nyeri dada)

☑Tidak ada

☐Ya. Jelaskan:-

Pengkajian Psikososial:

☑Tidak ada masalah	☐Merasa bersalah
☐Cemas	☐Merasa putus asa
☐Panik	☐Perilaku agresif
☐Marah	☐Menciderai diri
☐sulit berkonsentrasi	☐Menciderai orang lain
☐Tegang	☐Keinginan bunuh diri
☐Takut	☐Lainnya:
☐Merasa sedih	

Pengkajian *head to toe:*

1. Keadaan rambut: tampak keadaan rambut bersih, tidak ada rambut rontok dan tidak beruban.
2. Hidrasi kulit: tampak hidrasi kulit kembali dalam <3 detik.
3. Palpebra: Tidak tampak edema pada palpebra
4. Konjungtiva: tampak konjungtiva tidak anemis
5. Sclera: tampak sklera tidak ikterik kiri dan kanan
6. Pupil: Tampak pupil isokor

7. Hidung: Tampak hidung bersih, septum terletak ditengah. Tidak ada sekret, tidak ada polip.
8. Ronggang mulut: Tampak bersih, tidak ada gigi yang tanggal
9. Telinga: Tampak bersih tidak ada serumen, tidak ada peradangan
10. Lidah: Tampak lidah pasien kotor seperti ada lapisan putih
11. Pharing: Tampak tidak ada peradangan pada pharing
12. Kelenjar getah bening: Tampak tidak ada pembengkakan pada kelenjar getah bening
13. Abdoment:
    a. Inspeksi: Tampak perut datar, tidak ada pembesaran
    b. Palpasi: Tidak teraba benjolan dan nyeri perut
    c. Perkusi: Terdengar bunyi tympani
    d. Auskultasi: peristaltik usus 10 x/menit
14. Palpasi kandung kemih: Teraba kosong
15. Nyeri ketuk ginjal: Tidak ada nyeri ketuk ginjal
16. Mulut uretra: Tampak bersih, tidak ada peradangan
17. Lengan dan tungkai:
    a. Atrofi otot: Negatif
    b. Rentan gerak:
       Kaku sendi: Tidak ada
       Nyeri sandi: Tidak ada
       Fraktur: Tidak ada
       Parese: Tidak ada
       Paralisis: Tidak ada
18. Kulit:
    a. Edema: Tampak tidak ada edema pada kedua kaki dan wajah
    b. Icterik: Tampak tidak ikterik
    c. Tanda-tanda peradangan: Tidak ada

19. Lesi: Tampak tidak ada lesi
20. Jantung:
    a. Inspeksi: Tidak tampak ictus cordis
    b. Palpasi Ictus cordis : Teraba ICS V mid clavicularis sinistra
    c. Perkusi
       Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra
       Batas bawah jantung : ICS V mid clavicularis sinistra
       Batas kanan jantung : ICS III linea sternalis dextra
       Batas kiri jantung : Linea mid axilaris anterior sinistra
    d. Auskultasi
       Bunyi jantung II A : Terdengar bunyi tunggal
       Bunyi jantung IIP : Terdengar bunyi tunggal
       Bunyi jantung I T : Terdengar bunyi tunggal
       Bunyi jantung I M : Terdengar bunyi tunggal
       Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar
       Mur-mur : Tidak Terdengar

Uji saraf kranial

a. N I (Olfactorius) : Tidak dikaji
b. N II (Opticus) : Tidak dikaji
c. N III, IV, VI (Oculomotorius, trochlearis, abdusens)
   Kanan : Respon pupil positif kiri dan kanan
   Kiri : Tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya
d. N V (Trigeminus)
   Sensorik : Tidak dikaji
   Motoric : tidak dikaji
e. N VII (facialis)
   Sensorik : Tidak dikaji
   Motorik : Tidak dikaji

f. N VIII (Bunyi jantung vestibulo acustikus)
   Vestibularis : Tidak dikaji
   Akustikus : Tidak dikaji
g. N IX (Glosopharyngeus): Tidak dikaji
h. N X (Vagus) : pasien mampu menelan
i. N XI (Accesorious): Tidak dikaji
j. N XII (Hypoglossus): Tidak dikaji

h. Pemeriksaan Penunjang

1) Elektrokardiogram (EKG)
   Tanggal pemeriksaan: 27 April 2024
   Kesan: *Sinus rhytm*
2) Foto rontgen
   Tanggal pemeriksaan: 27 April 2024
   Kesan: Pneumonia bilateral
3) Laboratorium
   Tanggal pemeriksaan: 27 April 2024

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujuk
WBC	14,60	10^3/uL	4.60 - 10.20
Neut#	11,30	10^3/uL	1.30 - 7.00
Lymph#	2.50	10^3/uL	1.00 - 3.70
MXD#	0.8	10^3/uL	
Neut%	77.5	%	37.0 - 80.0
Lymph%	16.8	%	10.0 - 50.0
RBC	4.41	10^6/uL	0.0 - 72.0
HGB	13.2	g/dL	12.2 - 18.1
HCT	38,2	%	37.0 - 53.7
MCV	86,6	Fl	80.0 - 97.0
MCH	29.9	Pg	26.0 - 31.1
MCHC	34,6	g/Dl	31.8 - 35.4
PLT	335	10^3/Ul	150 – 450

RDW-SD	50,2	fL	37.0 - 54.0
DW-CV	15,6	%	11.5 - 14.5
PDW	16,6	Fl	9.0 - 13.0
MPV	11,4	Fl	7.2 - 11.1
P-LCR	36,9	%	- 25.0

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

1) Methylprednisolone 62,5mg/12 jam/IV
2) Furosemide 40 mg/12 jam/IV
3) Ranitide 25mg/8 jam/IV
4) Levofloxacin 750mg/24 jam/ IV
5) Ibuprofen 400mg/8 jam/ Oral

j. Terapi Lainnya

1) Cairan RL 500cc / 20tpm
2) Oksigen NRM 15L/menit

Nama Mahasiswa yang mengkaji	NIM	TTD
Rispiana	NS2314901103	
Ruth Gimel Randongkir	NS2314901104	

C. Identifikasi Masalah

Nama/ Umur : Ny A /28 Thn

Ruang/Kamar : IGD/Resusitasi

NO	Data	Etiologi	Masalah
1.	Data Subjektif; - Keluarga mengatakan pasien mengalami sesak napas dirasakan sejak ±12 jam yang lalu dan semakin memberat sejak 2 jam yang lalu. - Pasien mengatakan sesak disertai batuk berlendir non produktif Data Objektif : - KU Lemah - Tampak pasien sesak disertai batuk berlendir non produktif - Tampak penggunaan otot bantu napas - Terdengar suara napas rales pada kedua lapang paru - Perkusi dada : Redup - Pernapasan: 51x/menit - SPO2: 80% - Foto torax Kesan : pneumonia bilateral	hambatan upaya napas.	Pola napas tidak efektif
2.	Data Subjektif ; - Keluarga pasien mengatakan pasien demam di alami sejak ±2 jam yang lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak diberikan obat penurun panas di rumah . Data Objektif ; - Kulit pasien teraba hangat - Suhu tubuh 38℃ - Pernapasan : 51 x/menit - Nadi : 145 x/menit - Hasil Lab WBC: 14.60 Neut#: 11.30	Proses penyakit	Hipertermia

D. Diagnosis Keperawatan

Nama/Umur : Ny.A/28 Thn

Ruang/Kamar : IGD/Resusitasi

NO	Diagnosa Keperawatan
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dypsnea, penggunan otot bantu pernapasan, takipnea (D.0130)
2	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal, kulit teraba hangat (D.0005)

E. Perencanaan Keperawatan

Nama/Umur : Ny.A/28 tahun

Ruang/Kamar : IGD/Resusitasi

NO	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Hasil yang diharapkan (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dypsnea, penggunan otot bantu pernapasan, takipnea (D.0130)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 6 jam maka diharapkan pola napas membaik ((L.01004), dengan kriteria hasil : a. Dispnea cukup menurun. b. Penggunaan otot bantu napascukup menurun. c. Frekuensi napas cukup membaik	**Manajemen jalan napas (I.01011)** Observasi : • Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). Terapeutik : • Posisikan semi fowler. • Berikan oksigen. Edukasi : • Ajarkan teknik batuk efektif. Kolaborasi : • Kolaborasi bronkodilator.

2.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal, kulit teraba hangat (D.0005)	Setelah dilakukan intervensi Keperawatan selama 1 x 6 jam maka diharapkan termoregulasi membaik (L.14134), dengan kriteria hasil : a. Suhu tubuh cukup membaik b. Suhu kulit cukup membaik	**Manajemen Hipertermia (I.15506)** Observasi: • Monitor suhu tubuh Terapeutik: • Sediakan lingkungan yang dingin Edukasi • Anjurkan tirah baring Kolaborasi • Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu • Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu

F. Pelaksanaan Keperawatan

Nama/Umur: Ny.A/28 tahun

Ruang/Kamar: IGD/Resusitasi

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	perawat
27/4/2024	I	07.05	- Memberikan posisi semi fowler Hasil : Pasien mengatakan nyaman namun masih sesak.	Ruth
	I	07.06	- Memberikan terapi oksigen Hasil : tampak pasien terpasang oksigen NRM sebanyak 15 liter.	Ruth
	II	07.15	- Berikan cairan dan elektrolit Hasil : Tampak pasien terpasang infus dengan cairan RL 500 ml/ 20 tetes per menit.	Rispiana
	I&II	07.17	- Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Methylprednisolone 62,5mg/iv - Furosemide 40 mg/iv - Ranitide25mg/iv - Ibuprofen 400mg/oral. - Levofloxacin 750mg/iv	Ruth
	II	07.20	- Menyediakan lingkungan yang dingin Hasil: Tampak ac ruangan menyala, suhu 16^0	Rispiana
	I	07.22	- Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil: pasien mampu melakukan teknik batuk efektif	Ruth
	II	07.25	- Menganjurkan pasien tirah baring Hasil: Tampak pasien berada diatas tempat tidurnya	Ruth
	I	08.00	- Memonitor pola napas Hasil:	

			- Pasien mengatakan masih merasa sesak - Pasien mengatakan masih mengalami batuk berlendir non-produktif - RR 40x/menit - SPO2 88% - Suara napas rales	Rispiana
	II	10.00	- Monitor suhu tubuh pasien Hasil: - Keluarga pasien mengatakan demam pasien sudah mulai turun - Tubuh pasien masih sedikit teraba hangat - Suhu 37,8℃	Rispiana
		14.05	- Pasien dibawah ke ruang ICU	Ruth & Rispiana

G. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny.A/28 tahun

Ruang/Kamar : IGD/Resusitasi

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi SOAP	TTD
27/04/2024 (13.40)	I	S: - Pasien mengatakan masih merasa sesak - Pasien mengatakan masih mengalami batuk berlendiri non-produktif O: - Tampak KU lemah - Tampak pasien sesak disertai batuk berlendir non-produktif - Tampak penggunaan otot bantu napas - Frekuensi napas 40x/menit - SPO2: 88% - Suara napas rales A: Pola napas belum membaik P: Lanjutkan intervensi di ruangan ICU	
27/04/2024 (13.45)	II	S: - Keluarga pasien mengatakan demam pasien sudah mulai turun O: - Tubuh pasien masih sedikit teraba hangat - Suhu tubuh 37,8℃ A: Termoregulasi mulai membaik P: Lanjutkan intervensi di ruangan ICU	

DAFTAR OBAT

1. Nama obat: Furosemide
    a. Klasifiikasi / golongan obat: Golongan diuretik
    b. Dosis umum: 20 mg / 2 ml / IV
    c. Dosis untuk pasien: 20mg/IV
    d. Mekanisme kerja dan funsi kerja obat: Obat untuk mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh atau edema. Obat yang termasuk ke dalam kelompok diuretik ini juga bisa digunakan untuk mengatasi tekanan darah tinggi atau hipertensi. 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.
    e. Alasan pemberian: Untuk membantu mengikat cairan disaluran pernapasan dan menurunkan tekanan darah pasien yang diatas nilai normal.
    f. Kontra indikasi: Hipersensitivitas terhadap furosemid dan sulfonamide, anuria (tidak dapat berkemih) atau gagal ginjal, penyakit Addison, hipovolemia atau dehidrasi dan Koma akibat sirosis hati.
    g. Efek samping: Efek samping yang mungkin timbul setelah menggunakan furosemide antara lain: Pusing, sakit kepala, mual dan muntah, diare dan penglihatan buram.

2. Nama obat : Ranitidine
    a. Klasifikasi / golongan obat : Golongan antihistamin
    b. Dosis Umum: Untuk mengobati maag : 75 mg satu kali / hari, dikonsumsi 30 – 60 menit sebelum makan, untuk mengobati tukak lambuang 150 mg dua kali / hari.
    c. Dosis untuk pasien: 20 mg/ 8 jam/IV
    d. Cara pemberian obat: Intravena

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Fungsi dari ranitidin adalah obat untuk mengatasi dan mencegah rasa panas perut, maag, dan produksi asam pada lambung yang berlebihan.
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengatasi asam yang berlebihan pada lambung akibat pemberian obat lainnya
g. Kontra indikasi: Pasien riwayat hipersensitive terhadap ranitidin
h. Efeksamping: Sakit kepala, sulit buang air besar, mual, nyeri perut, gatal – gatal pada kulit.

3. Nama obat: Methylpredisolone
   a. Klasifikasi / golongan obat: Golongan glukokortikoid yang memiliki efek antiinflamasi dan imunosupresan
   b. Dosis obat:
      1) Sediaan Oral

         Pada dewasa dapat diberikan dalam dosis awal 2-60 mg/hari dalam 1-4 dosis terbagi, tergantung pada penyakit yang sedang diobati.

         Pada anak dapat dimulai dengan dosis 0,5-1,7 mg/kg/hari atau 5-25 mg/m2/hari dalam dosis terbagi setiap 6-12 jam. Dapat pula digunakan secara *pulse therapy* dalam dosis 15-30 mg/kg/dosis diberikan sekali sehari selama 3 hari.

      2) Sediaan Intravena

         Pada dewasa dapat diberikan dalam dosis 10-500 mg/hari. Dosis 250 mg diberikan secara injeksi selama minimal 5 menit, sedangkan dosis di atas 250 mg diberikan perlahan selama minimal 30 menit.

         Pada anak diberikan dalam dosis 0,5-1,7 mg/kg/hari atau 5-25 mg/m2/hari dalam dosis terbagi setiap 6-12 jam. Dapat pula digunakan secara *pulse therapy* dalam dosis 15-30

mg/kg/dosis selama 30 menit, diberikan sekali sehari selama 3 hari.

3) Injeksi Intramuskuler

Pada dewasa dapat diberikan 10-80 mg sekali sehari untuk injeksi intramuskuler.

Pada anak, dosis 0,5-1,7 mg/kg/hari atau 5-25 mg/m2/hari dalam dosis terbagi setiap 6-12 jam. Dapat pula digunakan secara *pulse therapy* 15-30 mg/kg/dosis, diberikan sekali sehari selama 3 hari.

c. Dosis untuk pasien : 62,5 mg / 12 jam
d. Cara pemberian obat : Intravena
e. Mekanisme kerja/ fungsi obat: Methylprednisolone adalah obat untuk meredakan peradangan pada berbagai kondisi, termasuk radang sendi, radang usus, asma, psoriasis, lupus, hingga multiple sclerosis. Obat ini juga digunakan dalam pengobatan reaksi alergi yang parah.
f. Alasan pemberian: Kortikosteroid dosis sedang melalui intravena dapat menumpulkan respon sistemik sitokin pro-inflamatorik pada sepsis berat dan inflamasi paru pada pneumonia berat dan cidera paru akut.
g. Kontra indikasi: Pada pasien hipersensitivitas dan penggunaan pada pasien yang akan melakukan vaksinasi virus hidup.
h. Efek samping: Berikut efek samping secara umum, yaitu sakit kepala, mual dan muntah, naiknya berat badan, rasa bingung, gelisah, bengkak pada pergelangan kaki atau tangan, masalah kulit, jerawat atau kulit tipis, tekanan darah tinggi, lemah otot, depresi, tekanan darah tinggi.

4. Nama Obat: Levofloxacin
    a. Klasifikasi/ golongan obat: Merupakan obat antibiotik golongan fluorokuinolon.
    b. Dosis umum: Dewasa**:** 500 mg, 1–2 kali sehari, selama 7–14 hari.
    c. Dosis untuk pasien: 750 mg/ 24 jam
    d. Cara pemberian: Intravena
    e. Mekanisme kerja/ fungsi obat: Levofloxacin bekerja dengan cara menghambat enzim yang diperlukan oleh bakteri untuk memperbanyak diri. Hasilnya, pertumbuhan bakteri bisa dihambat dan sistem kekebalan tubuh dapat membunuh bakteri yang tersisa.
    f. Alasan pemberian: Mempunyai spektrum luas, aktif terhadap bakteri gram negatif maupun positif dengan mekanisme kerja menghambat bakteri topoisomerase IV dan DNA-girase, enzim yang diperlukan untuk replikasi DNA, transkripsi, perbaikan, rekombinasi dan transposisi, sehingga menghambat relaksasi DNA superkoil dan kerusakan untai DNA bakteri.
    g. Kontra indikasi: Hipersensitif terhadap levofloxacin atau kuinolon lainnya, epilepsy, riwayat gangguan tendon akibat penggunaan fluoroquinolon, anak-anak dan remaja, wanita hamil dan menyusui.
    h. Efek samping: Efek samping yang bisa terjadi setelah menggunakan levofloxacin, yaitu mual, muntah, dispepsia, nyeri perut, diare atau malah sembelit, pusing, sakit kepala, gangguan tidur, misalnya insomnia atau sering bermimpi buruk.

5. Nama obat: ibuprofen
    a. Klasifikasi/ golongan obat: Ibuprofen merupakan obat golongan obat anti inflamasi non steroid (OAINS) yang digunakan untuk mengurangi nyeri seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri haid, nyeri otot, atau arthritis.
    b. Dosis obat:

Berikut adalah pembagian dosis ibuprofen tablet sesuai kondisi yang ingin diatasi:

Kondisi**:** Nyeri dan demam.

Dewasa dan anak-anak usia >12 tahun: 200–400 mg, tiap 4–6 jam, sekali sesuai kebutuhan. Dosis maksimal 1.200 mg per hari.

Anak-anak ≥6 bulan sampai ≥12 tahun: 4–10 mg/kgBB per hari, tiap 6–8 jam sekali. Dosis maksimal adalah 40 mg/kgBB per hari.

Kondisi**:** Radang sendi

Untuk meredakan nyeri ringan pada radang sendi, dosisnya adalah 200–400 mg, tiap 4–6 jam, sesuai kebutuhan. Dosis maksimal 1.200 mg per hari.

Untuk meredakan gejala radang dan nyeri akibat rheumatoid arthritis dan osteoarthritis, dosisnya adalah 1.200–3.200 mg per hari yang dibagi dalam 3–4 kali pemberian. Dosis maksimal 3.200 per hari.

Untuk meredakan gejala juvenile idiopathic arthritis, dosis anak-anak ≥1 tahun adalah 30–50 mg/kgBB per hari yang dibagi dalam 4 kali jadwal konsumsi.

Kondisi**:** Nyeri haid atau dismenore.

Untuk meredakan nyeri haid dosisnya adalah 200–400 mg, tiap 4–6 jam, sesuai kebutuhan.

c. Dosis untuk pasien: 1 tablet 400mg
d. Cara pemberian: Oral
e. Mekanisme kerja/ fungsi obat: Ibuprofen bekerja dengan cara menghambat pembentukan prostaglandin, yaitu zat kimia yang memicu timbulnya tanda dan gejala radang, termasuk nyeri, bengkak, atau demam, saat tubuh mengalami luka.

f. Alasan pemberian: Membantu menurunkan demam pasien serta meredakan nyeri
g. Kontra indikasi: Hipersensitivitas terhadap ibuprofen, riwayat reaksi hipersensitivitas terhadap aspirin dan NSAID lainnya, tukak lambung, pendarahan, penyakit jantung berat.
h. Efek samping: Beberapa efek samping yang dapat terjadi setelah menggunakan obat ini, yaitu perut kembung, mual dan muntah, diare atau malah sembelit, sakit maag, pusing, sakit kepala.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Dalam pembahasan ini, secara singkat penulis menguraikan tentang kesengajaan-kesengajaan antara teoritis dan tinjauan kasus yang ditemui pada pasien Ny.A dengan diagnosa medis pneumonia di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS Bhayangkara Makassar. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber yaitu pasien dan keluarga. Selain itu penulis melakukan observasi langsung, melihat catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang. Bedasarkan pengkajian di dapatkan data Ny.A usia 28 tahun dengan diagnosa medis pneumonia. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas sejak ± 12 jam yang lalu dan memberat 2 jam lalu. Keluarga juga mengatakan pasien mengalami demam sejak ± 2 jam yang lalu dan keluarga belum memberikan obat penurun panas dirumah. Dari hasil pengkajian didapatkan GCS 13 pasien M6V4E3, kesadaran apatis. pasien tampak lemah, ekstemitas teraba hangat , tampak pucat, mata cekung , sclera anemis, nadi teraba kuat, pasien batuk non produktif dan sesekali mengeluh nyeri dada. Hasil observasi tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 178/120mmHg, Nadi 145x/menit, pernapasan 51x/menit, suhu 38ºc dan SPO2 80%,

pemeriksaan lain yang didapatkan foto thorax kesan pneumonia bilateral, pemeriksaan lab didapatkan WBC 14.60, Neutrofil 11.30. Informasi lain yang diperoleh dari pasien yakni ayah serta suami pasien merupakan seorang perokok aktif, selain itu kondisi tempat tinggal pasien yang merupakan lokasi padat penduduk dan kurangnya ventilasi dirumah serta pencahayaan yang kurang.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut ditemukan factor resiko penyebab pneumonia yaitu asap rokok, ventilasi rumha, lokasi tempat tinggal, serta pencahayaan yang kurang. Menurut Nurjayanti et al (2022) terdapat faktor resiko yang menyebabkan pneumonia yaitu asap rokok, kepadatan hunian, ventilasi rumah. Asap rokok sangat membahayakan baik untuk perokok aktif maupun perokok pasif. Asap rokok mengandung berbagai zat kimia yang membahayakan saluran pernapasan, asap rokok mempengaruhi fungsi silia sehingga tidak mampu menyaring partikel halus yang masuk ke dalam saluran pernapasan, ketika system pertahanan saluran pernapasan rusak maka mudah untuk terinfeksi oleh virus atau bakteri penyebab pneumonia. Ventilasi sebuah rumah berfungsi sebagai tempat pertukaran udara dari dalam ke luar begitu sebaliknya, rumah dengan ventilasi kurang menyebabkan rumah menjadi lembab dan bakteri serta jamur dan virus penyebab pneumonia mudah berkembang karena kelembaban ruangan menjadi media yang digunakan bakteri untuk berkembang. Kepadatan hunian atau tempat tinggal juga memiliki resiko penularan penyakit sangat tinggi, bakteri virus yang tersebar melalui udara masuk melalui pernapasan dari penghuni satu ke penghuni lainnya dengan mudah.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat dua diagnose keperawatan yaitu:

a. Diagnosis pertama, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Penulis mengangkat diagnosis ini karena di dapatkan tanda dan gejalah pasien tampak sesak, tampak penggunaan otot bantu napas, SPO2 80%, frekuensi napas 51x/menit.
b. Diagnosis kedua, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Penulis mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian tampak kulit pasien teraba hangat, suhu tubuh 38°c.

Adapun diagnosis keperawatan menurut teoritis yang tidak kami angkat dalam kasus ini yaitu:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D.0001). Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat pengkajian pasien mampu batuk dan tidak terdapat penumpukkan mucus secara berlebihan.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler (D.0003). Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat pengkajian belum dilakukan pemeriksaan AGD pasien untuk melihat nilai PH, PCO2 dan PO2.
3. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor resiko ketidakmampuan menelan makanan (D.0032). Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat pengkajian pasien mampu untuk minum serta makan.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hasil yang diharapkan, intervensi dan rasional Tindakan. Intervensi keperawatan yang penulis angkat pada kasus nyata, hal ini disesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan memfokuskan pada Tindakan mandiri, terpeutik, edukasi dan kolaborasi.

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah memonitor pola napas (frekuensi,kedalaman, usaha napas), memberikan posisi semi fowler, berikan oksigenasi sesuai kebutuhan serta mengajarkan teknik batuk efektif.
b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah memonitor suhu tubuh, sediahkan lingkungan yang dingin, anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena dan kolaborasi pemberian antipiretik.

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan selama 1 x 6 jam dengan kerja sama dengan perawat IGD dan sesama mahasiswa. Diagnosis pertama, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dan diagnosis kedua yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Selama 1 x 6 jam penulis telah melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun penulis.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilaukan pada tanggal 27 Mei 2024 pada pasien Ny. ‘’A’’

merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan ± 6 jam.

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis sebelum pasien dipindahkan ke ruang ICU, penulis menyimpulkan bahwa masalah pola napas belum membaik karena pasien masih sesak, menggunakan otot bantu napas, frekuensi napas 40x/menit, SPO2 88%.
b. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis sebelum pasien dipindahkan diruang ICU, penulis menyimpulkan bahwa tergomulasi mulai membaik dibuktikan dengan , tampak kulit pasien masih sedikit teraba hangat dan suhu tubuh 37,8°c.

B. Pembahasan Penerapan *EBN* (pada tindakan keperawatan)

P **:** Pasien pneumonia dengan sesak napas
I **:** Pemberian posisi semi fowler
C **:** Tidak ada intervensi pembanding yang dilakukan
O **:** Perbaikan pola napas.

Pertanyaan :

Apakah posisi semi fowler dan terapi oksigenasi efektif untuk memperbaiki pola napas dan meningkatkan saturasi oksigen pasien pneumonia?

1. Judul *EBN* : efektivitas pemberian posisi semi fowler dan terapi oksigenasi terhadap perubahan pola napas dan saturasi oksigen pasien pneumonia di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

a. Diagnosis Keperawatan

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

b. Luaran yang diharapkan

Pola napas membaik dengan kriteria hasil :

1) dyspnea cukup menurun
2) penggunaan otot bantu napas cukup menuru
3) orthopnea cukup menurun
4) frekuensi napas cukup membaik
5) kedalaman napas cukup membaik.

c. Intervensi prioritas

Monitor pola napas dengan fokus intervensi pada pemberian posisi semi fowler.

d. Pembahasan tindakan keperawatan pada EBN :

1) Pengertian Tindakan

Posisi semi fowler adalah posisi setengah duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih ditinggikan atau di naikkan dengan 30°-45° sehingga dapat memfasilitasi fungsi pernapasan dimana dapat mengurangi sesak napas karena meningkatkan dorongan pada diafragma ekspansi dada dan ventilasi paru. Selain itu, pemberian oksigenasi adalah pengobatan yang bertujuan untuk membantu seseorang mendapatkan asupan oksigen yang cukup sehingga bisa bernapas lega dengan menggunakan selang di depan mulut dan hidung yang disebut sungkup oksigen.

2) Tujuan

Pemberian posisi semi fowler bertujuan untuk membantu memperbaiki pola napas pasien pneumonia dengan meningkatkan ekspansi paru-paru sehingga oksigen lebih mudah masuk ke paru-paru dan pola napas optimal dibantu dengan pemberian oksigen menggunakan alat.

2. Hasil Telaah Artikel Metode PICOT

NO	Informasi Artikel	Population	Intervention	Comparison	Outcome	Time
1	**Judul:** pengaruh penerapan pemberian posisi fowler terhadap perubahan respiratory rate pada pasien dengan pneumonia Tahun: 2019 Penulis: Siti Zuraida Muhsin, Diny Kusumawardany Publikasi: Jurnal keperawatan dan	Jumlah sampel dalam penelitian ini berjumlah 9 responden	Penelitian ini menggunakan metode one grup pre test post test untuk menguji pengaruh pemberian posisi semi fowler pada perubahan respiratory rate responden pneumonia.	Penelitian tidak mengunakan pembanding	Setelah diberikan posisi semi fowler pada responden dengan masalah pola napas didapatkan hasil bahwa responden mengalami perubahan pada pola napasnya yaitu menjadi lebih baik Keefektifan dari tindakan tersebut dapat dilihat dari respiratory rate yang menunjukkan angka normal yaitu 16-24x/menit. sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian posisi semi	Intervensi dilakukan selama 3 hari

	Kebidanan				fowler efektif untuk memperbaiki pola napas pasien pneumonia.	
2	**Judul:** Penerapan posisi pronasi dengan semi fowler terhadap saturasi oksigen pada pasien covid-19 pneumonia Tahun: 2023 Penulis: Sri Muliati Nendah Agreta, Nymas Heny Purwati, Fitrian Rayasari, Rohman Azzam	Jumlah populasi dalam penelitian ini 40 responden	penelitian ini menggunakan Teknik analisis data quasi eksperimen dengan two group preintervensi – postintervensi dilakukan dengan memberikan intevensi posisi pronasi dan semi fowler pada pasien covid-19 pneumonia.	Peneliti menggunakan tindakan pembanding dengan menerapkan 2 jenis intervensi yaitu posisi pronasi dan semi fowler pada 2 group responden.	Setelah memberikan posisi pronasi dan semi fowler pada responden covid-19 pneumonia hasilnya menunjukkan bahwa rata-rata nilai saturasi oksigen mengalami peningkatan yaitu semi fowler 97% dan pronasi 95%. Penulis menyimpulkan bahwa pemberian posisi semi fowler efektif untuk memperbaiki saturasi oksigen dan pola napas pasien pneumonia.	Intervensi dilakukan selama 3 hari

	Publikasi:Jurnal keperawatan Silampari					
3.	**Judul:** asuhan keperawatan pola napas tidak efektif pada pasien dengan pneumonia et causa covid-19 di rumah sakit husada utama Surabaya Tahun: 2020 Penulis: Della Afrianti, Diana setyorini, Minarti Publikasi: Jurnal Keperawatan vol.14	Subjek dalam penelitian ini yaitu 2 orang pasien pneumonia	Penelitian ini menggunakn metode studi kasus dengan intervensi pemberian posisi semi fowler pada pasien pneumonia et causa covid-19	Peneliti tidak menggunakan tindakan pembanding	Penulis menyimpulkan tatalaksana posisi semi fowler efektif untuk memperbaiki pola napas. Hal ini didukung dengan pernyataan pasien di hari kedua dan ketiga pasien mengeluh sesak secara bertahap berkurang meskipun masih mengalami batuk non-produktif hal ini disebabkan apabila posisi kepala dinaikan 30-45°membuat oksigen didalam paru paru semakin meningkat.	Intervensi dilakukan selama 3 hari

4.	**Judul:** Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia : Study Kasus **Tahun:** 2020 **Penulis:** Rizka Lahmudin Abdjul1), Santi Herlina2)	Jumlah sampel dalam penelitian ini 1 orang dengan inisal nama Tn.M	Intervensi yang dilakukan adalah pemberian oksigenasi menggunakan sungkup NRM 10L/menit	Peneliti tidak menggunakan Tindakan pembanding	Hasil yang didapatkan yaitu keluhan sesak pasien semakin menurun setelah dilakukan tindakan pemberian oksigenasi yang berangsur membaik hingga hari terakhir implementasi dengan menunjukkan SPO2 99%	Intervensi dilakukan selama 5 hari
5.	**Judul:** Penerapan Terapi Oksigen Dalam Memperbaiki Pertukaran Gas Pada Pasien Pneumonia Di Rsud Dr. Wahidin Sudiro Husodo	Jumlah sampel dalam jurnal ini 1 orang dengan initial nama Tn.E	Intervensi yang diberikan pada T.E adalah pemeberian terapi oksigenasi dengan sungkup NRM 10L/menit	Penulis tidak menggunakan Tindakan pembanding	Hasil yang didpatan yaitu saturasi oksigen pasien yang awalnya menunjukkan angka 67-68% setelah diberikan oksigen dan dievalusasi 15 menit kemudian menunjukkan peningkatan menjadi	Intervensi dilakukan selama 3 hari

	Tahun: 2023 **Penulis:** Sultiyaningsih, Eva Nuritasari I, Fieko Chandra Damara, Caturwulandari, Lutfi Mardianto, Wahyu Kandra Pinandita, Puji Pangastuti				70%	
6.	**Judul:** The Effect of Oxygen Inhalation Therapy on Hemodynamics (Heart Rate and Respiratory Rate) in Toddlers with Pneumonia **Tahun**: 2023	Populasi dalam penelitian ini berjumlah 32 responden	Penelitian ini menggunakan metode one grup pre test post test untuk menguji pengaruh pemberian terapi oksigenasi menggunakan sungkup simple	Penulis tidak menggunakan Tindakan pembanding	Hasil yang didapatkan setelah pemberian terapi oksigen selama 30 menit pasien menunjukkan perubahan *respiratory rate* yang awalnya 26-39 setelah diberikan oksigenasi menjadi 23-35 dan *heart rate* awalnya 100-145 mejadi	Terapi dilakukan selama 30 menit

	Penulis: Tri Imroatun, Nyimas Heny Purwati, Anita Apriliawati, Titin Sutini		mask		96-148. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan adanya pengaruh terapi inhalasi menggunakan oksigen terhadap detak jantung dan laju pernapasan.	

3. Kesimpulan/hasil dari EBN

Dari hasil analisa 6 artikel, di dapatkan kesimpulan bahwa pemberian semi fowler dan terapi oksigenasi pada pasien pneumonia dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu memperbaiki pola napas pasien dengan mengurangi sesak napas dan meningkatkan saturasi oksigen, menstabilkan hemodinamik, dan mendukung pengembangan paru yang lebih optimal.

Hasil penelitian lain juga mengatakan bahwa intervensi pemberian posisi semi fowler perlu diberikan karena pemberian posisi semi fowler ini adalah tindakan sederhana dan paling efektif untuk mengurangi resiko penurunan pengembangan dinding dada, posisi semi fowler biasanya diberikan kepada pasien dengan sesak napas yang berisiko mengalami penurunan saturasi oksigen dengan derajat kemiringan 30-45 derajat. Hal ini dikatakan bahwa terdapat hasil yang signifikan terhadap perubahan pola napas dan peningkatan nilai saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan intervensi pemberian posisi semi fowler. Namun pada beberapa kondisi pemberian posisi semi fowler lebih efektif apabila dikombinasikan dengan pemberian oksigenasi agar kebutuhan oksigen didalam darah terpenuhi dan membantu menstabilkan kondisi pernapasan pasien dengan pneumonia.

Berdasarkan hasil analisis diatas penulis menyimpulkan bahwa pemberian posisi semi fowler dan teapi oksigenasi dapat mengatasi masalah pada pasien pneumonia sebab setelah dilakukan intervensi pemberian posisi semi fowler dan oksigenasi membantu mengatasi masalah pasien pada pola napas serta nilai saturasi oksigen pasien. mengingat akan pentingnya pemberian semi fowler dan oksigenasi pada pasien pneumonia, maka diharapkan perawat untuk memantau dan mempertimbangkan pemberian posisi semi fowler dikombnasikan dengan pemberian terapi oksigenasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Muhsinin & Kusumawardani (2019) mencoba mengungkapkan bahwa pengaturan posisi merupakan salah satu Tindakan yang dilakukan oleh tenaga Kesehatan yang memiliki tujuan tertentu untuk kenyamanan dan proses penyembuhan pada pasien. Hasil penelitiannya menunjukkan informasi tentang dampak pemberian posisi semi fowler yang juga memberikan dampak terhadap perubahan pola pernapasan dan saturasi oksigen pasien pneumonia dengan respiratory rate >24x/menit kemudian menunjukkan angka normal yaitu 16-24x/menit. Penelitian lain yang dilakukan oleh Sultiyaningsih et al (2023) yang menjelaskan bahwa terdapat perbedaan saturasi oksigen sebelum diberikan pada pasien saturas oksigen 67-68% dan setelah diberikan terapi osigen naik menjadi 70% hanya dalam 15 menit.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah melakukan pembahasan kasus yang dibandingkan dengan teori dengan membedakan perawatan langsung yang dilakukan pada pasien di lahan pratik melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada Ny.A dengan pneumonia di Instalasi Gawat darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, maka penulis dapat mengambil simpulan serta memberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Pengkajian

   Seorang wanita usia 28 tahun dengan diagnosa medis pneumonia. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas sejak ± 12 jam yang lalu dan memberat 2 jam lalu. Keluarga juga mengatakan pasien mengalami demam sejak ± 2 jam yang lalu dan keluarga belum memberikan obat penurun panas dirumah. Dari hasil pengkajian didapatkan GCS 13 pasien M6V4E3, kesadaran apatis. pasien tampak lemah, ekstemitas teraba hangat , tampak pucat, mata cekung , sclera anemis, nadi teraba kuat, pasien batuk non produktif dan sesekali mengeluh nyeri dada. Hasil observasi tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 178/120mmHg, Nadi 145x/menit, pernapasan 51x/menit, suhu 38ºc dan SPO2 80%, pemeriksaan lain yang didapatkan foto thorax kesan pneumonia bilateral, pemeriksaan lab didapatkan WBC 14.60, Neutrofil 11.30. Informasi lain yang diperoleh dari pasien yakni ayah serta suami pasien merupakan seorang perokok aktif, selain itu kondisi tempat tinggal pasien yang merupakan lokasi padat penduduk dan kurangnya ventilasi dirumah serta pencahayaan yang kurang.

2. Diagnosis keperawatan

   Setelah melakukan pengkajian penulis menganalisis data sehingga menemukan 2 masalah keperawatan:

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dypsnea, penggunan otot bantu pernapasan, takipnea (D.0130)
b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal, kulit teraba hangat (D.0005)

3. Perencanaan keperawatan

   Dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi: observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Intervensi untuk pola napas tidak efektif yaitu manajemen jalan napas dan hipertermia yaitu manajemen hipertermia.

4. Implementasi keperawatan

   Dilakukan sesuai dengan intervensi yang disusun diimplementasikan dengan baik yang melibatkan kolaborasi dengan perawat, dokter dan tim kesehatan lainya.

5. Evaluasi keperawatan

   Evaluasi keperawatan yang telah dilakukan pada pasien menunjukkan bahwa pola napas tidak efektif belum membaik dan hipertermia mulai membaik. Intervensi masih dilanjutkan di ruang perawatan ICU untuk dilakukan perawatan lebih lanjut.

B. Saran

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus pneumonia, maka penulis ingin memberikan masukkan dan saran yang dapat dilakukan jika sesuai dengan harapan dan kemampuan serta dapat bermanfaat bagi semua pihak:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Bagi pihak rumah sakit agar tetap mempertahankan asuhan keperawatan gawat darurat yang komprehensif (melibatkan berbagai disiplin ilmu Kesehatan), kolaborasi dengan ilmu

Kesehatan lain serta melibatkan keluarga dalam merawat pasien pneumonia.

2. Bagi Pasien

   Bagi pasien agar tetap patuh terhadap pengobatan yang di jalani serta menghindari faktor resiko penyebab pneumonia.

3. Bagi Penulis

   Bagi penulis agar dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan diagnose pneumonia.

4. Bagi Institusi Pendidikan

   Bagi institusi Pendidikan diharapkan agar meningkatkan mutu pendidikan dengan membekali peserta didik dan memperbanyak persediaan referensi di perpustakaan yang terbaru dan membahas mengenai pneumonia khususnya kegawatdaruratan pasien pneumonia.

DAFTAR PUSTAKA

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

Bhardwaj., V. J. R. V. G. Y. A. (2023). *Pneumonia Pathology*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526116/#_article-27364_s5_

Bidarso, M. N., Suryakusuma, L., Luse, & Vetinly, V. (2018). *Hubungan Disfagia Dan Penurunan Kesadaran Terhadap Pneumonia Aspirasi Pada Pasien Stroke Rs Atma Jaya*. https://doi.org/10.52386/neurona.v36i1.46

Corica, B., Tartaglia, F., D'Amico, T., Romiti, G. F., & Cangemi, and R. (2022). Sex and gender differences in community-acquired pneumonia. *National Library of Medicine*. https://doi.org/10.1007/s11739-022-02999-7

Fagerl, K., Ulziibayar, M., Suuri, B., & Luvsantseren, D. (2023). Epidemiology of pneumonia in hospitalized adults ≥18 years old in four districts of Ulaanbaatar, Mongolia, 2015–2019. *National Library of Medicine*. https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100591

Gestari, A. C., Puspitasari, D., & Miftahussurur, M. (2022). Factors Associated With Acute Respiratory Tract Infection Pneumonia in Toddlers. *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, *6*(3), 274–283. https://doi.org/10.20473/imhsj.v6i3.2022.274-283

Kemenkes. (2021). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Pneumonia. *Kementerian Kesehatan RI*, 1–85. https://www.bing.com/search?q=Kemenkes.+%282021%29.+Pedoman+Nasional+Pelayanan+Kedokteran+Tatalaksana+Pneumonia.+Kementerian+Kesehatan+RI%2C+1–85.&qs=n&form=QBRE&sp=-1&lq=1&pq=kemenkes.+%282021%29.+pedoman+nasional+pelayanan+kedokteran+tatalaksana+pneumon

Kemenkes. (2022). *World Pneumonia Day 2022*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1997/world-pneumonia-day-

2022

Kemenkes. (2023). *Mengenal apa itu pneumonia*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2193/mengenal-apa-itu-pneumonia

Kemenkes (2023). *pneumonia*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2709/pneumonia

Kemenkes. (2023). *Pneumonia*. https://ayosehat.kemkes.go.id/topik-penyakit/infeksi-pernapasan--tb/pneumonia

Kemenkes RI, D. P. (2023). *Laporan Kinerja Direktorat P2P Tahun 2023*. 62–69. https://p2p.kemkes.go.id/wp-content/uploads/2023/08/Final-LAKIP-Ditjen-P2P-Semester-I-Tahun-2023.pdf

Lam, N., Muravez, S. N., & Boyce, R. W. (2020). Pneumonia covid-19. In *Journal of the American Pharmacists Association* (Vol. 55, Issue 5). https://doi.org/10.1331/JAPhA.2015.14093

Larasati, F., & Hargono, A. (2019). Perbedaan Risiko Pneumonia Berdasarkan Pola Asuh dan Paparan Asap Rokok. *Jurnal PROMKES*, *7*(2), 163. https://doi.org/10.20473/jpk.v7.i2.2019.163-172

Muhsinin, S. Z., & Kusumawardani, D. (2019). Pengaruh Penerapan Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Pneumonia. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 42–46. https://doi.org/10-20210420

Mulati, S., Agreta, N., Purwati, N. H., Azzam, R., Kelamin, J., Fowler, S., & Oksigen, S. (2019). *Efektivitas Posisi Pronasi dengan Semi Fowler terhadap Saturasi Oksigen pada Pasien Covid-19 Pneumonia di Ruang Isolasi Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih*. 1–11.

Natasya, F. A. (2022). Tatalaksana Pneumonia. *Jurnal Medika Hutama*, *03*(02), 2392–2399. http://jurnalmedikahutama.com

Nurjayanti, N. T., Maywati, S., & Gustaman, A. R. (2022). Hubungan Kondisi Fisik Rumah Terhadap Kejadian Pneumonia pada Balita di Kawasan Padat Penduduk Kota Tasikmalaya (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Tawang). *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, *18*(1), 395–405.

Resti Y Sutrisno, M.Kep., Ns., S. K. . (2020). *Anatomi Fisiologis Sistem Respirasi*. https://www.scribd.com/document/491772551/Anatomi-Dan-Fisiologi-Sistem-Pernapasan-2020

Saputri, D. (2019). *Perencanaan Keperawatan Pada Pasien Pneumonia*. https://doi.org/10.31219/osf.io/wt9yu

Shoar, S., & Musher, D. M. (2020). Etiology of community-acquired pneumonia in adults: a systematic review. *Pneumonia*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/s41479-020-00074-3

Simou, E., Britton, J., & Leonardi-Bee, J. (2023). Alcohol and the risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *National Library of Medicine*. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022344

Sultiyaningsih, Fieko Chandra Damara, Puji Pangastuti, Wahyu Kandra pinandita, Eva Nurita Sari, & Lutfi Mardianto. (2023). Penerapan Terapi Oksigen Dalam Memperbaiki Pertukaran Gas Pada Pasien Pneumonia Di Rsud Dr. Wahidin Sudiro Husodo. *Ezra Science Bulletin*, *1*(2A), 106–113. https://doi.org/10.58526/ez-sci-bin.v1i2a.50

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Nasional, Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan.* Dewan Pengurus.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Wati, R. A., Irsyad, H., & Rivan, M. E. A. R. (2020). Klasifikasi Pneumonia Menggunakan Metode Support Vector Machine. *Jurnal Algoritme*, *1*(1), 21–32. http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=2652619&val=24585&title=Klasifikasi Pneumonia Menggunakan Metode Support Vector Machine

WHO. (2021). *Pneumonia*. https://www.who.int/health-topics/pneumonia/#tab=tab_1

Yulia, N. (2020). Anatomi Dan Fisiologi Sistem Respirasi Disusun Oleh. *Modul Sesi 11 Anatomi Dan Fisiologi Sistem Nervosa*, 0–19.

Yuliza, E., Ainul Shifa, N., & Safitri, A. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Pneumonia. *Open Access Jakarta Journal of Health Sciences*, *1*(4), 125–128. https://doi.org/10.53801/oajjhs.v1i4.13

LEMBAR KONSUL PEMBIMBING 1

Nama Mahasiswa:

1. Rispiana (NS2314901103)
2. Ruth Gimel Randongkir (NS2314901104)

Nama Pembimbing:
Wirmando,Ns.,M.Kep

Judul "Asuhan Keperawata Gawat Darurat pada Pasien dengan Pneumonia di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar"

Hari/Tanggal	Materi konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Minggu 28 April 2024	Lapor Kasus			
Selasa 14 Mei 2024	Konsultasi BAB III 1. Perhatikan cara melaporkan data pengkajian keperawatan gawat darurat			
Kamis 16 Mei 2024	Konsultasi BAB III 1. Memperhatikan diagnosis keperawatan yang diangkat 2. Perhatikan cara pengisian data pengkajian keperawatan gawat darurat 3. Perhatikan cara penyusunan KIA			

Senin 20 Mei 2024	Konsultasi BAB III dan IV 1. Perbaiki perencanaan keperawatan, masukkan intervensi yang sesuai dengan kondisi gawat darurat pasien. 2. Perhatikan penulisan intervensi, tidak menggunakan rasional 3. Perhatikan penulisan implementasi, harus sikron dengan intervensi yang disusun. 4. Perhatikan cara penulisan evaluasi 5. Perhatikan cara menulis hasil telaah artikel jurnal metode PICOT 6. Buat pertanyaan EBN yang dapat menjawab diagnosis utama pasien			
Senin 27 Mei 2024	Konsultasi BAB III dan IV 1. Perhatikan kesesuaian data pengkajian dengan data diidentifikasi masalah 2. Kerapihan penulisan diperbaiki			
Rabu 29 Mei 2023	Konsultasi BAB III dan IV 1. Perbaiki penggunaan kata dalam penulisan yang jelas			

	2. Perbaiki kerapihan penulisan (jarak, font, ukuran font, penulisan tulisan bahasa asing, penggunaan titik dan koma) 3. Tuliskan penulis dan penerbit jurnal yang digunakan untuk EBN			
Kamis 30 Mei 2024	Konsultasi BAB III dan IV 1. Perbaiki penulisan jelas dan rapi sehingga mudah dibaca dan dibedakan.			
Rabu 5 Juni 2024	Konsultasi BAB III dan IV 1. Sesuaikan implementasi dan evaluasi 2. Ubah penggunaan beberapa kalimat di jurnal ke 3 telaah artikel 3. Ubah implementasi dan evaluasi menggunakan tampilan portrait.			
Kamis 6 Juni 2024	Konsultasi BAB III dan IV 1. ACC penulisan BAB III dan BAB IV			

LEMBAR KONSUL PEMBIMBING 2

Nama Mahasiswa:

3. Rispiana (NS2314901103)
4. Ruth Gimel Randongkir (NS2314901104)

Nama Pembimbing:
Serlina Sandi,Ns.,M.Kep,PhDNS

Judul "Asuhan Keperawata Gawat Darurat pada Pasien dengan Pneumonia di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar"

Hari/Tanggal	Materi konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Selasa 28 Mei 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II (via WA)			
Rabu 29 Mei 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II 1. Perbaikan penulisan dan isi bab 1 tambahkan data agar terlihat masalah kegawatdaruratan pada pasien 2. Tambahkan data jumlah pasien yang didapatkan selama praktik klinik dengan diagnosa pneumonia 3. Perbaiki cara sitasi 4. Tambahkan klasifikasi penyakit pneumonia 5. Perbaikan pathway, sesuaikan dengan data yang ada di bab 2			

	serta kesesuaian dengan diagnose yang diangkat			
Senin 3 Juni 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II 1. Perbaiki kerapihan 2. Ubah gambar anatomi fisiologi system respirasi 3. Perbaiki penggunaan titik, koma, titik 2, huruf kapital, bahasa asing, spasi 4. Perbaiki manfaat penulisan bagi penulis dan pasien 5. Perbaiki tujuan penulisan 6. Patoflow diagram harus sikron dengan etiologi bab 2 serta diagnosa yang dapat diangkat 7. Sikronkan daftar pustaka dengan sitasi yang ada di bab 1 dan bab 2 8. Tambahkan sitasi sumber gambar anatomi fisiologi			
Kamis 6 Juni 2024	Konsultasi BAB I dan BAB II 1. ACC penulisan BAB I & BAB II			

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Diri

Nama	: Rispiana
Tempat/ Tanggal Lahir	: Tommo,5 juni 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Btn.Cluster Akasia Blok F4. No 1

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Luther T.L/ Agustina
Agama	: Kristen protestan
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Dusun Saluputti Kakullasan

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Inpres Kakullasan	: Tahun 2006-2011
SMP Negeri 3 Kakullasan	: Tahun 2011-2014
SMK Negeri 1 Mamuju	: Tahun 2014-2017
S1 Keperawatan Stikes Andini Persada Mamuju	: Tahun 2017-2021
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2023-2024



4. Identitas Diri

Nama	: Ruth Gimel Randongkir
Tempat/ Tanggal Lahir	: Manokwari, 09 Oktober 2001
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jln. Kyai Haji Ahmad Dahlan No.21

5. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Yoseph Randongkir/ Almh. Darty Sero
Agama	: Kristen Prostestan
Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Alamat	: Jln. Leo Mamiri, Mimika

6. Pendidikan yang telah ditempuh

SD Inpres Koperapoka I Mimika	: Tahun 2008-2013
SMP Negeri 7 Mimika	: Tahun 2013-2016
SMK Negeri 3 Mimika	: Tahun 2016-2019
S1 Keperawatan STIK Stela Maris Makassar	: Tahun 2019-2023
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2023-2024