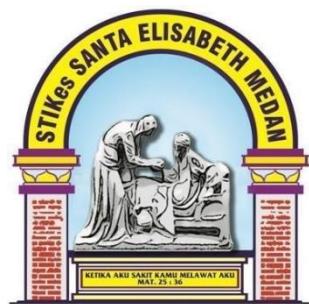




**ASUHAN KEPERAWATAN  
PADA NY. K DENGAN PNEUMONIA BILATERAL  
DI RUANG ICU RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



Oleh:

Lisa Suwaty Simanjuntak  
NIM. 052024022

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
TAHUN 2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN**

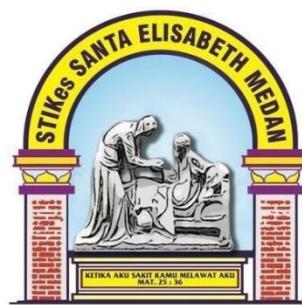


Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

**PADA NY. K DENGAN PNEUMONIA BILATERAL  
DI RUANG ICU RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners  
Program Studi Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

Lisa Suwaty Simanjuntak  
NIM. 052024022

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
TAHUN 2025**

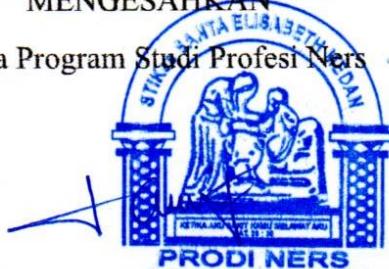


**LEMBAR PENGESAHAN**

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK  
DIPERTAHANKAN  
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
TANGGAL, 29 APRIL 2025

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F. Tampubolon,S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc)



## Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

### LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN  
TIM PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
PADA TANGGAL 29 APRIL 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : **Friska Sembiring S.Kep.,Ns.,M.Kep**

Anggota : **Dr. Lilis Novitarum, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

Vina Yolanda Sari Sigalingging, S.Kep.,Ns.,M.Kep



**LEMBAR PERESETUJUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar

Ners (Ns)

Oleh:

Lisa Suwaty Simanjuntak

Medan, 29 April 2025

Menyetujui,

Ketua Pengaji

**Friska Sembiring S.Kep.,Ns.,M.Kep**

Anggota

**Dr. Lili Novitarum, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**Vina Yolanda Sari Sigalingging, S.Kep.,Ns.,M.Kep**



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat kasih dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.K Dengan Pneumonia Bilateral Di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini tidak terlepas dari bantuan beberapa pihak baik secara moral maupun material. Untuk itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dan yang telah memberi waktu dalam memberi arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
2. dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp.OT (K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus kelolaan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan.
3. Lindawati Tampubolon S.Kep.Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan semangat dan dukungan bagi penulis.



## Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

4. Friska Sembiring, S.Kep. Ns. M.Kep selaku dosen penguji I yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Dr Lili Novitarum S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji II yang telah banyak membantu, membimbing, dan memberikan saran kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Vina Yolanda Sari Sigalingging S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji III yang juga banyak membimbing dan memberikan saran kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Teristimewa keluarga tercinta Suami saya (Febriady Tampubolon) dan anak-anak (Juan Tampubolon dan Vania Tampubolon) dan seluruh keluarga saya yang tiada henti memberikan doa, dukungan moral dan motivasi yang luar biasa dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir saya ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih belum sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Medan, 29 April 2025

Penulis

(Lisa Suwaty Simanjuntak)



RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR

Lisa Suwaty Simanjuntak, 052024022

“Asuhan Keperawatan Pada Ny.K Dengan Pneumonia Bilateral Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci : Dewasa, Keperawatan, Pneumonia berat, Sesak Napas

Pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang mengenai saluran pernapasan bawah ditandai dengan batuk dan sesak napas, hal ini diakibatkan oleh adanya agen infeksius seperti virus, bakteri, jamur, dan aspirasi substansi asing yang berupa eksudat (cairan) dan konsolidasi (bercak berawan) pada paru-paru. Pada penelitian ini, dijelaskan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien pneumonia di unit perawatan intensif (ICU) RS Santa Elisabeth Medan yang mengalami masalah keperawatan akibat sesak nafas. Untuk itu, kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan dalam penanganan dan menjadi pedoman dalam deteksi dini pencegahan pneumonia pada dewasa dan anak-anak. Metode dalam penerapan kasus ini berupa metode wawancara dan observasi. Selain itu, hal tersebut didukung pula dengan metode studi dokumentasi dan studi kepustakaan dalam membandingkan dengan literature atau jurnal terbaru. Manifestasi yang timbul pada kasus pneumonia didapatkan semua sesuai dengan literature buku dan data yang ada dilapangan, selain itu penentuan diagnosa keperawatan juga disesuaikan dengan SDKI yang didapat. Selain itu, penentuan perencanaan yang diberikan pada klien dengan pneumonia berupa pemberian oksigen, pemberian terapi nebulizer, penghisapan lendir, fisioterapi dada dan kolaborasi pemberian antibiotic.



## DAFTAR ISI

<b>SAMPUL DEPAN .....</b>	<b>i</b>
<b>PERSYARATAN GELAR.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI .....</b>	<b>v</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	4
1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir .....	4
1.3.1. Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
1.4.1 Manfaat teoritis .....	4
1.4.2 Manfaat praktis .....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN TEORITIS.....</b>	<b>7</b>
2.1. Konsep Dasar Medik .....	7
2.1.1. Defenisi Pneumonia .....	7
2.1.2. Etiologi Pneumonia .....	8
2.1.3. Manifestasi klinis .....	12
2.1.4. Patofisiologi .....	13
2.1.5. Komplikasi .....	15
2.1.6. Pemeriksaan Diagnostik .....	16
2.1.7. Penatalaksanaan .....	18
2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	20
2.2.1. Pengkajian Keperawatan .....	20
2.2.2. Diagnosa Keperawatan .....	21
2.2.3. Intervensi Keperawatan.....	22
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	27
2.2.5. Evaluasi Keperawatan .....	28
<b>BAB 3. TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>29</b>
3.1. Pengkajian Keperawatan .....	29
3.2. Analisa Data .....	40
3.3. Diagnosa Keperawatan.....	43
3.4. Rencana Keperawatan .....	46
3.5. Implementasi Keperawatan .....	51
3.6. Evaluasi Keperawatan .....	56
<b>BAB 4. PEMBAHASAN .....</b>	<b>64</b>



## Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

4.1. Pengkajian Keperawatan.....	64
4.2. Diagnosa Keperawatan .....	64
4.3. Perencanaan Keperawatan .....	65
4.4. Implementasi Keperawatan.....	67
4.5. Evaluasi Keperawatan.....	67
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>71</b>
5.1. Kesimpulan .....	72
5.2. Saran .....	73
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>74</b>

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1.Latar Belakang**

Pneumonia adalah infeksi akut pada parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, atau parasit, yang menyebabkan peradangan pada alveoli dan bronkiolus terminal. Kondisi ini dapat menyebabkan alveoli terisi dengan cairan atau eksudat yang mengganggu pertukaran gas (M.Black, 2016)

Pneumonia merupakan suatu peradangan pada paru-paru yang dimana terdapat konsolidasi disebabkan pengisian rongga alveoli oleh eksudat. Pertukaran gas tidak dapat berlangsung pada daerah yang mengalami konsolidasi, begitupun dengan aliran darah disekitar alveoli, menjadi terhambat dan tidak berfungsi maksimal. Hipoksia bisa terjadi, bergantung pada banyaknya jaringan paru-paru yang sakit (Mandan, 2019).

Menurut Kemenkes RI (2023), angka kejadian pneumonia di Indonesia masih tinggi dan menjadi masalah pada kesehatan di Indonesia. Data kasus pneumonia di Indonesia berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia pada tahun 2021 menyatakan bahwa jumlah kasus pneumonia di Indonesia mencapai 613.990 kasus. Menurut data tahun 2022, terdapat 298.261 kasus pneumonia di Indonesia. Data pada tahun 2023 terdapat 312.871 kasus pneumonia. Jumlah kasus ini diperkirakan akan semakin mengalami peningkatan setiap tahunnya.



Faktor-faktor risiko yang terjadi pada pneumonia diantaranya penyakit paru yang diderita, penyakit jantung, penurunan berat badan, status fungsional yang jelek, merokok, gangguan menelan, aspirasi, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, terapi antibiotik sebelumnya, kualitas hidup yang rendah. Riwayat dirawat karena pneumonia dalam 2 tahun terakhir, diabetes mellitus, immunsupresi, penyakit ginjal, konsumsi alkohol berlebihan, penggunaan obat-obat antipsikotik (Faslah,2021).

Menurut Patricia (2019), pneumonia masih merupakan infeksi umum yang ditemukan di masyarakat dan rumah sakit, meskipun terdapat kemajuan dalam mengidentifikasi tindakan pencegahan. Di Amerika Serikat, pneumonia merupakan salah satu penyebab kematian akibat penyakit menular dan penyebab kematian keenam tertinggi. Sekitar 2 hingga 3 juta kasus pneumonia terjadi setiap tahun, menyebabkan lebih dari 10 juta kunjungan rawat jalan dan 500.000 rawat inap.

Menurut Black (2019), pneumonia merupakan proses inflamasi pada parenkim paru yang biasanya berhubungan dengan penurunan cairan interstital dan alveolar. Di antara semua infeksi nosokomial (didapat di rumah sakit), pneumonia merupakan infeksi tersering kedua namun memiliki angka kematian tertinggi. Pneumonia adalah infeksi yang menyebabkan paru-paru meradang. Ada banyak penyebab pneumonia termasuk bakteri, virus, mikoplasma, agen jamur, dan protozoa. Pneumonia juga dapat terjadi akibat aspirasi makanan, cairan, atau muntahan atau karena menghirup bahan kimia beracun, asap, debu atau gas.



*Streptococcus pneumoniae* penyebab utama pneumonia bakterial, umumnya berada di nasofaring dan menyebar tanpa gejala pada sekitar 20 %-50 % orang sehat. Infeksi virus meningkatkan perlekatan bakteri *pneumoniae* pada reseptor pada epitel pernapasan. Pasien yang terinfeksi pneumonia akan panas tinggi, berkeringat, napas terengah-engah, dan denyut jantungnya meningkat cepat. Bibir dan kuku mungkin membiru karena tubuh kekurangan oksigen. Pada kasus yang ekstrim pasien akan menggigil, gigi bergemelutuk, sakit dada, dan kalau batuk mengeluarkan lendir berwarna hijau (Black,2021).

Menurut Ignatavicius (2019), tidak ada pengobatan efektif yang diketahui untuk infeksi ini. Agen antibiotik standar dan obat antivirus dapat membunuh virus atau mencegah replikasinya. Intervensi bersifat suportif agar sistem kekebalan tubuh pasien mampu melawan infeksi. Oksigen diberikan bila terjadi hipoksia atau sesak napas. Perawatan pernapasan untuk melebarkan bronkiolus dan memindahkan sekresi pernapasan yang digunakan. Jika pertukaran gas tidak membaik hanya dengan terapi oksigen, intubasi dan ventilasi mekanis mungkin diperlukan.

Pengobatan pneumonia harus mencakup terapi antibiotik spesifik organisme, dukungan pernapasan sesuai kebutuhan, dukungan nutrisi, dan manajemen cairan dan elektrolit. Terapi obat awal harus terdiri dari antibiotik empiris spketrum luas sampai organisme spesifik telah diidentifikasi melalui analisis kultur dahak. Oksigen harus diberikan sesuai perintah dan obat bronkodilator, drainase postural, fisioterapi dada, dan penghisapan lendir dapat digunakan untuk mempertahankan patensi jalan napas (Black,2019).



Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik melakukan karya ilmiah akhir dengan judul asuhan keperawatan pada Ny.K dengan Pneumonia Bilateral di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

## **1.2.Identifikasi Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral di ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025?

## **1.3. Tujuan Karya Ilmiah Akhir**

### **1.3.1. Tujuan umum**

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.K dengan Pneumonia Bilateral di ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

### **1.3.2. Tujuan khusus**

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral.
3. Mahasiswa mampu menyusun intervensi asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan implementasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral.
5. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral.



## 1.4. Manfaat

### 1.4.1. Manfaat teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral di ruang ICU RS. Elisabeth Medan tahun 2025.

### 1.4.2. Manfaat praktis

#### 1. Bagi penulis sendiri

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi dengan tepat untuk pasien dengan masalah keperawatan pada sistem pernapasan, khususnya dengan pasien dengan diagnosis medis Pneumonia Bilateral.

#### 2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral.

#### 3. Bagi teknologi dan seni

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan meningkatnya kemajuan teknologi keperawatan untuk menghadapi permasalahan yang lebih kompleks dalam praktik keperawatan.

#### 4. Bagi praktis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memecahkan masalah terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumonia Bilateral.



5. Bagi ilmuwan lain

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu data untuk menindaklanjuti masalah masalah asuhan keperawatan yang lainnya pada pasien kelolaan.

6. Bagi masyarakat

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi bagi masyarakat untuk mengetahui terkait dengan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan Pneumonia Bilateral.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **2.1. Konsep Dasar Medis**

##### **2.1.1. Definisi pneumonia**

Pneumonia adalah infeksi akut pada parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, atau parasit, yang menyebabkan peradangan pada alveoli dan bronkiolus terminal. Kondisi ini dapat menyebabkan alveoli terisi dengan cairan atau eksudat yang mengganggu pertukaran gas (M.Black, 2016).

Pneumonia merupakan suatu peradangan pada paru-paru yang dimana terdapat konsolidasi disebabkan pengisian rongga alveoli oleh eksudat. Pertukaran gas tidak dapat berlangsung pada daerah yang mengalami konsolidasi, begitupun dengan aliran darah disekitar alveoli, menjadi terhambat dan tidak berfungsi maksimal. Hipoksia bisa terjadi, bergantung pada banyaknya jaringan paru-paru yang sakit (Mandan,2019).

Faktor-faktor risiko yang terjadi pada pneumonia diantaranya penyakit paru yang diderita, penyakit jantung, penurunan berat badan, status fungsional yang jelek, merokok, gangguan menelan, aspirasi, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, terapi antibiotik sebelumnya, kualitas hidup yang rendah. Riwayat dirawat karena pneumonia dalam 2 tahun terakhir, diabetes mellitus, immunsupresi, penyakit ginjal, konsumsi alkohol berlebihan, penggunaan obat-obat antipsikotik (Faslah,2021).



### 2.1.2. Etiologi pneumonia

Menurut Muttaqin (2019) pneumonia didapatkan oleh 2 penyebab antara lain yaitu infeksius dan non infeksius. Penyebab non infeksius terdiri dari aspirasi isi lambung dan inhalasi gas beracun atau gas yang mengiritasi. Sedangkan infeksius yaitu antara lain:

#### 1. Bakteri

Pneumonia bakteri biasanya didapatkan pada usia lanjut. Organisme *Streptococcus pneumonia*, *S.aerous*, dan *streptococcus pyogenesis*. Bakteri seperti *Haemophilus influenza*, *Klebsiella pneumonia* dan *P. Aeruginosa*.

#### 2. Virus

Disebabkan oleh virus influenza yang menyebar melalui transmisi droplet. *Cytomegalovirus* dalam hal ini dikenal sebagai penyebab utama pneumonia virus.

#### 3. Jamur

Infeksi yang disebabkan jamur seperti *histoplasmosis* menyebar melalui penghirupan udara yang mengandung spora dan biasanya ditemukan pada kotoran burung, tanah serta kompos.

#### 4. Protozoa

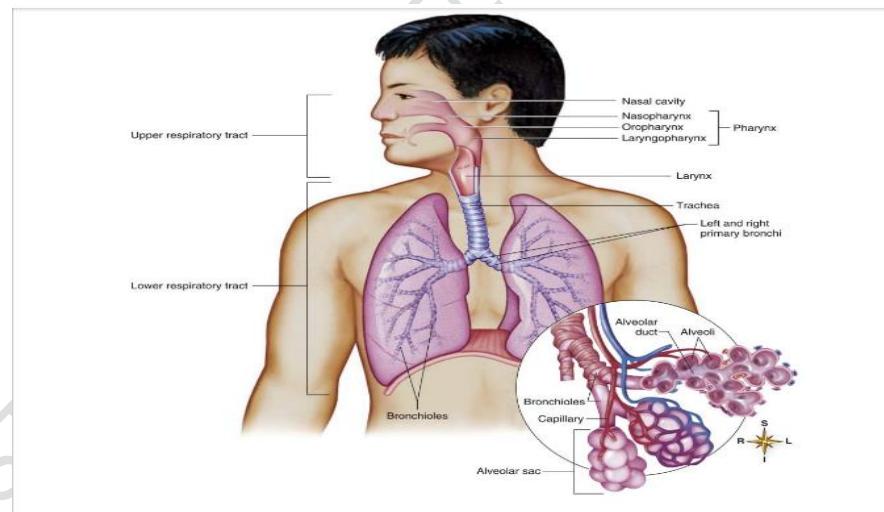
Menimbulkan terjadinya *Pneumocystis carinii pneumonia*. Biasanya menjangkit pada pasien yang mengalami immunosupresi. Pneumonia infeksius sering kali diklasifikasi sebagai infeksi yang didapatkan komunitas, infeksi nasokomial (didapatkan di rumah sakit), atau oportunistik (imun menurun) (Faslah,2021).



Pneumonia umum terjadi pada penyakit penyerta tertentu seperti gagal jantung kongestif, diabetes, alkoholisme, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) dan AIDS. Adapun beberapa faktor resiko seseorang terkena pneumonia:

1. Orang berusia 65 tahun atau lebih.
2. Orang dengan imunokompeten yang mempunyai peningkatan risiko penyakit dan kematian yang berhubungan dengan penyakit paru seperti pneumonia.
3. Orang yang tinggal di lingkungan khusus atau lingkungan sosial yang memiliki risiko tinggi terkena penyakit.
4. Orang dengan gangguan imunitas berisiko tinggi terkena infeksi.

### Anatomi sistem pernapasan



Gambar 2.1 Sistem pernapasan



a. Hidung (Cavum Nasalis)

Hidung dibentuk oleh tulang dan kartilago. Bagian yang kecil dibentuk oleh tulang, sisanya terdiri atas kartilago dan jaringan ikat (connective tissue). Bagian dalam hidung merupakan suatu lubang yang dipisahkan menjadi lubang kiri dan kanan oleh septum.

b. Faring

Faring merupakan pipa berotot cerobong (kurang lebih dari 13 cm) yang berjalan dari dasar tengkorak sampai persambungannya dengan esofagus pada ketinggian tulang rawan (kartilago) krikoid. Faring digunakan pada saat menelan (digestion) seperti juga pada saat bernapas. Faring berdasarkan letaknya dibagi menjadi tiga, yaitu di belakang hidung (nasofaring), di belakang mulut (orofaring), dan di belakang (laringofaring).

c. Laring

Laring biasa disebut dengan voice box. Dibentuk oleh struktur epithelium-lined yang berhubungan dengan faring dan trachea (di bawah). Lokasinya berada di anterior tulang vertebrata ke-4 dan ke-6. Bagian atas dari esofagus berada di posterior laring.

d. Trachea

Trachea merupakan perpanjangan dari laring pada ketinggian tulang vertebrata torakal yang ke-7 yang mana bercabang menjadi dua bronkus. Ujung dari cabang trachea biasa disebut carina.



e. Bronkus dan bronkiolus

Cabang kanan bronkus lebih pendek dan lebih lebar serta cenderung lebih vertikal dari pada cabang yang kiri. Oleh karena itu, benda asing lebih mudah masuk ke dalam cabang sebelah kanan dari pada cabang bronkus sebelah kiri.

f. Alveoli

Parenkim paru merupakan area kerja dari jaringan paru, di mana pada daerah tersebut mengandung berjuta-juta unit alveolar. Alveoli bentuknya sangat kecil. Alveoli merupakan kantong udara pada akhir bronkiolus respiratorius yang memungkinkan terjadinya pertukaran oksigen dan karbon dioksida.

g. Paru-paru

Paru-paru terletak pada rongga torax, berbentuk kerucut dengan apeks berada di atas tulang iga pertama dan dasarnya pada diafragma. Paru-paru kanan mempunyai tiga lobus, sedangkan paru-paru kiri mempunyai dua lobus. Kelima lobus ini merupakan lobus yang terlihat, setiap paru-paru dapat dibagi lagi menjadi beberapa sub-bagian menjadi sekitar sepuluh unit terkecil yang disebut bronkopulmonari segment (Muttaqin,2019).



### Fisiologi respirasi

Menurut Muttaqin (2019), proses respirasi dapat dibagi dalam tiga proses mekanis utama yaitu sebagai berikut:

- a. Ventilasi pulmonal, yaitu keluar masuknya udara antara atmosfir dan alveoli paru-paru.
- b. Difusi oksigen dan karbon dioksida antara alveoli dan darah
- c. Transportasi oksigen dan karbon dioksida dalam darah dan cairan tubuh ke dan dari sel-sel.

Proses fisiologis respirasi yang memindahkan oksigen dari udara ke dalam jaringan dan karbon dioksida yang dikeluarkan ke udara dapat dibagi menjadi tiga stadium, yaitu sebagai berikut:

- 1) Difusi gas-gas antara alveolus dan kapiler paru-paru (respirasi eksterna) serta antara darah sistemik dan sel-sel jaringan.
- 2) Distribusi darah dalam sirkulasi pulmoner dan penyesuaian dengan distribusi udara dalam alveolus-alveolus.
- 3) Reaksi kimia dan fisik dari oksigen dan karbondioksida dengan darah.

#### 2.1.3. Manifestasi Klinis

Menurut Black (2019), permulaan semua pneumonia ditandai dengan salah satu atau semua manifestasi berikut: demam, menggigil, berkeringat, kelelahan, batuk, produksi dahak, dan sesak napas. Gejala yang kurang umum termasuk hemoptisis, nyeri dada pleuritik, dan sakit kepala. Klien yang lebih tua mungkin tidak datang dengan demam atau manifestasi pernafasan tetapi dengan perubahan status mental dan dehidrasi.



Pneumonia ditandai dengan demam mendadak, menggigil, batuk produktif dengan dahak bernanah, dan nyeri dada pleuritik (dalam beberapa kasus). Pada pemeriksaan fisik terdapat tanda-tanda konsolidasi paru, seperti perkusi redup, fremitus meningkat, bunyi napas bronkial, dan ronki. Mungkin ditemukan pada pasien dewasa atau pasien yang lemah, kebingungan atau mungkin merupakan temuan utama (Lewis, 2019).

#### 2.1.4. Patofisiologi

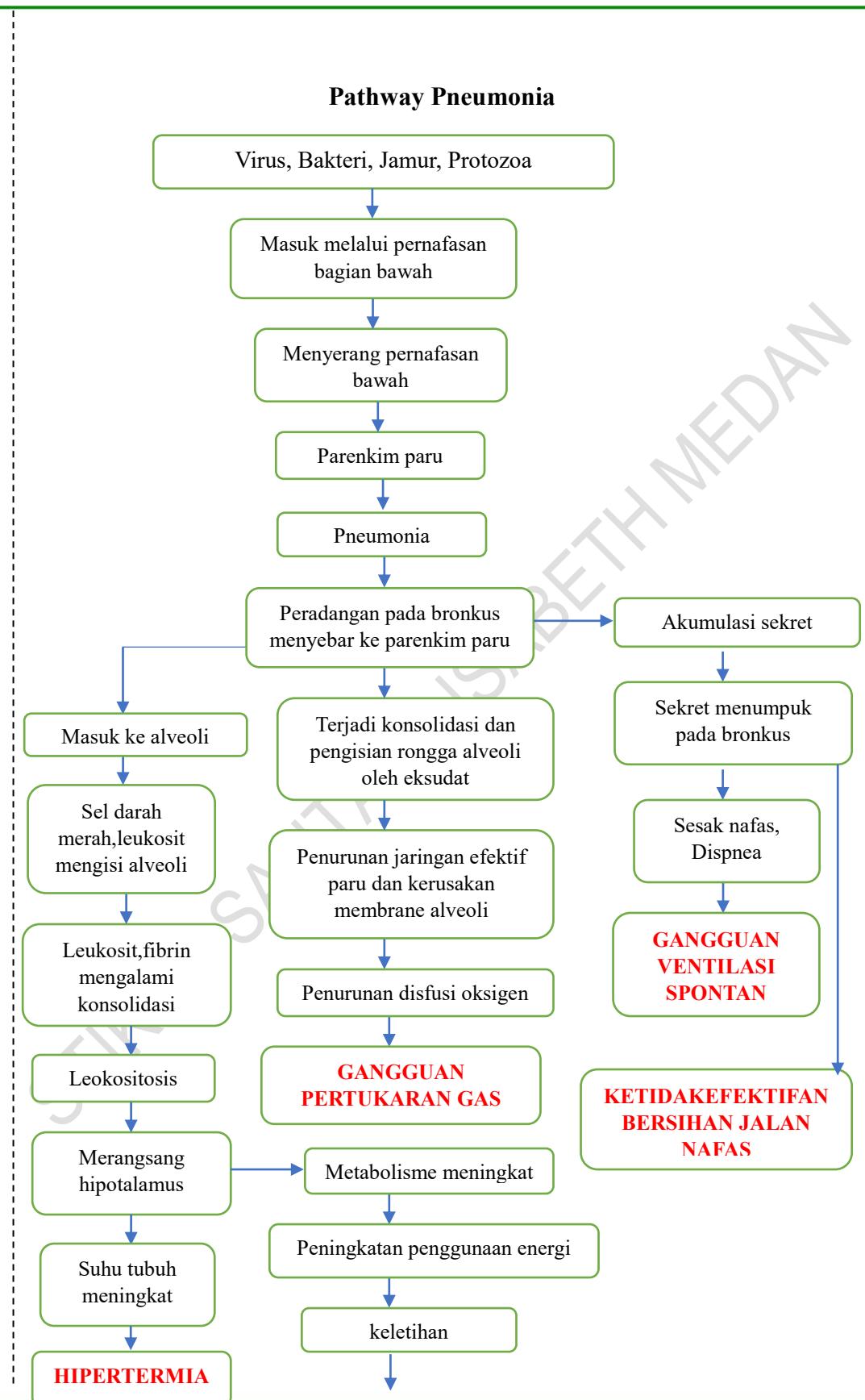
Menurut Patricia (2019), pneumonia merupakan respon inflamasi benda asing yang terhirup atau terhirup atau perkembang biakan mikroorganisme yang tidak terkendali dan menyerang saluran pernafasan bagian bawah. Respons ini menghasilkan akumulasi neutrofil dan sitokin proinflamasi lainnya di bronkus perifer dan ruang alveolar. Sistem pertahanan tubuh yang meliputi pertahanan anatomi, mekanik, humorai, dan seluler, dirancang untuk mengusir dan menghilangkan organisme yang masuk ke saluran pernapasan.

Pneumonia berkembang ketika mekanisme pertahanan normal paru terganggu atau kewalahan, sehingga memungkinkan mikroorganisme berkembang biak dengan cepat. Tingkat keparahan pneumonia bergantung pada jumlah bahan yang disedot, virulensi organisme, jumlah bakteri dalam aspirasi, dan pertahanan tubuh. Cara masuknya patogen ke saluran pernafasan bagian bawah meliputi aspirasi, inhalasi, penyebaran hematogen dari tempat yang jauh, dan translokasi.

Menurut Black (2019), *Streptococcys pneumoniae* penyebab utama pneumonia bakterial, umumnya berada di nasofaring dan menyebar tanpa gejala pada sekitar 20 %-50 % orang sehat. Infeksi virus meningkatkan perlekatan



bakteri pneumoniae pada reseptor pada epitel pernapasan. Setelah terhirup ke dalam alveolus, pneumo cocci menginfeksi sel alveolar tipe II. Mereka berkembang biak di alveolus dan menyerang epitel alveolar. Pneumokokus menyebar dari alveolus ke alveolus melalui pori-pori kohn, sehingga menghasilkan peradangan dan konsolidasi di sepanjang kompartemen lobar. Kantong alveolar yang meradang dan berisi cairan tidak dapat menukar oksigen dan karbon dioksida secara efektif. Eksudat alveolar cenderung berkonsolidasi sehingga semakin sulit untuk dikeluarkan. Pneumonia bakteri mungkin berhubungan dengan ketidaksesuaian ventilasi-perfusi yang signifikan seiring dengan berkembangnya infeksi.





### INTOLERANSI AKTIVITAS

#### 2.1.5. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi pada pneumonia (M.Black, 2016) antara lain :

1. Pleuritis yaitu peradangan pada selaput pembungkusan paru-paru atau pleura.
2. Atelektasis yaitu keadaan dimana paru-paru tidak dapat mengembang dengan sempurna akibat kurangnya mobilisasi atau reflek batuk hilang
3. Empiema yaitu adanya pus pada rongga pleura.
4. Efusi pleura adalah kondisi yang ditandai oleh penumpukan cairan di antara dua lapisan pleura.
5. Abses Paru merupakan penyakit yang menyerang organ paru-paru karena infeksi bakteri yang menyebabkan jaringan paru-paru menjadi bernanah.
6. Edema Pulmonary merupakan suatu keadaan dimana cairan merembes keluar dari pembuluh darah kecil paru ke dalam kantong udara dan daerah disekitarnya.
7. Infeksi Super Perikarditis merupakan suatu peradangan yang terjadi pada selaput pembungkus jantung (perikardium).
8. Meningitis yaitu infeksi yang menyerang selaput otak.
9. Arthritis merupakan suatu penyakit dimana persendian mengalami peradangan (biasanya terjadi pada kaki dan tangan).



### 2.1.6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Black (2019), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah pneumonia antara lain :

#### 1. Pemeriksaan Laboratorium

Didapatkan jumlah leukosit 15.000-40.000/mm<sup>3</sup>. Dalam keadaan leukopenia, laju endap darah biasanya meningkat hingga 100 mm/jam. Saat dilakukan biakan sputum, darah, atau jika dimungkinkan cairan efusi pleura. Untuk biakan aerobic, anaerobik, untuk selanjutnya dibuat pewarnaan gram sebagai pegangan dalam pemberian antibiotik. Sebaiknya diusahakan agar biakan dibuat dari sputum saluran pernapasan bagian bawah. Pemeriksaan analisa gas darah (AGD/Astrup) menunjukan hipoksemia sebab terdapat ketidakseimbangan ventilasi-perfusi di daerah pneumonia.

#### 2. Pemeriksaan Radiologi (Chest X-ray)

Mengidentifikasi distribusi struktural ( misal: lobar, bronchial: dapat juga menyatakan abses) luas/infiltrasi, empiema (stapilacoccus), infiltrasi menyebar atau terlokalisasi (bakterial), atau penyebaran /perluasan infiltrasi nodul ( lebih sering virus). Pada pneumonia mikoplasma, sinar x dada mungkin bersih.

#### 3. Pemeriksaan Gram/Kultur, Sputum Dan Darah

Untuk dapat diambil biosi jarum, aspirasi transtrakea, bronkoskopi fiberoptik atau biosi pembukaan paru untuk mengatasi organisme penyebab. Lebih dari satu organisme ada : Bakteri yang umum meliputi diplococcus pneumonia, staphilococcus, Aures A-hemolik streptococcus, hemophlus



influenza : CMV. Catatan: keluar sekutum tak dapat di identifikasi semua organisme yang ada. Keluar darah dapat menunjukan bakteremia sementara.

4. ABG / *Pulse Oximetry* : Abnormalitas mungkin timbul bergantung pada luasnya kerusakan paru .
5. Laju endap darah (LED) : meningkat.
6. Bilirubin meningkat.

#### 2.1.7. Penatalaksanaan

Menurut Brunner & suddarth (2018), penatalaksanaan pneumonia mencakup penanganan primer (pencegahan infeksi), sekunder (penanganan dini infeksi) dan tersier (mencegah komplikasi dan disabilitas jangka panjang).

##### 1. Penatalaksanaan Primer(pencegahan)

###### ➤ Vaksinasi

Vaksin pneumonia(pneumokokus dan influenza) dapat membantu mencegah infeksi paru paru

###### ➤ Kebersihan

Mencuci tangan secara teratur,membersihkan dan mendisinfeksi permukaan yang sering disentuh,serta batuk/bersin dengan tisu atau siku.

###### ➤ Hindari paparan

Batasi kontak dengan orang yang sakit,hindari asap rokok dan berhenti merokok.

###### ➤ Kekuatan sistem Imun

Lakukan aktifitas fisik secara teratur,makan makanan sehat dan kurangi



stress untuk menjaga sistem kekebalan tubuh tetap kuat.

2. Penatalaksanaan Sekunder (Penanganan Dini Infeksi)

➤ Diagnosis Dini

Jika Anda mengalami gejala pneumonia(batuk,demam,sesak napas) segera konsultasikan ke dokter untuk mendapatkan diagnosis dan penanganan yang tepat.

➤ Antibiotik

Jika pneumonia disebabkan oleh bakteri,dokter akan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis bakteri.

➤ Terapi Pendukung

Terapi oksigen,cairan intravena dan obat – obatan lain untuk meredakan gejala seperti batuk dan nyeri.

➤ Istirahat dan nutrisi

Istirahat yang cukup dan asupan nutrisi yang memadai sangat penting untuk membantu pemulihan.

3. Penatalaksanaan Tersier (Mencegah Komplikasi dan Disabilitas Jangka Panjang)

➤ Pengobatan Komplikasi

Jika pneumonia menyebabkan komplikasi seperti gagal nafas atau sepsis, penanganan yang lebih intensif mungkin sangat diperlukan.

➤ Rehabilitasi

Setelah pneumonia sembuh,rehabilitasi paru-paru dapat membantu pasien untuk kembali ke aktifitas normal.



➤ Pencegahan Re-infeksi

Lanjutkan tindakan pencegahan primer untuk mencegah pneumonia kambuh.

➤ Pencegahan Disfungsi Organ

Fokus pada intervensi yang mencegah disfungsi organ yang dapat menyebabkan penyakit kronis atau kematian.

➤ Pemantauan jangka panjang

Pasien yang pernah mengalami pneumonia mungkin perlu dipantau secara berkala untuk mendeteksi komplikasi atau masalah kesehatan lainnya.

## 2.2. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal,dengan melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan.

### 2.2.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan sangat penting dalam mendeteksi pneumonia. Temuan subjektif berupa sesak napas, nyeri dada pleuritik tergantung jumlah akumulasinya, demam, menggil, atau keringat malam pada pasien mana pun disertai gejala pernapasan harus mengingatkan perawat terhadap kemungkinan pneumonia bakterial. Temuan objektif meliputi hipoksemia, takipnea, perkusi lambat dan penurunan suara napas. Pengkajian pernafasan selanjutnya akan



mengidentifikasi manifestasi klinis pneumonia, nyeri tipe pleuritik, kelelahan, takipnea, penggunaan otot tambahan untuk bernapas, bradikardia, batuk dan sputum tertahan.

Perawat harus memperhatikan hal-hal berikut:

1. Perubahan suhu dan denyut nadi
2. Jumlah, bau dan warna sekret
3. Frekuensi dan tingkat keparahan batuk
4. Derajat takipnea atau sesak napas
5. Perubahan temuan penilaian fisik (Brunner & Suddarth, 2018)

### **2.2.2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentangan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Diagnosis keperawatan biasanya berisi dua bagian yaitu deskripsi atau pengubah, fokus diagnosis, atau konsep kunci dari diagnosis (Brunner, 2018).

Diagnosa yang muncul pada kasus Pneumonia antara lain:

1. Ketidakefektifan bersihkan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi.
3. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan.
4. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit .



5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen.

### 2.2.3. Intervensi keperawatan

Diagnosa	Hasil Yang Diaharapkan	Rencana Tindakan
Ketidakefektifan bersihkan jalan nafas berhubungan dengan sekresi dengan tertahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam bersihkan jalan nafas membaik dengan kriteria hasil: -produksi sputum menurun -sianosis menurun -gelisah menurun -Frekuensi nafas membaik	<b>Manajemen jalan</b> <b>Nafas</b> -observasi -monitor posisi selang ETT -monitor tekanan Balon ETT setiap 4-8 jam - <i>Teraupetik</i> -kurangi tekanan balon secara periodik setiap shif -pasang OPA -cegah ETT terlipat -lakukan penghisapan Lendir -ganti piksasi ETT Setiap 24 jam -lakukan perawatan mulut - <i>Edukasi</i> jelaskan kepada Keluarga tujuan



		Dan prosedur Pemasangan jalan Nafas buatan <i>-Kolaborasi</i> -intubasi ulang Jika terbentuk Mucous plug
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi perfusi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam gangguan pertukaran gas menurun dengan kriteria hasil : -Tingkat kesadaran Meningkat -bunyi nafas Tambahan menurun -gelisah menurun -pco2 membaik -po2 membaik -sianosis membaik	<b>Terapi Oksigen</b> <i>-Observasi</i> -monitor efektifitas terapi oksigen jika Perlu -monitor tanda tanda hipoventilasi <b>-Terapeutik</b> -bersihkan sekret Pada mulut,hidung Dan ETT -pertahankan Kepatenan jalan Nafas -berikan oksigen tambahan jika perlu <b>-Edukasi</b> -Ajarkan keluarga Penggunaan oksigen dirumah <i>-kolaborasi</i> -kolaborasi



Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan	Seletah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam gangguan ventilasi spontan menurun dengan kriteria hasil: -Volume tidal meningkat -penggunaan otot bantu nafas menurun -gelisah menurun -Pco2 membaik - Po2 membaik	Penentuan dosis Oksigen  <b>Pemantaun</b> <b>Respirasi</b> - <i>Observasi</i> -Monitor frekuensi, Irama,kedalaman, Dan upaya nafas -Monitor pola nafas -monitor adanya Sumbatan jalan Nafas -monitor adanya Produksi sputum -monitor nilai AGD -Auskultasi bunyi Nafas -monitor saturasi oksigen -Monitor hasil x-ray thorax - <i>Terapeutik</i> -Atur interval pemantauan respiration sesuai kondisi pasien - <i>Edukasi</i> -Jelaskan tujuan dan Prosedur pemantauan .
---	--	--



Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam masalah hipertermia menurun Dengan kriteria hasil: -takikardi menurun -suhu tubuh membaik -Hipoksia menurun	<b>Manajemen hipertermia</b> <i>-Observasi</i> - Identifikasi Penyebab Hipertermia(mis: Dehidrasi,terpapar Lingkungan panas, Penggunaan Inkubator) -monitor suhu tubuh -monitor kadar Elektrolit -monitor haluan Urine -monitor komplikasi akibat Hipertermia <i>-Terapeutik</i> - sediakan lingkungan Yang dingin - longgarkan atau Lepaskan pakaian -berikan cairan oral -basahi dan kipasi Permukaan tubuh <i>-Edukasi</i> -anjurkan tirah Baring <i>-Kolaborasi</i> -kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit Intravena ,jika perlu.  Intoleransi
--	--	---



aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam intoleransi Aktifitas meningkat Dengan kriteria hasil: -kemudahan melakukan aktifitas sehari hari meningkat -keluhan lelah menurun - dispnea saat aktifitas menurun -dispnea setelah aktifitas menurun -cianosis menurun -frekuensi nadi membaik	<b>Manajemen energi</b> <i>-Observasi</i> <i>-Identifikasi</i> Gangguan fungsi Tubuh yang mengakibatkan kelelahan -monitor kelelahan Fisik dan emosional -monitor pola Dan jam tidur -monitor lokasi dan Tidaknyamanan Selama melakukan Aktifitas <i>-Terapeutik</i> -sediakan lingkungan Nyaman dan rendah Stimulus -lakukan latihan Rentang gerak pasif Dan atau aktif. <i>-Edukasi</i> -anjurkan tirah Baring -anjurkan melakukan Aktifitas secara Bertahap <i>-kolaborasi</i> -kolaborasi dengan Ahli gizi tentang Cara meningkatkan Asupan makanan
--	--	--



#### 2.2.4. Implementasi keperawatan

Perencanaan keperawatan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Menurut Patricia(2019) ada banyak implementasi keperawatan untuk membantu terjadinya pneumonia:

1. Mengajari individu untuk mempraktikkan kebiasaan kesehatan yang baik seperti pola makan dan kebersihan yang benar, istirahat yang cukup, dan olahraga yang teratur dapat menjaga ketahanan alami terhadap organisme yang menginfeksi.
2. Pasien dengan perubahan kesadaran harus ditempatkan pada posisi (misalnya berbaring menyamping, tegak) yang akan mencegah atau meminimalkan resiko aspirasi.
3. Pasien harus diputar dan diubah posisinya setidaknya setiap 2 jam untuk memfasilitasi ekspansi paru yang memadai dan untuk mencegah pengumpulan sekret.
4. Perawat harus berhati-hati untuk menghindari pengobatan berlebihan dengan narkotika atau obat penenang, yang dapat menyebabkan penurunan refleks batuk dan penumpukan cairan di paru-paru.
5. Teknik aseptik steril yang ketat harus digunakan saat menyedot pasien.



### 2.2.5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses perawatan yang digunakan sebagai alat ukur keberhasilan suatu asuhan perawatan yang dibuat. Evaluasi ini berguna untuk menilai setiap langkah dalam perencanaan, mengukur kemajuan klien dalam mencapai tujuan akhir.

Evaluasi terdiri dari: evaluasi proses dilakukan pada setiap akhir melakukan tindakan perawatan, evaluasi hasil memberikan arah apakah rencana tindakan dihentikan atau dimodifikasi atau dilanjutkan. Evaluasi hasil dicatat dan dapat dilihat pada catatan perkembangan yang meliputi subjektif, objektif, analisa dan planning. Evaluasi akhir menggambarkan apakah tujuan tercapai, tercapai sebagian atau tidak sesuai dengan rencana atau timbul masalah baru.

**BAB 3**  
**TINJAUAN KASUS**

ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA NY K DENGAN PNEUMONIA

BILATERAL DI RUANG ICU RS. SANTA ELISABETH MEDAN

TAHUN 2025

Nama Mahasiswa : Lisa Suwaty Simanjuntak  
NIM : 052024022

**PENGKAJIAN :**

Tanggal Pengkajian : 28/03/2025 pukul 15:00 wib

**1. IDENTIFIKASI KLIEN**

Nama Initial : Ny.K  
Tempat/Tgl Lahir (umur) : Kabanjahe, 23/06/1963(61tahun)  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status Perkawinan : Sudah menikah  
Jumlah Anak : 4(empat) anak  
Agama/Suku : Katolik/Batak karo  
Pendidikan terakhir : SMA  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Alamat : Tanjung Morawa  
Diagnosa Medis : Pneumonia Bilateral  
Nomor Medical Record : 00411481



Tanggal Masuk Rumah Sakit : 27 maret 2025

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua,suami, istri,**anak** ).

Nama : Ny. L

Pendidikan Terakhir : Sarjana

Pekerjaan : PNS

Alamat : Tanjung Morawa

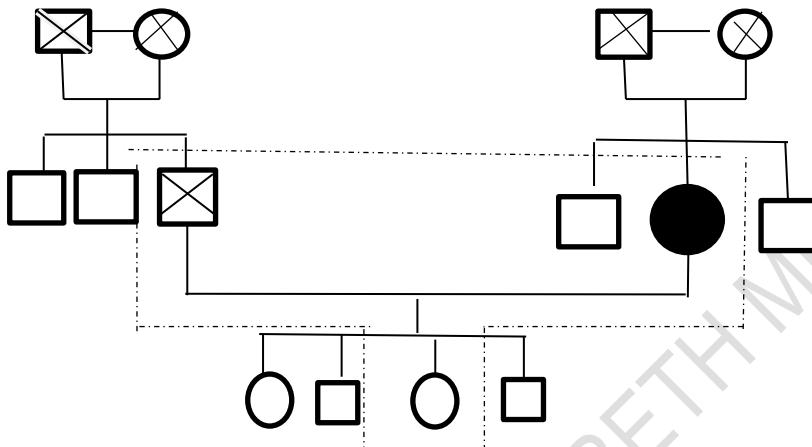
## II. RIWAYAT KESEHATAN

- a. Keluhan Utama : Pasien tampak sesak nafas, gelisah, pernafasan cuping hidung, tampak menggunakan otot bantu nafas,pasien penurunan kesadaran,pasien terintubasi dan menggunakan ventilator. HR 117x/mnt RR 34x/mnt SO2 89%.
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Sesak napas, respon batuk lemah dan terdengar suara ronchi dikedua lapangan paru, slem banyak dan kental serta demam(38,9).
- c. Riwayat Kesehatan Dahulu : keluarga mengatakan pasien riwayat stroke 4 tahun yang lalu.
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga : Hipertensi(orang tua laki laki pasien)



- e. Riwayat Alergi : Tidak ada riwayat alergi terhadap obat maupun makanan sejenisnya.

**GENOGRAM :** ( 3 generasi / keturunan )



**Keterangan:**

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien
- - - : Tinggal serumah

**III. PENGKAJIAN FISIK**

1. Keadaan Umum

Sakit/nyeri : **berat ✓** sedang  ringan

Alasan: Keadaan umum pasien berat, kesadaran somnolent, terpasang infus

RL 15 tpm, terpasang F. Chateter, terpasang NGT, terpasang Ekg monitoring

Observasi vital sign TD (130/80 mmHg), (HR 117 x/i), (RR 34x/i), dengan



ventilator SIMV 12 TV 450 Fio2 40% PEEP 5 PS 10 ronkhi (+), dan terdapat slem banyak dan kental.

Status gizi : gemuk  **normal ✓** kurus

Sikap : tenang  **gelisah✓** menahan nyeri

Alasan: Pasien terpasang restrain pada tangan dan kaki dan tidak bisa mengikuti mesin ventilator dengan baik.

Personal Hygiene : bersih  **kotor ✓** lain-lain

## 2. Data Sistemik

### a. Sistem persepsi Sensori

Pendengaran : **normal ✓** kerusakan ka/ki  tuli ka/ki  Alat bantu dengar  tinitus

Pengelihatan : **normal ✓**  kaca mata  lensa kontak  
 kerusakan ka/ki  kebutaan ka/ki  katarak ka/ki

Pengcap, penghidu : **normal✓** gangguan indera pengcap

gangguan indera penghidu

**Peraba : normal ✓**  gangguan indera peraba

### a. Sistem Pernapasan

Frekuensi : 34x/mnt(monitoring) kualitas : normal  dangkal  
**cepat ✓**

Batuk : ya (lemah) / tidak Suara Nafas : Bersih  **Ronchi✓**

Wheezing

Sumbatan jalan nafas : **sputum ✓** lendir  darah  ludah



Alasan: Frekuensi napas pasien cepat dan terdengar suara tambahan ronchi pada kedua lapang paru kiri dan kanan bagian bawah, terdapat sputum kental berwarna hijau dibantu suction dan AGDA **Asidosis Respiratorik** (Ph 7,35) (PCO<sub>2</sub> 56,6 mmHg) (PO<sub>2</sub> 53,6 mmHg) (HCO<sub>3</sub> 21,2 mmol/L), (Be -4,5) (SPO<sub>2</sub> 86,1 %).

b. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah : 130/80 mmHg

Denyut nadi : 117x/menit, Irama : teratur  **tidak teratur ✓**

Kekuatan : **kuat ✓** lemah

Akral : **hangat ✓** dingin

Pengisian kapiler : < 3 detik **✓** >3 detik

Edema : **tidak ada ✓** ada

c. Sistem Saraf Pusat

Kesadaran : CM  Apatis  **Somnolen✓** Soporous

Coma  GCS 7T(E:2 V:T M:5) T(Terintubasi)

Bicara : normal **tak jelas ✓** kacau  afasia

Pupil : **isokor ✓** anisokor

Orientasi waktu : **baik ✓** buruk

Orientasi tempat : **baik ✓** buruk

Orientasi orang : **baik ✓** buruk

d. Sistem Gastrointestinal

Nafsu makan : normal  meningkat  menurun

mual  muntah



Alasan: Tidak dilakukan pengkajian dikarenakan pasien menggunakan NGT

Mulut dan tenggorokan : **normal ✓**  lesi

Kemampuan Mengunyah : normal  kurang  kesulitan

Alasan: Tidak dilakukan pengkajian karna tampak terpasang NGT pada pasien  
dan sonde habis (250 cc + 100 cc air) tidak ada muntah.

Kemampuan Menelan : normal  nyeri telan

Alasan: Tidak dilakukan pengkajian karna pasien terpasang NGT

Perut : **normal ✓** hiperperistaltik  tidak ada bising usus

Kembung  nyeri tekan kuadran..... /bagian .....

Colon dan rectum : BAB : normal

Diare -x/-jam Inkontinensia

Melena  Hematemesis

e. Sistem Muskuloskeletal

Rentang gerak : Penuh  **Terbatas ✓**

Keseimbangan dan cara jalan : Tegap  Tidak tegap

Alasan: Tidak dilakukan pengkajian karena pasien bed rest

Kemampuan memenuhi aktifitas sehari-hari : Mandiri

Dibantu sebagian  **Dibantu sepenuhnya ✓**

Alasan: Pasien dibantu dalam hal makan, minum, mandi, berpakaian,  
dibantu perawat juga dalam miring kanan miring kiri, serta dalam hal  
BAB/ BAK.



f. Sistem Integumen

Warna kulit : **normal ✓**      pucat       sianosis

Ikterik

Turgor : **baik ✓**      buruk

Luka : **Tidak ada ✓**      Ada pada

Memar : **Tidak ada ✓**      Ada pada

Kemerahan : **Tidak ada ✓**      Ada pada

g. Sistem Reproduksi

Infertil: Ada       **Tidak ada ✓**

Masalah Reproduksi : Ada       **Tidak ada ✓**

Skrotum : Edema       Ulkus       Nyeri tekan

Testis : Edema       Massa

Prostat : Massa       Nyeri tekan

Payudara : Kontur       Simetris       Inflamasi

Jaringan parut       Lain-lain ..

h. Sistem perkemihan :

Output (Urine) : 2200 cc / 24 jam

#### IV. DATA PENUNJANG

(Hasil pemeriksaan Laboratorium, Radiologi, EKG)

#### Hasil pemeriksaan laboratorium (27 Maret 2025)

##### Darah rutin

Leukosit : 18.000mm<sup>3</sup>

Hb : 10,4 g/dl



HCT	: 38 %
PLT	: 210 mm3
Limfosit	: 7,4 %
Monosit	: 12,4 %
Nitrofil	: 77,7 %

#### AGD

pH	: 7,35
pCO2	: 56,6 mmHg
pO2	: 53,6 mmHg
HCO3-	: 21,2 mmol/L
BE	: -4,5mmol/L
SO2 %	: 86,1%

Kesimpulan hasil laboratorium : Asidosis Respiratorik

Albumin	: 2,1
Natrium	: 121
Kalium	: 3,0
Clorida	: 71

#### Hasil kultur darah (27 Maret 2025)

-Klebsiella Pneumoniae

#### Hasil pemeriksaan radiologis (27 Maret 2025)

Thorax (PA) : Diaphragma dan kedua sinus tampak normal.

Pada kedua lapangan paru-paru tampak bercak perselubungan yang luas. Tidak tampak pembesaran jantung.



Kesan gambaran radiologis pneumonia bilateral.

**Hasil pemeriksaan EKG (27 Maret 2025)**

Kesimpulan : Sinus rythme

**V. TERAPI YANG DIBERIKAN**

OBAT/TINDAKA N	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/MANFAAT
Obat Meropenem 3x 1 gram	Golongan obat antibiotik	08-16-24	Untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri
Obat nebul salbutamol 3x 1fls	Golongan obat bronkodilator	09-17-01	Untuk mengatasi sesak nafas akibat menyempitnya saluran pernafasan.
Injeksi Omeperazole 2 x40mg	Golongan obat proton pump inhibitor	10-22	Untuk mengatasi asam kambung berlebih
Obat Acetylcysteine 3x 1cap	Golongan obat yang disebut agen mukolitik	08-16-24	Untuk mengencerkan dahak sehingga mudah dikeluarkan melalui batuk
IVFD Ringer Laktat 20 tpm	Cairan infus	24 jam	Untuk mengembalikan cairan tubuh yang hilang
albusmin 3x1 tablet	Golongan protein plasma	08-16-24	Untuk penambahan protein dalam adarah
Paracetamol 3x 1gr	Golongan obat analgesik dan antipiretik	10-18-02	Untuk meringankan nyeri dan demam
Midazolam 15mg	Golongan obat sedasi	3cc/jam	Untuk menenangkan pasien



## VI. PENGKAJIAN MASALAH PSIKOSOSIAL BUDAYA DAN SPIRITAL

### PSIKOLOGIS

Perasaan klien setelah mengalami masalah ini adalah **keluarga pasien mengatakan perasaan sedih**

Cara mengatasi perasaan tersebut **berdoa**

Rencana klien setelah masalahnya terselesaikan **keluarga mengatakan akan mulai pola hidup sehat**

Jika rencana ini tidak dapat dilaksanakan **berusaha selalu**

Pengetahuan klien tentang masalah/penyakit yang ada **keluarga pasien mengatakan kurang mengetahui**

### SOSIAL

Aktifitas atau peran klien masyarakat adalah **keluarga mengatakan pasien sering mengikuti doa lingkungan**

Kebiasaan lingkungan yang tidak disukai adalah **keluarga mengatakan tidak ada**

Cara mengatasinya -

Pandangan klien tentang aktifitas sosial di lingkungannya -

Budaya yang diikuti klien adalah budaya **batak karo**

Keberatannya dalam mengikuti budaya tersebut adalah -

Cara mengatasi berat tersebut adalah –



## SPIRITAL

Aktifitas ibadah yang bisa dilakukan sehari-hari adalah **keluarga mengatakan sebelum sakit pasien rajin ke gereja**

Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan adalah **ke gereja**

Aktifitas ibadah yang sekarang tidak dapat dilaksanakan adalah **pergi beribadah ke gereja**

Perasaan klien akibat tidak dapat melaksanakan hal tersebut -

Upaya klien mengatasi perasaan tersebut **berdoa di tempat tidur**

Apa kenyakinan tentang peristiwa/masalah kesehatan yang sekarang sedang dialami **keluarga mengatakan percaya bahwa keadaan pasien akan semakin baik.**



## ANALISA DATA

Tanggal/ Jam	Data Fokus	Penyebab	Masalah Keperawatan
28-03- 2025	<p>Data subjektif : -</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. pasien tampak sesak, menggunakan otot pernafasan.</li><li>2. pasien tampak gelisah, terpasang restrain.</li><li>3. pasien terpasang ventilator dengan ketentuan mode SIMV 12 TV 450 Fio2 40% PEEP 5 PS 10</li><li>4. pasien terpasang NGT dan Fcath</li><li>5. Terpasang CVC disubklavia dextra dengan Infus RL 60cc/jam, midazolam 15mg/NS 3cc/jam</li><li>6. Observasi vital sign TD 130/80mmHg HR 117x/mnt SH 38,9 SO2 91%.</li></ol>	Kelelahan otot pernafasan	Gangguan ventilasi spontan (D.0005)  Bersihan Jalan Napas Tidak



28-03-2025	Data Subjektif : -  Data Objektif :  1. Pasien tampak sesak napas dan gelisah.  2. Refleks batuk lemah, sputum tidak dapat dikeluarkan, dibantu suction, slem kental berwarna kehijauan  3. Frekuensi napas cepat  4. Terdapat suara napas tambahan (ronkhi)  5. Observasi vital sign TD130/80mmHg HR 117x/mnt SH 38,9 SO2 91%.	Sekresi yang tertahan	Efektif (D. 0001)
28/03/2025	Data Subjektif:-  Data Objektif:  -hasil AGD asidosis respiratory Ph : 7,35 pCO2 : 56,6 mmHg pO2 : 53,6 mmHg	ketidakseimbangan ventilasi perfusi	Gangguan pertukaran gas (D.0003)



28/03/ 2025	HCO3-: 21,2 mmol/L  BE : -4,5mmol/L  SO2 %: 86,1%  -Pasien terpasang ventilator - Pasien gelisah - Terdengar suara ronchi dikedua lapangan paru -Terpasang CVC disubklavia dextra dengan Infus RL 60cc/jam, midazolam 15mg/NS 3cc/jam -Observasi vital signTD130/80mmHg HR 117x/mnt SH 38,9 SO2 91%.  Data Subjektif : - Data Objektif : - Pasien tampak gelisah, Akral hangat - Pola napas dyspnea	Proses penyakit (infeksi)	Hipertermia (D. 0130)
----------------	---	---------------------------------	--------------------------



		<ul style="list-style-type: none"><li>- Observasi vital sign (TD 130/80 mmHg), (HR 117 x/i), (RR 34x/i monitoring), (SPO2 91 %), T (38,9°C)</li><li>- Kesan gambaran radiologis pneumonia bilateral.</li></ul>		
28/03/20	25	<p>Data Subjektif : -</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ku berat, kesadaran somnolent, GCS 7T</li><li>2. Terpasang ekg monitor, Ngt, F. Chateter, On ventilator, infus RL 20 tpm</li><li>3. ADL dibantu sepenuhnya ditempat tidur</li><li>4. Pasien terbaring lemah</li><li>5. Observasi vital sign TD 130/80 mmHg, HR 117 x/i, pern Vent SIMV 12 SO2 92 %, T (38,9)</li></ol>	Tirah baring	Intoleransi Aktifitas (D. 0056)



### DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	TTD
1.	28/03/2025	Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan ditandai dengan pasien tampak sesak,menggunakan otot pernafasan.pasien tampak gelisah dan terpasang restrain, pasien terpasang ventilator dengan ketentuan mode SIMV 12 TV 450 Fio2 40% PEEP 5 PS 10,pasien terpasang NGT dan Fcath ,Observasi vital sign TD 130/80mmHg HR 117x/mnt SH 38,9 SO2 91%.	L I S A
2	28/03/2025	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan Pasien tampak sesak napas dan gelisah ,Refleks batuk lemah, sputum tidak dapat dikeluarkan dibantu suction, slem kental berwarna kehijauan, Frekuensi napas cepat ,Terdapat suara napas tambahan (ronkhi) , Observasi vital signTD130/80mmHg HR 117x/mnt SH 38,9 SO2 91%.	L I S A



3.	28/03/2025	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi ditandai dengan hasil AGD asidosis respiratory  Ph : 7,35  pCO2 : 56,6 mmHg  pO2 : 53,6 mmHg  HCO3-: 21,2 mmol/L  BE : -4,5mmol/L  SO2 %: 86,1%  -Pasien terpasang Ventilator -Pasien gelisah -Terdengar suara ronchi dikedua lapangan Paru.  -Terpasang CVC disubklavia dextra dengan Infus RL 60cc/jam,midazolam 15mg/NS 3cc/jam  -Observasi vital sign TD130/80mmHg HR 117x/mnt SH 38,9 SO2 91%.	L I S A
----	------------	--	------------------



4	28/03/2025	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan Pasien tampak gelisah, Akral hangat,Pola napas dyspnea.  Observasi vital sign (TD 130/80 mmHg), (HR 117 x/i), (RR 34x/i monitoring), (SPO2 89 %), T (38,9°C) pasien on ventilator  Kesan gambaran radiologis pneumonia bilateral.	L I S A
5	28/03/2025	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring ditandai dengan Ku berat, kesadaran somnolent,GCS 7T  Terpasang ekg monitor, Ngt, F. Chateter,On ventilator, infus RL 20 tpm  ADL dibantu sepenuhnya ditempat tidur  Pasien terbaring lemah ,Observasi vital sign TD130/80 mmHg, HR 117 x/i, pern Vent SIMV 12 SO2 92 %, T (38,9)	L I S A



### PRIORITAS MASALAH

1. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan (D.0005)
2. Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D. 0001)
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi (D. 0003)
4. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D. 0130)
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring (D. 0056)



## RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

TGL	DP	Tujuan Dan Sasaran	Intervensi	Rasional	Nama
28-03-2025	1	<b>SLKI</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan ventilasi spontan menurun dengan kriteria hasil penggunaan otot bantu nafas menurun -gelisah menurun -Pco2 membaik - Po2 membaik	<b>SIKI</b> <b>Pemantauan respirasi (I. 01014)</b> <i>Observasi :</i> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas) 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Monitor saturasi oksigen 7. Monitor nilai AGDA <i>Terapeutik :</i> 1. Atur interval	-Memantau status pernapasan pasien -Memantau bunyi napas tambahan -Mengetahui adanya sputum	Lisa



			pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien <i>Edukasi :</i> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan		
28- 03- 2025	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan bersihkan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil : <b>Bersihkan jalan napas (L. 01001)</b> 1. Bunyi napas tambahan menurun (5) 2. Gelisah menurun (5) 3. PCO2 membaik (5) 4. PO2 membaik(5) 5. Pola napas	<b>Manajemen jalan nafas (I. 01011)</b> -observasi -monitor posisi selang ETT -monitor tekanan Balon ETT setiap 4-8 jam.  <i>Teraupetik</i> -kurangi tekanan balon secara periodik setiap shift -pasang OPA -cegah ETT terlipat -lakukan penghisapan  Lendir -ganti piksasi ETT Setiap 24 jam		Lisa



		membaiik (5)			
28- 03- 2025	3	<b>SLKI</b>  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : <b>Pertukaran gas (L. 01003)</b> 1. Bunyi napas tambahan menurun (5) 2. Gelisah menurun (5) 3. PCO2 membaik (5) 4. PO2 membaik (5) 5. Pola napas membaik (5)	<b>SIKI</b>  <b>Terapi Oksigen (I. 01026)</b>  <i>Observasi :</i> 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor efektifitas terapi oksigen (misal AGDA)  <i>Terapeutik :</i> 1. Berikan oksigen tambahan, jika perlu  <i>Kolaborasi :</i> 1. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur	Memantau hasil AGDA pasien apakah sudah normal  -Memantau penggunaan oksigen agar berfungsi dengan baik	Lisa
28- 03- 2025	4	Setelah dilakukan tindakan	<b>Termoregulasi (I. 14134)</b>  <i>Observasi :</i>		



		keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan hipertermia membaik dengan kriteria hasil : <b>Termoregulasi (L. 14134)</b> 1.Suhu tubuh membaik (5) 2.Takipnea menurun (5)	1. Monitor suhu tubuh <i>Terapeutik :</i> 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Lakukan pendinginan eksternal (misal di kompres dahi, axila)  <i>Edukasi :</i> Anjurkan tirah baring.  <i>Kolaborasi:</i> Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu		
28-03-2025	5	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan	<b>Manajemen Energi (I. 05178)</b> <i>Observasi :</i> 1.Monitor kelelahan fisik 2.Monitor lokasi dan ketidaknyamanan		Lisa



		<p>intoleransi aktifitas meningkat</p> <p><b>Toleransi aktifitas (L. 05047)</b></p> <p>1.Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5)</p> <p>2.Frekuensi napas membaik (5)</p>	<p>selama melakukan aktifitas.</p> <p><i>Terapeutik :</i> Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p><i>Kolaborasi :</i> Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</p>		
--	--	---	---	--	--



### IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. K/61 tahun

Ruangan : ICU

Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	TT
28/03/ 2025 Jam 15:00 wib	1,2,4	Melakukan pengkajian ku dan kes pasien, dan pemeriksaan tanda tanda vital pasien, dengan TTV : TD (130/80 mmHg), SPO2 (89 %) HR (101x/i) Pasien terpasang Ventilator mekanik T (38,9°C)	L I S A
Jam 15.00 wib	1,2,3	Melakukan auskultasi kedua paru terdengar ronkhi, kemudian melakukan chest fisioterapi dada	
Jam 15.15 wib	1,2,3	Melakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 10 detik, batuk lemah, slem hijau dan kental, kemudian melakukan auskultasi kembali kedua paru, ronkhi terdengar berkurang, dan memberikan posisi semi fowler, dengan SPO2 (90 %).	
Jam 15.30 wib	1,5	Melakukan mobilisasi miring kanan kiri per 2 jam, dengan infus RL 20 tpm terpantau lancar,,pasien On ventilator	
Jam 16:00 wib	5	Memberikan diet sonde 250 cc, kemudian sekaligus memberikan obat sore yaitu obat oral (Acetylcysteine), kemudian residu dan muntah tidak ada	L I S A



Jam 17:00 wib	1,2,3	Memberikan obat nebul salbutamol 1 amp kepada pasien dan melakukan chest fisioterapi dada	
Jam 17:10 wib	4,5	Memberikan kompres air hangat di kedua axila dan kedua lipatan paha pasien kemudian memberikan pakaian dan selimut yang tipis	
Jam 17:35 wib	1,2,3	Memonitor bersihkan jalan nafas pasien, RR (30x/i)Monitoring SPO2 (90%), dan kemudian membantu mobilisasi mika miki per 2 jam	
Jam 18. 00 wib	1,4	Melakukan observasi vitalsign TD 120/80 HR 120x/mnt SH 38 Pern ventilator SIMV So2 93%	
Jam 20.00 wib	1,4	Memonitor kembali tanda vital pasien mulai dari (TD 130/80, HR 109x/i, T 38 SPO2 94 % kemudian kolaborasi dalam memberikan obat injeksi paracetamol 1 gr IV	L I S A
Jam 20:10 wib	5	Memenuhi kebutuhan pasien diatas tempat tidur memberi pasien makan melalui selang NGT kurang lebih 250cc,muntah tidak ada	
Jam 21:00 wib	1,2,3, 4,5	Kolaborasi dalam memberikan obat injeksi meropenem 1 gr IV	
29/03/ 25, jam 07.30 wib	1,2,3, 4,5	Melakukan pengkajian ku dan kes pasien, dan pemeriksaan tanda vital pasien, dengan TTV : TD (130/80 mmHg), SPO2 (95 %) HR (98x/i) Pern Ventilator SIMV dengan ketentuan yang sama T (38°C)	L I S A



Jam 08.00 wib	1,2,3	Melakukan auskultasi kedua paru terdengar ronkhi, kemudian melakukan chest fisioterapi dada	
Jam 08.15 wib	1,2,3	Melakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 10 detik, batuk lemah, slem hijau dan kental, kemudian melakukan auskultasi kembali kedua paru, ronkhi terdengar berkurang, dan memberikan posisi semi fowler, dengan SPO2 (96 %).	L I S A
Jam 08.25 wib	1,,2,5	Melakukan oral hygiene kepada pasien, mengganti fiksasi selang NGT dan ETT kemudian membantu mobilisasi miring kanan kiri per 2 jam, dengan infus rl 20 tpm inj midazolam 15mg/NS 3cc/jam terpantau lancar	
Jam 08.35 wib	5	Memberikan diet sonde 250 cc, melalui selang NGT kemudian memberikan obat pagi yaitu obat oral (Acetylcysteine), kemudian residu dan muntah tidak ada	
Jam 09.15 wib	3	Memberikan obat nebul salbutamol 1 amp kepada pasien dan melakukan chest fisioterapi dada	L I S A
Jam 09.45 wib	4	Memberikan kompres air hangat di kedua axila dan kedua lipatan paha pasien kemudian memberikan pakaian dan selimut yang tipis	
Jam 10.00 wib	1	Melakukan observasi vitalsign TD 110/70 HR 100x/mnt SH 37,8 pern ventilator dengan kententuan yang sama SO2 96%	
Jam11.	2,3	Memonitor bersihkan jalan nafas masih terdengar	



00 wib		suara ronchi dikedua lapangan paru paru, melakukan chest fisioterapi dan membersihkan jalan nafas dengan suction	
Jam 12.00 wib	1	Memonitor kembali tanda vital pasien mulai dari (TD 130/80, pern ventilator SIMV HR 98x/i, T 38, SPO2 97 % kemudian kolaborasi dalam memberikan obat injeksi paracetamol 1 gr IV	L I S A
Jam 13.30 wib	1	Memonitoring kembali keadaan pasien, ku pasien masih berat, kesadaran somnolent	
Jam 14.00 wib	1,2,3	Kolaborasi dalam memberikan obat injeksi meropenem 1 gr IV	
30/03/ 25, jam 07.30 wib	1,2,3, 4,5	Melakukan pengkajian ku dan kes pasien, dan pemeriksaan tanda tanda vital pasien, dengan TTV TD (130/80 mmHg), SPO2 (98%) HR (95x/i) pernp Ventilator SIMV T (37,5°C)	L I S A
Jam 08.00 wib	1,2,3	Melakukan auskultasi kedua paru terdengar ronkhi, kemudian melakukan chest fisioterapi dada	
Jam 08.15 wib	1,2,3	Melakukan penghisapan lendir (suction) kurang dari 10 detik, batuk lemah, slem hijau dan kental, kemudian melakukan auskultasi kembali kedua paru, ronkhi terdengar berkurang, dengan SPO2 (98 %).	
Jam 08.25 wib	1,5	Melakukan oral hygiene kepada pasien, melakukan perawatan ETT dan NGT kemudian membantu mobilisasi miring kanan kiri per 2 jam, dan menggosok punggung dengan minyak parapin	L I S A



Jam 08.35 wib	5	Memberikan diet sonde 250 cc, kemudian sekaligus memberikan obat pagi yaitu obat oral (Acetylcysteine), kemudian residu dan muntah tidak ada	
Jam 09.15 wib	3	Memberikan obat nebul salbutamol 1 amp kepada pasien	L I S A
Jam 09.45 wib	4,5	Memberikan pakaian dan selimut yang tipis	
Jam 10.00 wib	1,2,3, 5	Memonitor bersihkan jalan nafas PO2 (97 %), dan kemudian membantu mobilisasi mika miki per 2 jam	L I S A
Jam 11. 00 wib	2,3	Monitor bersihkan jalan nafas dan memberi posisi pasien semifowler	
Jam 12.00 wib	1	Memonitor kembali tanda vital pasien mulai dari (TD 120/70, HR 90x/i, T 36,8 SPO2 98%	
Jam 13.30 wib	1	Memonitoring kembali keadaan pasien, ku pasien masih berat, kesadaran somnolen,	
Jam 14.00 wib	1,2,3	Kolaborasi dalam memberikan obat injeksi meropenem 1 gr IV	L I S A



### EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. K/61 tahun

Ruangan : ICU

Tgl/ Jam	No. Dp	EVALUASI (SOAP)	TT
28/03/ 25, jam 20:30 wib	1.	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tampak gelisah dan sesak</li><li>- Pasien tampak menggunakan otot pernafasan</li><li>- Slem banyak dan kental dibantu suction</li><li>-Terpasang Ventilator SIMV dengan ketentuan SIMV 12 TV 450 fio2 40% PEEP 5 PS 10 SO2 93%</li><li>-Tepasang infus RL 20tts/mnt,,dan Inj midazolam 15mg/NS 3cc/jam</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Ventilasi spontan belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pantau keadaan umum pasien</li><li>- Lakukan fisioterapi dada</li><li>- Lakukan suction</li><li>- Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</li></ul>	L I S A
28/03/ 25, jam 20:30 wib	2.	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Terdengar suara ronchi di kedua lapangan paru</li><li>- Slem banyak dan kental</li><li>- Pasien tampak gelisah</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Bersihkan jalan nafas belum teratasi</p>	



		<p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- pantau keadaan umum pasien</li><li>- lakukan fisioterapi dada</li><li>- pantau bersihkan jalan nafas&gt;&gt; lakukan suction</li><li>- Beri posisi miring kir dan miring kanan</li><li>- Beri posisi semifowler</li><li>- lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</li></ul>	L I S A
28/03/ 25, jam 20:30 wib	3	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pasien tampak sesak</li><li>-Pasien tampak gelisah</li><li>-PH : 7,35mmHg</li><li>PCO<sub>2</sub> : 56,6 mmHg</li><li>PO<sub>2</sub> : 53,6 mmHg</li><li>HCO<sub>3</sub>-: 21,2 mmol/L</li><li>BE : -4,5mmol/L</li><li>SO<sub>2</sub> %: 86,1%</li><li>-observasi vitalsign TD 120/80 HR 120x/mnt SH 38 ,9</li><li>Pern ventilator SIMV So2 93%</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pantau AGDA</li><li>-Pantau TTV pasien</li><li>- lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</li></ul>	L I S A



28/03/ 25, jam 20:30 wib	4.	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Observasi vitalsign TD 120/80 HR 120x/mnt SH 38,9</li><li>Pernafasan ventilator SIMV 12 fio2 40% So2 93%</li><li>-Pasien tampak gelisah, takikardi</li><li>- Pasien terpasang Infus RL 20tts/mnt, NGT, F.cath</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Hipertermia belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pantau TTV pasien</li><li>-Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik dan antipiretik</li></ul>	L I S A
28/03/ 25, jam 20:30 wib	5.	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pasien terpasang Ventilator</li><li>-Pasien tampak gelisah</li><li>-ADL pasien dibantu seluruhnya oleh perawat</li><li>-Terpasang infus RL,NGT dan Fcath</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah keperawatan intoleransi aktifitas belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pantau TTV pasien</li><li>- bantu pasien dalam hal ADL</li></ul>	



29/03/ 25, jam 14.00 wib	1.	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tampak gelisah dan sesak</li><li>- Pasien tampak menggunakan otot pernafasan</li><li>- Slem banyak dan kental dibantu suction</li><li>-Terpasang Ventilator SIMV dengan ketentuan SIMV 12 TV 450 fio2 40% PEEP 5 PS 10 SO2 95%</li><li>-Tepasang infus RL 20tts/mnt,,dan Inj midazolam 15mg/NS 3cc/jam</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Ventilasi spontan belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pantau keadaan umum pasien</li><li>- Lakukan fisioterapi dada</li><li>- Lakukan suction</li><li>- Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</li></ul>	L I S A
29/03/ 25, jam 14.00 wib	2.	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Terdengar suara ronchi dikedua lapangan paru</li><li>- Slem banyak dan kental</li><li>- Pasien tampak gelisah</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Bersihan jalan nafas belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- pantau keadaan umum pasien</li><li>- lakukan fisioterapi dada</li><li>- pantau bersihan jalan nafas&gt;&gt; lakukan suction</li><li>- Beri posisi miring kiri dan miring kanan</li><li>- Beri posisi semifowler</li></ul>	L I S A



		-lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi	
29/03/ 25, jam 14.00 wib	3.	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pasien tampak sesak</li><li>-Pasien tampak gelisah, terpasang midazolam 15mg/Ns 3cc/jam</li><li>-observasi vitalsign TD 130/80, pern ventilator SIMV 12 fio2 40% HR 98x/i, T 37.8 SPO2 97 %</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pantau TTV pasien</li><li>- lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Terapi dan pemeriksaan AGD ulang</li></ul>	L I S A
29/03/ 25, jam 14.00 wib	4.	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-observasi vitalsign TD 130/80, pern ventilator SIMV 12fio2 40% HR 98x/i, T 37.8 SPO2 97 %</li><li>-Pasien tampak gelisah</li><li>- pasien terpasang ventilator</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Hipertermia belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pantau TTV pasien</li><li>-Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik dan antipiretik</li></ul>	L I S A



29/03/ 25, jam 14.00 wib	5	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pasien terpasang Ventilator</li><li>-Pasien tampak gelisah</li><li>-ADL pasien dibantu seluruhnya oleh perawat</li><li>-Terpasang infus RL, NGT dan Fcath</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah keperawatan intoleransi aktifitas belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Lanjutkan intervensi keperawatan.</li><li>-Pantau TTV pasien</li><li>- bantu pasien dalam hal ADL</li></ul>	L I S A
30/03/ 2025 14:00 wib	1	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sesak nafas berkurang</li><li>- Slem ada dan kental dibantu suction</li><li>-Terpasang Ventilator SIMV dengan ketentuan SIMV 12 TV 450 fio2 40% PEEP 5 PS 10 SO2 99%</li><li>-Terpasang infus RL 20tts/mnt,,dan Inj midazolam 15mg/NS 3cc/jam</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Ventilasi spontan belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Lanjutkan intervensi keperawatan:</li><li>- Pantau keadaan umum pasien</li><li>- Lakukan fisioterapi dada</li><li>- Lakukan suction</li><li>- Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi</li></ul>	L I S A



30/03/ 2025 14:00 wib	2	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- terdengar suara ronchi dikedua lapangan paru</li><li>- produksi slem berkurang</li><li>- sesak nafas berkurang</li><li>- terpasang Infus RL 20tts/mnt</li><li>- terpasang ventilator</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Bersihan jalan nafas belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- pantau keadaan umum pasien</li><li>- lakukan fisioterapi dada</li><li>- pantau bersih jalan nafas&gt;&gt; lakukan suction</li><li>- Beri posisi miring kiri dan miring kanan</li><li>- terdengar suara ronchi dikedua lapangan paru</li><li>- slem banyak dan kental</li><li>-Pasien tampak gelisah</li></ul>	L I S A
30/03/ 2025 14:00 wib	3	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- keadaan umum berat, kesadaran somnolent</li><li>- observasi vital sign TD 120/70,HR 90x/i, T 36,8 SPO2 99% RR monitoring 21x/mnt</li><li>- Pasien terpasang ventilator</li><li>- Terpasang midazolam 15mg/Ns 3cc/jam</li></ul> <p>PH : 7.568</p> <p>PCO<sub>2</sub> : 38,4 mmHg</p> <p>PO<sub>2</sub> : 101 mmHg</p> <p>HCO : 23.3 mmol/L</p> <p>TCO<sub>2</sub> : 25.3 mmol/L</p> <p>BE : + 1.3 mmol/L</p> <p>SO<sub>2</sub> : 98,3 %</p>	L I S A



		<p><b>Assesment:</b> Gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pantau TTV pasien</li><li>- Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Terapi dan koreksi hasil AGD</li></ul>	
30/03/ 2025 14:00 wib	4	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Observasi vital sign TD 120/70mmHg ,HR 90x/i, T 36,8 SPO2 99% kesadaran somnolent pupil isokor kiri dan kanan, reaksi cahaya ada.</li><li>- pasien terpasang ventilator dengan ketentuan yang sama.</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Hipertermia teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pantau TTV pasien</li><li>-Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik dan antipiretik</li></ul>	L I S A
30/03/ 2025 14:00 wib	5	<p><b>Subjective:</b> -</p> <p><b>Objective:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pasien terpasang Ventilator</li><li>-Pasien tampak tenang,sesak berkurang</li><li>-ADL pasien dibantu seluruhnya oleh perawat</li><li>-Terpasang infus RL,NGT dan Fcath</li></ul> <p><b>Assesment:</b> Masalah keperawatan intoleransi aktifitas belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi keperawatan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Pantau TTV pasien</li></ul>	L I S A



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- bantu pasien dalam hal ADL	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan pneumonia Bilateral pada Ny.K, beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut. Penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan Penyakit Pneumonia Bilateral sesuai dengan teori-teori yang ada. Pembahasan berikut ini akan diuraikan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan sebagai berikut:

#### **4.1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilakukan pada pasien pneumonia didapatkan data seperti mengalami sesak nafas, nafas memberat, sesak pasien sudah 1 minggu dan disertai adanya demam yang naik turun dan semakin memberat dirasakan dalam 2 hari ini, dan batuk berdahak yang sulit dikeluarkan pasien, pernapasan cuping hidung, penurunan kesadaran, terdapat suara napas tambahan ronchi, pasien terintubasi dan terpasang ventilator. Pasien memiliki riwayat penyakit Stroke sudah 4 tahun.

Berdasarkan teori menurut Lewis (2019) pada pasien dengan diagnosa pneumonia ciri ciri yang ditemukan adalah demam, pernapasan cuping hidung, pasien gelisah, kelelahan, batuk, produksi dahak banyak, adanya suara nafas tambahan ronchi dan sesak napas.



Penulis berasumsi dari data yang ditemukan pada kasus menunjukkan ada perbedaan antara teori dimana pasien terintubasi dan terpasang ventilator. Hal ini bisa terjadi pada pasien dengan diagnosa pneumonia disebabkan peradangan dan akumulasi cairan di alveoli paru-paru yang menyebabkan hipoksemia dan meningkatkan kerja otot pernafasan, sehingga pasien bisa mengalami gagal nafas akut dan memerlukan bantuan nafas buatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Carillo et al (2022) , didapatkan hasil bahwa pengkajian yang didapatkan pada pasien dengan pneumonia yaitu adanya penurunan kesadaran, hipoksemia yang mengakibatkan gagal nafas akut sehingga pasien pneumonia memerlukan alat bantu nafas. Tanda dan gejala yang sering timbul pada pasien pneumonia seperti keluhan batuk, sesak napas, hipersekresi yang tampak tidak dapat menghasilkan sekret, pernapasan cuping hidung, terdapat suara tambahan ronchi dikedua lapangan paru, adanya demam dan frekuensi napas cepat.

#### 4.2. Diagnosa Keperawatan

Dalam diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus pasien dengan Pneumonia, penulis mendapatkan diagnosa keperawatan yaitu: gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan, Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapatkan data yang mendukung dimana tampak hasil pemeriksaan tanda- tanda vital sign pernafasan : 34x/ menit, SpO<sub>2</sub> : 89%, pasien tampak sesak, terdengar bunyi suara napas tambahan ronchi basah pada kedua lapang paru-paru, tampak pasien bernafas menggunakan otot-otot bantu pernapasan diafragma , tampak terpasang ventilator .



Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, diagnosa ini diangkat penulis karena ditemukan adanya sputum, pasien sesak dan batuk berdahak yang sulit dikeluarkan pasien saat pengkajian di lakukan dan pada saat observasi di ruang perawatan intensive care unit.

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, penulis mengangkat diagnosa ini dari hasil pemeriksaan AGD Asidosis Respiratori. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, diagnosa ini diangkat penulis karena masalah hipertermi pada pasien belum teratasi dan pengaruh dari proses penyakit pneumonia dimana hasil pemeriksaan darah leukosit yang meningkat dan adanya bakteri klepsiela pneumonia. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring, dimana pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga mempengaruhi aktivitas pasien yang harus bedrest total. Hal ini sejalan dengan diagnosa yang ditemukan pada kasus pneumonia dalam teori menurut Brunner (2018). Penulis merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan keluhan dan kondisi pasien berdasarkan dengan pengkajian yang sudah dilakukan.

#### 4.3. Intervensi keperawatan

Dalam kasus pasien Ny K dengan pneumonia bilateral ini penulis sudah membuat intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI dan salah satu diagnosa yang diangkat seperti gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan ditandai dengan kriteria hasil produksi sputum menurun, sianosis



menurun, gelisah menurun, frekuensi nafas membaik dengan intervensi manajemen jalan nafas.

Diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dengan intervensi keperawatan pemantauan respirasi yang bertujuan agar bersihan jalan nafas meningkat dengan hasil: produksi sputum menurun, dan ronchi menurun. Kemudian monitoring frekuensi, irama, pola napas, saturasi oksigen dan hasil AGDA.

Diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi dengan intervensi keperawatan terapi oksigen yang bertujuan untuk meningkatkan pertukaran gas dengan kriteria hasil bunyi nafas tambahan menurun, hasil AGD normal dan pola nafas membaik.

Diagnosa hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dengan intervensi keperawatan termoregulasi dengan kriteria hasil suhu tubuh membaik dan takipnea menurun. Dan untuk diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring dengan intervensi keperawatan manajemen energi.

Pada diagnosa bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien pneumonia yaitu dengan fisioterapi dada, memberi posisi semifowler dan suction, membantu memperbaiki ventilasi, meningkatkan kemampuan otot-otot pernafasan dan membuang sekresi bronchial. Tindakan ini bertujuan mengetahui pengaruh fisioterapi dada, vibrasi dan suction terhadap bersihan jalan nafas pada pasien yang terpasang ventilator di ruang ICU.



Hal ini sejalan dengan penelitian Moy et al ( 2024) pasien dengan pneumonia mengalami masalah bersihan jalan nafas yang tidak efektif, terkait dengan sekresi yang terhambat. Tindakan intervensi dilakukan berdasarkan SIKI yaitu memantau pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha pernapasan), mengamati bunyi tambahan pada nafas (contohnya, gurgling, mengi, wheezing, ronki kering), menempatkan pasien dalam posisi semi fowler atau fowler, dan berkolaborasi dalam pemberian bronkodilator, ekspektoran, serta mukolitik sesuai kebutuhan. Fisioterapi dada, penghisapan lendir, diharapkan dapat meningkatkan kapabilitas pasien pneumonia dalam mengatasi kebutuhan oksigenasi, terutama terkait dengan masalah bersihan jalan nafas yang tidak efektif.

#### 4.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan pneumonia sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di laksanakan selama 3 x 24 jam. Dilaksanakan pada tanggal 28 Maret -30 maret 2025, untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif penulis sudah melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan intervensi yang disusun dan hasil yang diharapkan. Penulis melakukan implementasi seperti penghisapan lendir (suction) untuk mengurangi sekret yang tertahan, memberikan terapi nebulizer untuk mengurangi sesak napas, melakukan miring kanan-kiri per 2 jam, memantau hasil TTV, AGDA, melakukan



fisioterapi dada untuk membantu pengeluaran sekret agar mudah di suction, dan memberikan posisi yang nyaman.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Julian (2024), Pasien dengan pneumonia mengalami masalah bersihan jalan nafas yang tidak efektif, terkait dengan sekresi yang terhambat. Tindakan intervensi dilakukan berdasarkan SIKI dengan tiga pendekatan, yaitu memantau pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha pernapasan), mengamati bunyi tambahan pada nafas (contohnya, gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), menempatkan pasien dalam posisi semi fowler atau fowler, pemberian oksigen, dan berkolaborasi dalam pemberian bronkodilator, ekspektoran, serta mukolitik sesuai kebutuhan. Fisioterapi dada dan penghisapan lendir yang efektif diharapkan dapat meningkatkan kapabilitas pasien pneumonia dalam mengatasi kebutuhan oksigenasi, terutama terkait dengan masalah bersihan jalan nafas yang tidak efektif.

#### 4.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi.

Pada evaluasi yang di lakukan 3 hari pada tanggal 28 s/d 30 Maret 2025 didapatkan pada pasien Ny.K tujuan yang di tentukan belum tercapai, masalah belum teratasi, dan pada diagnosa hipertermia demam teratas. Diagnosa gangguan ventilasi spontan belum teratasi dimana pasien masih menggunakan ventilator, bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi dimana tujuan belum tercapai sampai pada hari ketiga. Sama hal nya dengan diagnosa gangguan



pertukaran gas dan intoleransi aktivitas belum teratasi dengan tujuan yang belum tercapai.

Sehingga perlu pemantauan lebih lanjut terhadap kasus pasien dengan pneumonia terkait dengan diagnosa keperawatan yang masih belum teratasi. Perlu dilakukan nya kembali intervensi-intervensi keperawatan yang penulis buat seperti mengevaluasi kepatenan jalan nafas pasien, pola nafas, penurunan produksi sputum, suara napas yang abnormal, dan pemenuhan ADL pasien. Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada pasien pneumonia melakukan pemantauan lebih intensif.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil kasus dari asuhan keperawatan kritis pada Ny. K dengan Pneumonia Bilateral di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2025 dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian keperawatan pada kasus Pneumonia Bilateral didapatkan bahwa yang perlu dikaji adalah pola napas, produksi sputum, suara napas tambahan, penggunaan otot bantu pernapasan, tanda-tanda vital, tingkat kesadaran, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.
2. Diagnosa keperawatan pada kasus Pneumonia Bilateral didapatkan ada 5 diagnosa keperawatan yang penulis angkat yaitu: gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.
3. Intervensi keperawatan pada kasus Pneumonia yang penulis susun diambil dari buku SIKI seperti diagnosa gangguan ventilasi spontan dilakukan dengan pemantaun respirasi, bersihan jalan nafas tidak efektif dilakukan dengan pemantauan respirasi, diagnosa gangguan pertukaran gas dilakukan dengan terapi oksigen, diagnosa hipertemia dilakukan dengan



termoregulasi, dan intoleransi aktivitas dilakukan dengan manajemen energi.

4. Implementasi keperawatan pada kasus Pneumonia Bilateral yang dilakukan penulis seperti monitoring kepatenan jalan nafas, melakukan penghisapan lendir (suction), memberikan terapi nebulizer, fisioterapi dada, memonitoring hasil AGDA, TTV pasien, lakukan mobilisasi mika miki per 2 jam, dan berikan posisi yang nyaman pada pasien untuk mengurangi sesaknya yaitu semi fowler.
5. Evaluasi keperawatan dengan kasus Pneumonia Bilateral ini adalah perlu nya pemantauan pola napas pasien, suara napas tambahan, tingkat kesadaran, penggunaan otot bantu pernapasan, produksi sputum, hipertermi dan pemenuhan aktifitas.

## 5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif pada kasus kelolaan pasien maka penulis dapat menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit, serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan keluarga, dan tetap melanjutkan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan pulang.



2. Bagi perawat di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan

Diharapkan agar melanjutkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Ny K sehingga perawatannya tercapai tujuan yang optimal dan tetap melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan SOAP yang ada.

3. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan kepada penulis selanjutnya bisa menjadikan KIA (karya ilmiah akhir) ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

## DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, dewi woro, & Hervidea, R. (2022). Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal. *Peran Mikronutrisi Sebagai Upaya Pencegahan Covid-19*, 12(Januari), 75–82.
- Brunner and Suddarth's. (2018). *Texbook of Medical-Surgical Nursing* .14thn Edition.
- Ignatavicius and Workman. (2009). *Textbook of Medical Surgical Nursing Patient Centered Collaborative Care*. 6 Sixth Edition
- Joyce M. Black. (2019). *Textbook of Medical Surgical Nursing. Clinical Management for Positive Outcomes*. Eight Edition.
- Lewis, Heitkemper and Dirksen. (2009). *Textbook of Medical Surgical Nursing. Assesment and Management of Clinical Problems*. Volume 1
- Mandan, alfa nirmala. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Penderita Pneumonia dengan ketidakefektifan Bersihkan Jalan Nafas*. III(2).
- M.Black, J. H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah* . Bengkalan Jawa Timur; Jane Hokanson Hawks and Joyce M.Black.
- Muttaqin Arif, 2019. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan klien dengan sistem pernafasan*. Jakarta: Salemba.
- Moy, J. M., Santoso, S. D. R. P., & Paju, W. (2024). Implementasi Fisioterapi Dada terhadap Masalah Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif pada Pasien Pneumonia. *Jurnal Keperawatan Sumba (JKS)*, 2(2), 58–69. <https://doi.org/10.31965/jks.v2i2.1440>
- Patricia Goné. (2019). *Critical Care Nursing*. Textbook of Nine Edition.
- PPNI, T. P. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Indonesia,Jakarta Selatan: Edisi II.
- PPNI, T. P. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia*. Indonesia Jakarta Selatan: Edisi III.



PPNI, T. P. (2018). *standart Luaran Keperawatan Indonesia*. Indonesia,Jakarta Selatan: Edisi III.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



## LAMPIRAN

Buku Bimbingan Kaya Ilmiah Akhir Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan



**REVISI KARYA ILMIAH AKHIR**

Nama Mahasiswa : Lisa Suwaty Simanjuntak  
NIM : 052024022  
JUDUL : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Ny K Dengan Pneumonia Bilateral di Ruang ICU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan  
Nama Penguji I : Friska Sembiring, S.Kep., Ns., M.Kep  
Nama Penguji II : Dr. Lilis Novitarum, S.Kep.,Ns.,M.kep  
Nama Penguji III : Vina Yolanda Sari Sigalingging, S.Kep.,Ns.,M.kep

NO	HARI/ TANG GAL	PENGUJI	PEMBAHASAN	PARAF		
				PENG UJI I	PENG UJI II	PENG UJI III
1.	Jumat/ 2-05- 2025	Vina Yolanda Sari Sigalingging, S.Kep.,Ns.,M. kep	- Sistematika penulisan.			
2.	Sabtu/ 3-05- 2025	Dr. Lilis Novitarum, S.Kep.,Ns.,M. kep	- Revisi Pathway  - Pengkajian dikeluhan utama(PORST)  - Hasil AGD dihari ketiga dicantumkan di Evaluasi hari ke 3.  - Revisi Pembahasan.			
3.	Senin/ 5-05- 2025	Dr. Lilis Novitarum, S.Kep.,Ns.,M. kep	Pembahasan, tambahkan asumsi penulis dan jurnal yang mendukung.			