# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## A. Konsep Pneumonia

### 1. Definisi

Pneumonia adalah penyakit infeksi akut yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius dan alveoli, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat (Dahlan, 2014). Menurut Sowden (2009) pneumonia merupakan inflamasi atau infeksi pada parenkim paru yang disebabkan oleh satu atau lebih agen seperti virus, bakteri (mikroplasma), fungi, parasit atau aspirasi benda asing.

Pneumonia adalah salah satu penyakit infeksi saluran pernafasan bawah akut (ISNBA) dengan batuk dan disertai dengan sesak nafas disebabkan agen infeksius seperti virus, bakteri, fungi dan aspirasi subtansi asing berupa radang paru – paru yang disertai eksudat dan konsolidasi (Kusuma, 2013).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan pneumonia merupakan penyakit infeksi yang mengenai parenkim paru yang disebabkan agen infeksius seperti virus, bakteri, fungi dan subtansi berupa radang paru – paru yang disertai dengan eksudat.

### 2. Klasifikasi

Menurut Hariadi (2010) klasifikasi pneumonia berdasarkan klinis dan epidemiologi serta letak anatomi.

a. Klasifikasi pneumonia berdasarkan klinis dan epidemiologi

1) Pneumonia Komunitas (PK) adalah pneumonia infeksius pada seseorang yang tidak menjalani rawat inap di rumah sakit.
2) Pneumonia Nosokomial (PN) adalah pneumonia yang diperoleh selama perawatan di rumah sakit atau sesudahnya karena penyakit lain atau prosedur
3) Pneumonia aspirasi disebabkan oleh aspirasi oral atau bahan dari lambung baik ketika makan atau setelah muntah. Hasil inflamsi pada paru bukan merupakan infeksi tetapi dapat menjadi infeksi karena bahan teraspirasi mungkin mengandung bakteri *aerobic* atau penyebab lain dari pneumonia.
4) Pneumonia pada penderita yang *immunocompromised* adalah pneumonia yang terjadi pada penderita yang mempunyai daya tahan tubuh lemah.

b. Klasifikasi pneumonia berdasarkan letak anatomi

1) Pneumonia lobaris

   Pneumonia lobaris melibatkan seluruh atau satu bagian besar dari satu atau lebih lobus paru. Bila kedua paru tekena, maka dikenal sebagai pneumonia bilateral atau ganda

2) Pneumonia lobularis (bronkopneumonia)

   Bronkopneumonia terjadi pada ujung akhir bronkiolus, yang tersumbat oleh eksudat mukopurulen untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus yang berada didekatnya.

3) Pneumonia interstisial

   Proses implamasi yang terjadi di dalam dinding alveolar (interstisium) dan jaringan peribronkial serta interlobular

### 3. Tanda dan Gejala

Agen penyebab pneumonia masuk ke paru-paru melalui inhalasi ataupun aliran darah. Diawali dari saluran pernafasan dan akhirnya masuk ke saluran pernafasan bawah. Kemudian timbul reaksi peradangan pada dinding bronkhus. Sel menjadi radang berisi eksudat dan sel epitel menjadi rusak. Kondisi tersebut berlangsung lama sehingga dapat menyebabkan *atelectasis* (Manurung, 2009). Menurut DiGiulio Mary (2014) tanda dan gejala dari pneumonia sebagai berikut:

a) Nafas pendek karena inflamasi pada paru-paru, pertukaran gas terganggu.
b) Kesulitan bernafas (*dyspnea*) karena inflamasi dan mukus pada paru-paru.
c) Demam karena proses infeksi.
d) Kedinginan karena suhu badan naik.
e) Batuk karena produksi mukus.
f) Terdengar suara serak karena ada cairan di dalam rongga alveolar.
g) Ronchi karena lendir di dalam jalur nafas, mendesis karena inflamasi di dalam jalur nafas yang lebih besar.
h) Dahak tak berwarna, mungkin bercak darah karena iritasi di jalur nafas atau mikroorganisme menyebabkan infeksi.
i) Takikardia dan *tachypnea* ketika tubuh berusaha memenuhi kebutuhan oksigen.
j) Sakit ketika bernafas karena inflamasi *pleuritic*, efusi pleural atau *atelectasis*
k) Sakit kepala, nyeri otot (*myalgia*), sakit tulang sendi, atau mual dapat terjadi tergantung pada organisme yang menginfeksi.

**4. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Somantri (2009) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien pneumonia sebagai berikur :

a) *Chest X-ray*: teridektifikasi adanya penyebaran (misal: lobus dan bronkial), dapat juga menunjukkan *multiple* abses atau infiltrat, empiema (*Staphylococcus*), penyebaran atau lokasi infiltrasi (bakterial), atau penyebaran/*extensive* nodul infiltrat, pada pneumonia *mycoplasma chest x-ray* mungkin bersih

b) Analisis gas darah (*Analysis Blood Gasses*-ABGs) dan *Pulse Oximetry*: abnormalitas mungkin tergantung dari luasnya kerusakan paru-paru.

*c)* Pewarnaan gram atau *culture* sputum dan darah: didapatkan dengan *needle biopsy*, aspirasi transtrakheal, *fiberoptic bronchoscopy*, atau biopsi paru-paru terbuka untuk mengeluarkan orgnisme penyebab. Lebih dari satu tipe organisme yang dapat ditemukan, seperti *Diplococcus pneumoniae, Staphylococcuc aureus, A. hemolitic streptococcus, dan Hemophilus influenzae.*

d) Periksa darah lengkap (*Complete Blood Count*-CBC): leukositosis biasanya timbul, meskipun nilai pemeriksaan darah putih (*white blood count*-WBC) rendah pada infeksi virus.

e) Tes serologi: membantu dalam membedakan diagnosis pada organisme secara spesifik.

f) LED (laju endapan darah): meningkat

g) Pemeriksaan fisik paru: volume mungkin menurun (kongesti dan kolaps alveolar): tekanan saluran udara meningkat dan kapasitas pemenuhan udara menurun, hipoksemia

h) Elektrolit: sodium dan klorida mungkin rendah.

i) Bilirubin mungkin meningkat.

**5. Penatalaksanaan**

Menurut DiGiulio Mary (2014) penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada pasien pneumonia sebagai berikut :

1. Memberikan oksigen jika diperlukan.
2. Untuk infeksi bakterial, memberikan antibiotik seperti *macrolides (azithomycin, clarithomicyn), fluoroquinolones (levofloxacin, moxifloxacin),* beta-lactams *(amoxilin atau clavulanate, cefotaxime, ceftriaxone, cefuroxime axetil, cefpodoxime, ampicillin atau sulbactam), atau ketolide (telithromycin).*
3. Memberikan *antipyrethic* jika demam agar pasien lebih nyaman seperti *acitaminophen, ibuprofen*
4. Memberikan bronkodilator untuk menjaga jalur nafas tetap terbuka, memperkuat aliran udara jika perlu seperti *albuterol, metaproteranol, levabuterol* via *nebulizer* atau *metered dose inhaler*.
5. Menambah asupan cairan untuk membantu menghilangkan sekresi dan mencegah dehidrasi.
6. Menjelaskan kepada klien bagaimana menggunakan spinometer insentif untuk mendorong napas dalam, monitor kemajuan.

## B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif

### 1. Pengertian

Pola nafas tidak efektif adalah inspirasi dan / atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (PPNI, 2016). Ketidakefektifan pola nafas adalah ventilasi atau pertukaran udara inspirasi dan atau ekspirasi tidak adekuat (Santosa, 2006). Menurut Carpenito (2013) pola nafas tidak efektif adalah keadaan ketika seorang individu mengalami kehilangan ventilasi yang aktual atau potensial yang berhubungan dengan perubahan pola pernafasan.

### 2. Data Mayor dan Minor

Menurut PPNI (2016) gejala dan tanda pada masalah keperawatan pola nafas tidak efektif dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sebagai berikut :

a) Gejala dan tanda mayor

(1) Subjektif

(a) *Dyspnea*

(2) Objektif

(a) Penggunaan otot bantu pernafasan

(b) Fase ekspirasi memanjang

(c) Pola nafas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, *cheyne-stokes*)

b) Gejala dan tanda minor

(1) Subjektif

(a) Ortopnea

(2) Objektif

(a) Pernafasan *pursed-lip*

(b) Pernafasan cuping hidung

(c) Diameter thoraks anterior – posterior meningkat

(d) Kapasitas vital menurun

(e) Tekanan ekspirasi menurun

(f) Tekanan inspirasi menurun

(g) Ekskursi dada berubah

**3. Faktor Penyebab**

Menurut PPNI (2016) faktor penyebab pada masalah keperawatan pola nafas tidak efektif dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sebagai berikut:

a) Depresi pusat pernafasan

b) Hambatan upaya nafas (mis. nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernfasan)

c) Deformitas dinding dada

d) Deformitas tulang dada

e) Gangguan neuromuskular

f) Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram (EEG) positif, cedera kepala, gangguan kejang)

g) Imaturitas teknologi

h) Penurunan energi

i) Obesistas

j) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru

k) Sindrom hiperventilasi

l) Kerusakan inevarsi diagfragma (kerusakan saraf C5 ke atas)

m) Cedera kepala medula spinalis

n) Efek agen farmakologis

o) Kecemasan

**4. Penatalaksanaan**

Salah satu rencana tindakan pada rencana keperawatan untuk masalah keperawatan pola nafas tidak efektif yaitu dengan memberikan posisi semi fowler atau fowler (PPNI, 2018).

a) Definisi

Posisi semi fowler adalah memposisikan pasien dengan posisi setengah duduk dengan menopang bagian kepala dan bahu menggunakan bantal, bagian lutut ditekuk dan ditopang dengan bantal, serta bantalan kaki harus mempertahankan kaki pada posisinya (Ruth, 2015). Metode yang paling sederhana dan efektif yang bisa dilakukan untuk mengurangi resiko terjadinya penurunan pengembangan dinding dada adalah posisi semi fowler dengan kemiringan 45°.

Menurut Alimul H (2008) posisi semi fowler adalah posisi setengah duduk di bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikan, posisi ini untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan. Hasil penelitian Agina (2021) Pemberian posisi semi fowler lebih efektif dalam menurunkan frekuensi pernapasan pada pasien sesak nafas dibandingkan dengan posisi fowler dan high fowler.

Posisi semi fowler merupakan posisi setangah duduk atau duduk dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan 45°. Hal ini dipengaruhi oleh gaya gravitasi yang mengakibatkan otot diafragma tertarik ke bawah

sehingga ekspansi paru lebih optimal dan pengangkutan oksigen menjadi lebih baik.

b) Tujuan posisi semi fowler

Pemberian posisi semi fowler efektif pada penderita sesak nafas bertujuan untuk menurunkan konsumsi $O_2$ dan ekspansi paru yang maksimal, serta mempertahankan kenyamanan. Posisi semi fowler juga dapat meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru.

c) Indikasi dan kontraindikasi

Indikasi pemberian posisi semi fowler dilakukan pada pasien yang mengalami kesulitan mengeluarkan sekresi atau cairan pada saluran pernafasan, pasien dengan tirah baring dalam waktu lama, pasien yang memakai ventilator dan pasien mengalami sesak nafas.

Kontraindikasi pemberian semi fowler tidak anjurkan diberikan pada pasien dengan contisio serebri atau gegar otak, pasien dengan comusio serebri atau memar otak dan pasien dengan post operasi servikalis vertebra.

## C. Asuhan Keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Pneumonia

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses kegiatan yang dilakukan mengumpulkan data dari sumber primer (pasien), sekunder (keluarga pasien, tenaga kesehatan), mengelompokkan data, menganalisa data dan perumusan diagnosis (Sylvia, 2012).

a. Pengkajian primer

1) *Airway*

Pengkajian *airway* berfokus pada keadaan jalan nafas pasien. Pasien dengan pneumonia biasanya mengalami obstruksi jalan napas yang diakibatkan oleh sekret. Suara napas yang dapat terdengar adalah ronchi, dimana ronchi timbul akibat adanya getaran sekret saat dilewati oleh udara di jalan napas.

2) *Breathing*

Pengkajian *breathing* berfokus pada pernapasan pasien. Pasien dengan pneumonia dapat mengalami sesak napas, terdapat pernapasan cuping hidung, auskultasi terdengar suara *crackles* atau ronchi basah, perkusi paru-paru terdengar *dullness*/redup, ada retraksi dinding dada, peningkatan frekuensi napas, kualitas napas mungkin lemah, pernapasan cepat dan dangkal.

3) *Circulation*

Pasien dengan pneumonia dapat mengalami sianosis perifer, hipertermia dan akral mungkin teraba dingin. Penurunan kesadaran dapat terjadi akibat hipoksia pada otak akibat gangguan sistem pernapasan.

4) *Disability*

Pasien dengan pneumonia dapat mengalami penurunan tingkat kesadaran yang dinilai baik secara kualitatif (apatis hingga koma) maupun kuantitatif menggunakan *glasgow coma scale* (GCS). Hal ini bergantung pada tingkat keparahan pneumonia yang diderita. Pasien juga dapat mengalami letargi.

b. Pengkajian sekunder

1) Wawancara

Wawancara dengan pasien dilakukan dengan menanyakan identitas klien, keluhan klien saat ini, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan sekarang, dan riwayat penyakit keturunan. Hasil wawancara dapat berupa pasien mengeluh sesak (dispnea), batuk, biasanya mengalami demam tinggi, dan gelisah.

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada semua kelompom umur penderita pneumonia akan dijumpai adanya pernapasan cuping hidung. Pada auskultasi dapat terdengar pernapasan menurun. Gejala lain adalah *dullness* (redup) pada perkusi, vokal fremitus menurun, dan *fine crackles* (ronkhi basah halus) di daerah yang terkena. Iritasi pleura akan mengakibatkan nyeri dada. Pemeriksaan berfokus pada bagian thorak yang dilakukan dengan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dan didapatkan hasil sebagai berikut :

(a) Inspeksi

Perlu diperhatikan adanya thacipnea, dispnea, pernapasan cuping hidung, batuk non produktif atau produktif, serta nyeri dada saat menarik napas.

(b) Palpasi

Fremitus raba mungkin meningkat pada sisi yang sakit, nadi mungkin mengalami peningkatan.

(c) Perkusi

Terdengar suara *dullness/*redup pada sisi dada yang sakit yang sakit. Suara tersebut mempresentasikan adanya konsolidasi pada paru-paru akibat sekret atau cairan.

(d) Auskultasi

Suara yang dapat terdengar dengan auskultasi adalah *crackles* atau ronchi basah. Suara ini disebabkan oleh oleh adanya eksudat atau cairan dalam bronkiolus atau alveoli, yang terdengar pada sisi paru-paru yang sakit terutama saat pasien inspirasi.

**2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yng berkaitan dengan kesehatan.

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal, ortopnea, pernapasan *pursed-lip*, pernapasan cuping hidung, diameter thorak anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah (PPNI, 2016).

Hasil penelitian Maria, Hasaini, & Agianto (2019) semakin tua seseorang, maka semakin menurun fungsi parentalnya. Hal ini disebabkan oleh penurunan elastisitas dinding dada. Selama proses penuaan terjadi penurunan elastisitas alveolus, penebalan kelenjar bronkus dan penurunan kapasitas paru-

paru. Perubahan ini menyebabkan penurunan kapasitas difusi oksigen diakibatkan lemahnya otot pernafasan. Sehingga dapat disimpulkan hambatan upaya nafas disebabkan karena lemahnya otot pernafasan sehingga menjadi penyebab dari pola nafas tidak efektif.

**3. Rencana Keperawatan**

Tahap selanjutnya setelah melakukan pengkajian dan menegakkan diagnosis keperawatan, adalah membuat rencana keperawatan sebagai panduan perawat dalam melakukan intervensi keperawatan yang sesuai untuk mengatasi masalah pasien dan mencapai tujuan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian kelinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2019). Intervensi keperawatan pada kasus pneumonia berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai berikut:

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tabel 1
Intervensi Keperawatan pada Diagnosis Keperawatan
Pola Napas Tidak Efektif

| Luaran dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|---|---|
| 1 | 2 |
| Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... diharapkan pola nafas membaik, dengan memenuhi kriteria hasil:<br>Pola Nafas L.010004<br>1. Kapasitas vital meningkat | Manajemen jalan nafas (**1.01011)**<br>**Observasi**<br>1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas |

| | |
|---|---|
| 2. Tekanan ekspirasi meningkat<br>3. Tekanan inspirasi meningkat<br>4. Dispnea menurun<br>5. Penggunaan otot bantu nafas menurun<br>6. Pernafasan cuping hidung menurun<br>7. Frekuensi nafas membaik<br>8. Kedalaman nafas membaik<br>9. Ekskursi dada membaik | 2. Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronki)<br>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)<br><br>**Terapeutik**<br>1. Posisikan semi-fowler atau fowler<br>2. Berikan minum hangat<br>3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu<br>4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik<br>5. Berikan oksigen, jika perlu<br><br>**Edukasi**<br>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi<br>2. Ajarkan teknik batuk efektif<br>**Kolaborasi**<br>kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. jika perlu. |

**4. Implementasi**

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan. Rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah

ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien (Perry, 2009).

Implementasi yang dapat diberikan oleh perawat sesuai dengan intervensi yang telah ditentukan sebelumnya. Pada masalah keperawatan pola nafas tidak efektif perawat dapat memberikan implementasi berupa memonitor pola nafas pasien, memonitor bunyi nafas, memberikan posisi semi fowler, melatih batuk efektif dan dapat juga melakukan kolaborasi dengan dokter dengan pemberian mukolitik pada pasien (PPNI, 2019).

Menurut Kozier ( 2009) prosedur dalam memberikan posisi semi fowler yaitu memposisikan pasien terlentang dengan kepala dekat dengan bagian kepala tempat tidur, elevasi bagian kepala tempat tidur 45°, letakan kepala pasien diatas kasur, gunakan bantal sebagai penyokong lengan dan tangan pasien jika pasien tidak dapat mengontrol secara sadar.

**5. Evaluasi**

Menurut Brunner (2016) konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua yaitu:

a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi formatif harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan telah diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi formatif harus

dilaksanakan terus menerus hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Evaluasi formatif dari masalah keperawatan pola nafas tidak efektif dapat dilihat dari kapasitas vital pasien meningkat, tekanan inspirasi dan ekspirasi meningkat, dispnea pada pasien menurun, frekuensi nafas pasien membaik, dan kedalaman nafas pasien membaik.

b. Evaluasi Sumatif (hasil)

Evaluasi sumatif adalah rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Fokus evaluasi sumatif adalah perubahan prilaku atau setatus kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Pada pasien pneumonia dengan masalah keperawatan pola nafas tidak efektif evaluasi yang dapat dinilai setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 jam pada pasien seperti kapasitas vital pasien meningkat, tekanan inspirasi dan ekspirasi meningkat, dispnea pada pasien menurun, frekuensi nafas pasien membaik, dan kedalaman nafas pasien membaik. Evaluasi yang didapat setelah pemberian posisi semi fowler pada pasien pneumonia yaitu keluhan sesak nafas menurun dan frekuensi nafas pasien membaik dalam rentang normal yaitu 16 – 20 x/menit.

# BAB III

# LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

## A. Pengkajian

Pengakajian dilakukan pada kedua pasien yang diperoleh di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar dengan diagnosa medis pneumonia. Pada hari Senin, 3 Mei 2021 untuk pasien pertama dan hari Senin, 10 Mei 2021 pada pasien kedua.

Tabel 2
Data Pengkajian Kasus Kelolaan Utama Pada Subjek 1 dan Subjek 2 dengan Pneumonia di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

| **Pengkajian** | **Subjek 1** | **Subjek 2** |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| Identitas pasien | Nama : Ny. K<br>Umur : 64 tahun<br>Jenis kelamin : Perempuan<br>Pekerjaan : Tidak Bekerja<br>Tanggal masuk RS : 3 Mei 2021<br>Alasan masuk : Sesak nafas, batuk, bagian tubuh bagian kiri tidak bisa digerakan<br>Diagnosis medis : Pneumonia + SNH | Nama : Tn. D<br>Umur : 77 tahun<br>Jenis kelamin : Laki - laki<br>Pekerjaan : Buruh tani<br>Tanggal masuk RS : 10 Mei 2021<br>Alasan masuk : Sesak nafas, perut terasa penuh, nafsu makan menurun dan batuk<br>Diagnosis medis : Pneumonia + Sindrom Geriatri |
| Initial survey | A (Alertness) :√<br>V (Verbal) :<br>P (Pain) :<br>U (Unrespon) : | A (Alertness) :√<br>V (Verbal) :<br>P (Pain) :<br>U (Unrespon) : |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Warna triage | P3 | P3 |
| Primary survey<br>a. Penilaian *airway* | Tingkat kesadaran pasien compos mentis, pernafasan takipnea dengan respirasi 28x/menit. Pasien mengeluh sesak napas, Ada upaya napas dan tidak terdapat benda asing di jalan nafas pasien. Terdapat suara nafas tambahan *wheezing.* | Tingkat kesadaran pasien compos mentis, pernafasan takipnea dengan respirasi 24x/menit. Pasien mengeluh sesak napas, Ada upaya napas dan tidak terdapat benda asing di jalan nafas pasien. Terdapat suara nafas tambahan *wheezing* |
| b. *Breathing* | Jenis pernapasan pada pasien yaitu takipnea, dengan frekuensi pernapasan 28x/menit, $SPO_2$ : 94%, tidak terdapat retraksi otot bantu napas, kelainan pada dinding thoraks tidak ada, terdapat suara napas tambahan *wheezing.* Fase ekspirasi memanjang. Terdapat pernafasan cuping hidung | Jenis pernapasan pada pasien yaitu takipnea, dengan frekuensi pernapasan 24x/menit, $SPO_2$ : 96%, tidak terdapat retraksi otot bantu napas, kelainan pada dinding thoraks tidak ada, terdapat suara napas tambahan *wheezing* . Fase ekspirasi memanjang. Terdapat pernafasan cuping hidung |
| c. *Circulation* | Tidak tampak adanya perdarahan internal maupun eksternal pada pasien, pemeriksaan capillary refill time < 3 detik, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 100 x/ menit, suhu 37°C, akral teraba hangat. | Tidak tampak adanya perdarahan internal maupun eksternal pada pasien, pemeriksaan capillary refill time < 3 detik, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 96 x/ menit, suhu 36,7°C, akral teraba hangat. |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| d. *Disability* | GCS : E : 4, V : 5, M : 6 = 15. Reflek fisiologis - / +. Reflek patologis - / +. Kekuatan otot<br>2222 \| 5555<br>2222 \| 5555 | GCS : E : 4, V : 5, M : 6 = 15. Reflek fisiologis + / +. Reflek patologis + / +. Kekuatan otot<br>5555 \| 5555<br>5555 \| 5555 |
| Pengkajian sekunder (Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)<br>1. Riwayat kesehatan dahulu | Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat sesak nafas sejak 10 tahun yang lalu. Pasien juga memiliki riwayat stroke 5 tahun yang lalu | Pasien mengatakan memiliki riwayat maag sejak 4 tahun yang lalu |
| 2. Riyawat kesehatan sekarang | Pasien diantar oleh keluarga ke IGD RSUD Sanjiwani Gianyar pukul 14.00 WITA dengan keluhan sesak nafas dan tubuh bagian kiri pasien tidak bisa digerakan. Pasien juga mengeluh batuk sejak 3 hari yang lalu | Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani Gianyar pukul 18.00 WITA diantar oleh anaknya dengan keluhan sesak nafas sejak tadi pagi, perut terasa penuh dan nafsu makan menurun. Pasien juga mengatakan batuk sejak 2 minggu yang lalu |
| 3. Riwayat kesehatan keuarga | Keluarga pasien mengatakan dikeluarga memiliki penyakit keturunan hipertensi | Anak pasien mengatakan dikeluarga tidak memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus, dan lain - lain |
| Pemeriksaan fisik ( *Head to toe*) | Tidak terdapat lesi dan pembengkakan kelenjar | Tidak terdapat lesi dan pembengkakan kelenjar |
| Pemeriksaan penunjang | Hasil pemeriksaan hematologi terdapat peningkatan pada leukosit 14,10 x $10^3$/uL (nilai rujukan 4,00 – 10,00 x $10^3$/uL). Hasil pemeriksaaan radiologi | Hasil pemeriksaan hematologi terdapat peningkatan pada leukosit 16,00 x $10^3$/uL (nilai rujukan 4,00 – 10,00 x $10^3$/uL). Hasil pemeriksaaan radiologi yakni *x-ray thorax* pasien adanya infiltrat pada kedua paru, sehingga |

| | | |
|---|---|---|
| | yakni *x-ray thorax* pasien adanya perselubungan pada kedua paru, sehingga memberikan kesan pneumonia bilateral | memberikan kesan pneumonia bilateral |
| Terapi dokter | 1. Nebulizer combivent setiap 8 jam dalam sehari<br>2. Levofloxacin setiap 12 jam dalam sehari<br>3. *Intravenous Fluid Drops* (IVFD) NaCl 0,9% 20 tetes/menit dimulai pukul 14.00 WITA habis pukul 22.00 WITA | 1. Nebulizer combivent setiap 8 jam dalam sehari<br>2. Ranitidine setiap 8 jam dalam sehari<br>3. Ondansentron setiap 12 jam dalam sehari<br>4. Levofloxacin setiap 12 jam dalam sehari<br>5. *Intravenous Fluid Drops* (IVFD) NaCl 0,9% 20 tetes/menit dimulai pukul 18.00 WITA dan habis pukul 02.00 WITA tanggal 11 Mei 2021 |

## B. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3
Diagnosis Keperawatan Pada Pasien Pneumonia dengan Pola Nafas Tidak Efektif di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

| **Subjek** | **Diagnosis Keperawatan** |
|---|---|
| 1 | 2 |
| **Subjek 1**<br>*Problem* (P) : Pola nafas tidak efektif<br>*Etiology* (E) : Hambatan upaya nafas<br>*Sign and Symptom (S) :* Pasien mengeluh sesak nafas, TD : 130/80 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang ditandai dengan pasien mengeluh sesak nafas, TD : 130/80 mmHg, S : 37°C, N : 100 x/mnt, RR : 28 x/mnt, $SPO_2$ : 94%, pola nafas takipnea, tampak terdapat pernafasan cuping hidung, |

| 1 | 2 |
|---|---|
| mmHg, S : 37°C, N : 100 x/mnt, RR : 28 x/mnt, $SPO_2$ : 94%, pola nafas takipnea, tampak terdapat pernafasan cuping hidung, fase ekspirasi memanjang, terdapat suara nafas tambahan *wheezing* | fase ekspirasi memanjang, terdapat suara nafas tambahan *wheezing* |
| **Subjek 2**<br>*Problem* (P) : Pola nafas tidak efektif<br>*Etiology* (E) : Hambatan upaya nafas<br>*Sign and Symptom (S) :* Pasien mengeluh sesak nafas, TD : 110/70 mmHg, S : 36,7°C, N : 96 x/mnt, RR : 24 x/mnt, $SPO_2$ : 96%, pola nafas takipnea, tampak fase ekspirasi memanjang, terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat suara tambahan *wheezing* | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang ditandai dengan pasien mengeluh sesak nafas, TD : 110/70 mmHg, S : 36,7°C, N : 96 x/mnt, RR : 24 x/mnt, $SPO_2$ : 96%, pola nafas takipnea, tampak fase ekspirasi memanjang, terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat suara tambahan *wheezing* |

## C. Perencana Keperawatan

Tabel 4
Perencanaan Keperawatan Pada Pasien Pneumonia dengan Pola Nafas Tidak Efektif di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

| Subjek | Diagnosis Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Subjek 1 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang ditandai dengan:<br>Data Subjektif | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam diharapkan pola nafas membaik, dengan memenuhi | **SIKI Label**<br>Manajemen jalan nafas (**1.01011)**<br><br>**Observasi** |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| | 1. Pasien mengeluh sesak nafas<br>Data Objektif :<br>1. Pasien tampak sesak nafas<br>2. Fase ekspirasi memanjang<br>3. Pola nafas tampak takipnea<br>4. Terdapat nafas tambahan *wheezing*<br>5. Tampak pernafasan cuping hidung<br>6. TD : 130/80 mmHg, S : 37°C, N : 100 x/mnt, RR : 28 x/mnt, $SPO_2$ : 94% | kriteria hasil: **SLKI Label**<br>Pola Nafas (**L.010004)**<br>1. Kapasitas vital meningkat<br>2. Tekanan ekspirasi meningkat<br>3. Tekanan inspirasi meningkat<br>4. Dispnea menurun<br>5. Pernafasan cuping hidung menurun<br>6. Frekuensi nafas membaik | 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)<br>2. Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya gurgling, mengi, wheezing, ronki)<br><br>**Terapeutik**<br>1. Posisikan semi-fowler atau fowler<br>2. Berikan oksigen, jika perlu<br><br>**Kolaborasi**<br>kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. jika perlu |
| Subjek 2 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang ditandai dengan:Data Subjektif<br>1. Pasien mengeluh sesak nafas<br>Data Objektif :<br>1. Pasien tampak sesak nafas | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam diharapkan pola nafas membaik, dengan memenuhi kriteria hasil:<br>**SLKI Label**<br>Pola Nafas (**L.010004)** | **SIKI Label**<br>Manajemen jalan nafas (**1.01011)**<br>**Observasi**<br>1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)<br>2. Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| | 2. Fase ekspirasi memanjang<br>3. Pola nafas tampak takipnea<br>4. Terdapat nafas tambahan *wheezing*<br>5. Tampak pernafasan cuping hidung<br>6. TD : 110/70 mmHg, S : 36,7°C, N : 96 x/mnt, RR : 24 x/mnt, $SPO_2$ : 96% | 1. Kapasitas vital meningkat<br>2. Tekanan ekspirasi meningkat<br>3. Tekanan inspirasi meningkat<br>4. Dispnea menurun<br>5. Pernafasan cuping hidung menurun<br>6. Frekuensi nafas membaik | 3. gurgling, mengi, wheezing, ronki)<br><br>**Terapeutik**<br>1. Posisikan semi-fowler atau fowler<br>2. Berikan oksigen, jika perlu<br>**Kolaborasi**<br>kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. jika perlu. |

## D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang ditentukan sebelumnya. Implementasi pada subjek 1 dilakukan pada hari Senin, 3 Mei 2021 mulai dari pukul 14.00 – 17.00 WITA di ruang Triase. Implementasi keperawatan pada subjek 2 dilakukan pada hari Senin, 10 Mei 2021 mulai dari pukul 18.00 – 20.00 WITA di ruang Triase IGD RSUD Sanjiwani Gianyar. Implementasi pada kedua subjek dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5
Implementasi Keperawatan Pada Pasien Pneumonia dengan Pola Nafas Tidak Efektif di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

| **Implementasi Keperawatan** | **Evaluasi Formatif Subjek 1** | **Evaluasi Formatif Subjek 2** |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| Mengkaji keadaan umum pasien dan tanda – tanda vital | S : pasien mengatakan sesak nafas, batuk dan tubuh bagian kiri tidak bisa digerakan<br>O :<br>- keadaan umum pasien tampak lemah<br>- tanda – tanda vital pasien : TD : 130 / 80 mmHg, S : 37°C, N : 100 x/menit, RR : 28 x/menit, $SPO_2$ : 94 %. Pola nafas takipnea, fase ekspirasi memanjang, pernafasan cuping hidung, terdapat bunyi nafas tambahan *wheezing* | S :pasien mengeluh sesak nafas , batuk, nafsu makan menurun<br>O :<br>- keadaan umum pasien tampak lemah<br>- tanda – tanda vital pasien : TD : 110 / 70 mmHg, S : 36,7°C, N : 96 x/menit, RR : 24 x/menit, $SPO_2$ : 96 %. Pola nafas takipnea, fase ekspirasi memanjang, pernafasan cuping hidung, terdapat bunyi nafas tambahan *wheezing* |
| Memberikan posisi semi fowler | S : pasien mengatakan nyaman diberikan posisi semi fowler<br>O : pasien dalam posisi semi fowler | S : pasien mengatakan nyaman diberikan posisi semi fowler<br>O : pasien dalam posisi semi fowler |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Memberikan oksigen pada pasien | S : -<br>O : pasien terpasang oksigen melalui NRM sebanyak 15 liter/menit | S : -<br>O : pasien terpasang oksigen melalui NRM sebanyak 10 liter/menit |
| Memonitor pola nafas pasien dan bunyi nafas tambahan | S : -<br>O : pola nafas pasien takipnea dengan RR : 22 x/menit dan bunyi nafas pasien vesikuler | S : -<br>O : pola nafas pasien sudah membaik RR : 20 x/menit dan bunyi nafas pasien vesikuler |
| Melaksanakan delegasi pemasangan infus | S : pasien mengatakan bersedia untuk dipasang infus<br>O : pasien sudah terapasang infus NaCl 0,9% di tangan kiri dengan tetesan 20 tetes / menit | S : pasien mengatakan bersedia untuk dipasang infus<br>O : pasien sudah terapasang infus NaCl 0,9% di tangan kiri dengan tetesan 20 tetes / menit |
| Melakukan delegasi terapi obat | S : pasien mengatakan bersedia diberikan obat levofloxacin melalui intravena<br>O : terpasang levofloxacin 30 tetes/menit melalui intravena | S : pasien mengatakan bersedia diberikan obat levofloxacin, ranitidine, dan ondasnetron melalui intravena<br>O : obat ranitidine dan ondansetron sudah masuk serta terpasang levofloxacin 30 tetes/menit melalui intravena |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik (combivent) melalui nebulizer pada pasien | S : pasien mengatakan bersedia melakukan nebulizer<br>O : pasien tampak melakukan nebulizer | S : pasien mengatakan bersedia melakukan nebulizer<br>O : pasien tampak melakukan nebulizer |
| Memonitor kembali pola nafas pasien dan bunyi nafas tambahan | S : -<br>O : pola nafas pasien takipnea dengan RR : 20 x/menit dan bunyi nafas pasien vesikuler | S : -<br>O : pola nafas pasien sudah membaik RR : 20 x/menit dan bunyi nafas pasien vesikuler |

## E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 6
Evaluasi Keperawatan Pada Pasien dengan Pneumonia dengan Pola Nafas Tidak Efektif di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar

| Evaluasi Sumatif Subjek 1 | Evaluasi Sumatif Subjek 2 |
|---|---|
| 1 | 2 |
| S : Pasien mengatakan sesak nafas sudah berkurang<br>O : Pasien tampak tidak sesak, fase inspirasi dan ekspirasi membaik, tidak tampak ada pernafasan cuping hidung, bunyi nafas vesikuler, TD : 130/70 mmHg, S : 36,5°C, N : 88 x/mnt, RR : 2 x/mnt, $SPO_2$ : 99%<br>A : Pola nafas tidak efektif teratasi<br>P : Pertahankan kondisi pasien dan pasien pindah ruangan ke ruang Arjuna | S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk mulai berkurang<br>O : Pasien tampak tidak sesak, fase inspirasi dan ekspirasi membaik, bunyi nafas vesikuler, TD : 110/70 mmHg, S : 36,2°C, N : 78 x/mnt, RR : 20 x/mnt, $SPO_2$ : 99%<br>A : Pola nafas tidak efektif teratasi<br>P : Pertahankan kondisi pasien dan pasien pindah ruangan ke ruang Ayodya |