

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PNEUMONIA DI ICU **Nursing Care for Patients with Pneumonia in the ICU**

Galuh Angger Sisilia, Isni Lailatul Maghfiroh²

^{1,2}Faculty of Health Sciences, Universitas Muhammadiyah Lamongan, East Java, Indonesia

ABSTRAK

Pneumonia merupakan suatu proses inflamasi pada jaringan parenkim paru yang sebagian besar terjadi akibat masuknya agen infeksius seperti bakteri, virus, jamur, parasit, maupun protozoa ke dalam saluran pernapasan. Tingginya angka kejadian Pneumonia menuntut penanganan komprehensif, khususnya di ruang ICU, guna mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Studi kasus ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien pneumonia di ICU Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan dengan melibatkan dua pasien yaitu Tn. R 77 tahun dan Ny. N usia 69 tahun sebagai subjek penelitian. Hasil pengkajian menunjukkan adanya penurunan kesadaran, gangguan pernapasan, nyeri dada, gangguan ventilasi spontan dan suhu tubuh meningkat. Diagnosa keperawatan utama meliputi bersihan jalan nafas tidak efektif, gangguan ventilasi spontan, hipertermia, nyeri akut. Intervensi keperawatan yang diberikan meliputi pemantauan tanda vital dan status neurologis, manajemen jalan napas, manajemen hipertermia, manajemen nyeri, dukungan ventilasi, pemberian oksigen, serta kolaborasi pemberian terapi farmakologis. Implementasi dilakukan secara berkesinambungan dengan evaluasi yang menunjukkan adanya perbaikan pada pola napas, penurunan nyeri, dan penurunan suhu tubuh pada pasien pertama, sedangkan pada pasien kedua tidak ada perbaikan. Kesimpulannya, asuhan keperawatan yang tepat, cepat, dan komprehensif pada pasien pneumonia di ICU mampu meningkatkan kondisi klinis pasien serta mencegah komplikasi lebih lanjut. Pendekatan sistematis melalui proses keperawatan sangat penting dalam mendukung keberhasilan perawatan pasien pneumonia.

Kata kunci : *pneumonia; Perawatan Intensif*

ABSTRACT

Perkenalan

Pneumonia merupakan suatu proses inflamasi pada jaringan parenkim paru yang sebagian besar terjadi akibat masuknya agen infeksius seperti bakteri, virus, jamur, parasit, maupun protozoa ke dalam saluran pernapasan (Wardiyah et al., 2022). Pneumonia merupakan kondisi infeksi yang serius, terutama ketika dikaitkan dengan peningkatan angka rawat inap, kejadian komplikasi, dan menjadi penyebab utama kematian (Nurdin & Putri, 2023). Menurut *World Health Organization* (WHO) (2022), lebih dari 3,8 juta kasus pneumonia terjadi setiap tahunnya, dengan risiko meningkat pada usia lanjut dan pasien dengan komorbid. Data pada tahun 2022, prevalensi pneumonia di Indonesia sebanyak 386.724 kasus (Kemenkes RI, 2022). Jumlah kasus pneumonia di Jawa Timur pada tahun 2022 berjumlah 65.449, Lamongan berjumlah 2.106.

Kabupaten Lamongan menempati urutan ke Sembilan kasus pneumonia pada provinsi Jawa Timur yaitu berjumlah 2.106 (Badan Pusat Statistik, 2022). Pada kondisi tertentu, pasien

pneumonia dapat mengalami gangguan pernapasan berat hingga gagal napas sehingga memerlukan perawatan di ruang Intensive Care Unit (ICU) (Rosdiana et al., 2025). Pneumonia memiliki potensi untuk menimbulkan berbagai komplikasi, termasuk bakteri masuk ke dalam aliran darah, kesulitan dalam bernapas, akumulasi cairan di paru-paru (efusi pleura), dan pembentukan abses di paru-paru (Nurdin & Putri, 2023). Oleh karena itu, peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menjaga stabilitas kondisi pasien.

Faktor resiko terjadinya pneumonia adalah usia lanjut, kebiasaan merokok, paparan lingkungan, malnutrisi, riwayat pneumonia sebelumnya, bronkitis kronik, asma, gangguan fungsional, penggunaan terapi immunosupresif, penggunaan steroid oral, dan penggunaan obat penghambat sekresi asam lambung (Kemenkes, 2022). Pneumonia lebih berisiko terjadi pada usia lanjut akibat penurunan sistem imun dan refleks batuk. Merokok dan paparan lingkungan seperti polusi udara merusak saluran napas sehingga memudahkan infeksi. Malnutrisi menurunkan daya tahan tubuh, sedangkan riwayat pneumonia, bronkitis kronik/PPOK, dan asma menyebabkan gangguan fungsi paru yang meningkatkan kerentanan terhadap infeksi. Gangguan fungsional seperti penurunan mobilitas atau gangguan menelan meningkatkan risiko aspirasi. Selain itu, penggunaan terapi immunosupresif, steroid oral, dan obat penghambat asam lambung dapat menekan sistem imun atau meningkatkan kolonisasi bakteri, sehingga berkontribusi terhadap kejadian pneumonia (Yang et al. 2025).

Masalah utama pada pasien pneumonia adalah gangguan ventilasi spontan dan bersihan jalan napas tidak efektif karena ketidakmampuan mengatasi obstruksi atau sekresi yang menyebabkan penyumbatan yang tidak optimal. Pasien yang menggunakan ventilator mekanik dan ETT biasanya mengalami hambatan dalam proses batuk alami, yang merupakan mekanisme pertahanan alami tubuh terhadap bentuk resistensi terhadap infeksi saluran pernapasan, menghindari aspirasi sekret saluran pernapasan bagian atas, yang biasanya dapat melindungi saluran napas dari patogen invasif sehingga pasien mengalami bersihan jalan napas tidak efektif yang ditandai dengan batuk tidak efektif, ketidakmampuan batuk, produksi sputum berlebihan, gejala mengi, suara napas berisik (wheezing), dan/atau suara napas berdengung (ronkhi) tanpa produksi lendir (Utari et al., 2023).

Tindakan untuk membersihkan jalan napas diantaranya yaitu: pemasangan ETT atau VAP, fisioterapi dada seperti penepukkan pada dada/punggung, menggetarkan, perubahan posisi, seperti; posisi miring, posisi telentang, dan termasuk penghisapan. Dalam konteks keperawatan, fokus utama adalah mempertahankan oksigenasi, stabilitas hemodinamik, serta mencegah komplikasi melalui intervensi yang tepat dan berkesinambungan. Dengan demikian, studi kasus ini memberikan gambaran nyata mengenai pentingnya peran perawat

dalam menangani pasien Pneumonia secara komprehensif. Pendekatan yang sistematis dan berbasis teori sangat diperlukan untuk meningkatkan hasil klinis serta kualitas hidup pasien.

Persentasi Kasus

1. Informasi Pasien (Data Demografis)

Studi kasus ini melibatkan dua pasien yang dirawat di ruang ICU Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan dengan diagnosis medis *pneumonia*. Berdasarkan hasil pengkajian, pasien memiliki riwayat penyakit yang menjadi faktor risiko terjadinya CVA. Riwayat tersebut meliputi Diabetes mellitus, dan terdapat riwayat gaya hidup tidak sehat seperti perokok aktif maupun pasif. Riwayat penyakit sekarang pada pasien pertama menunjukkan bahwa serangan terjadi secara mendadak pasien mengalami sesak nafas, hipertermia dan nyeri pada bagian dada. Pasien kedua mengalami gangguan ventilasi spontan, penurunan kesadaran dan hipertermia.

Saat dilakukan pengkajian di ruang ICU, ditemukan beberapa gejala klinis yang khas pada pasien diantaranya sesak nafas disertai adanya sputum berlebih, hipertermia, nyeri dada dan gangguan ventilasi spontan didapatkan GCS pada Tn. R yaitu 456 dan Ny. N GCS 111, keluhan data subjektif yang dirasakan yaitu sesak nafas yang disertai dengan sputum berlebih Data objektif juga menunjukkan adanya perubahan pola napas, peningkatan tekanan darah dan perubahan suhu tubuh.

2. Temuan Klinis

Dari hasil pemeriksaan fisik, ditemukan adanya gangguan sistem respirasi pada kedua pasien. Pasien tampak mengalami dispnea dengan adanya sputum berlebih, batuk tidak efektif, penggunaan otot bantu napas serta pola napas tidak teratur dengan frekuensi napas berkisar antara 27-30kali per menit. Saturasi oksigen pada kedua pasien berada pada rentang 90-100% on O2 NRm 10 LPM dan On ETT venti VSIMV 50% PEEP 5 PS 14 rate 12 yang menunjukkan adanya gangguan pemenuhan oksigen. Selain itu, pada pemeriksaan tandatanda vital didapatkan peningkatan tekanan darah yang signifikan pada kedua pasien, yaitu 168/110 mmHg pada Tn. R dan 162/107 mmHg pada Ny. N.

Hasil pemeriksaan penunjang keduanya berupa foto thorax dalam batas abnormal yang menunjukkan hasil pneumonia dan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan perbedaan antara kedua pasien. menunjukkan hasil pada Tn. R dan Ny. N didapatkan persamaan hasil laboratorium dalam batas abnormal kecuali pada hasil Neutrofil, limfosit, hemoglobin. Pada kasus pasien 1 dan 2 didapatkan persamaan hasil laboratorium pada hemoglobin dan limfosit didapatkan hasil rendah dan neutrofil dengan hasil tinggi.

3. Garis waktu

Perjalanan klinis kedua pasien dimulai dengan munculnya gejala neurologis akut sebelum masuk rumah sakit. Pada Tn. R (77 tahun), keluhan awal berupa sesak nafas disertai dengan

sputum berebih, nyeri dada dan peningkatan suhu tubuh. Kondisi pasien selanjutnya memburuk dengan sesak nafas semakin bertambah dan nyeri dada meningkat hingga akhirnya dibawa ke rumah sakit pada tanggal 24 oktober 2025. Pada Ny. N (69 tahun), gejala awal berupa sesak nafas disertai dengan sputum berlebih dan nyeri dada. Seiring waktu, kondisi pasien semakin memburuk hingga terjadi penurunan kesadaran, sehingga pasien dirawat di rumah sakit pada tanggal 24 oktober 2025.

Setelah masuk ke ruang ICU, kedua pasien menunjukkan kondisi klinis yang serupa, yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif dan hipertermia. Pada Tn. R tidak mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 456, dan pasien juga mengeluh adanya nyeri dada. Pada Ny. N didapatkan penurunan kesadaran dengan GCS 111 dan pasien mengalami gangguan ventilasi spontan. Kombinasi tanda vital yang abnormal dan temuan fisik paru tersebut, meskipun tidak sepenuhnya spesifik, meningkatkan kecurigaan diagnosis pneumonia dan mendukung kebutuhan pemeriksaan radiografi dada untuk konfirmasi diagnosis dan evaluasi lebih lanjut (Metlay et al. 2021)

4. Penilaian Diagnostik

Penilaian diagnostik pada kedua pasien dilakukan secara komprehensif melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Proses pengkajian diawali dengan pengumpulan data melalui wawancara dan alloanamnesis, wawancara dilakukan pada Tn. R dan alloanamnesis pada Ny. N mengingat kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Data yang diperoleh meliputi keluhan utama seperti sesak gangguan pernafasan, nyeri dada, hipertermia. Pendekatan ini sesuai dengan metode pengkajian keperawatan yang mencakup wawancara, observasi, dan penggunaan data sekunder (Nursalam, 2020). Dalam proses penalaran klinis, seluruh data yang diperoleh baik data subjektif, objektif, maupun hasil pemeriksaan penunjang dikombinasikan untuk menentukan diagnosis. Gejala seperti nyeri mengeluhkan sulit bernapas, kesulitan berbicara, serta sesak yang bertambah saat berbaring. Keluhan disertai batuk dengan sputum berlebih, namun pasien tidak mampu batuk secara efektif. Pada pemeriksaan fisik didapatkan suara napas tambahan ronkhi pada auskultasi paru. Frekuensi napas meningkat dengan pola napas takipnea. Pasien juga mengalami peningkatan suhu tubuh. Berdasarkan data tersebut, diagnosis keperawatan prioritas pada Tn. R dan Ny. N yaitu Gangguan ventilasi spontan, bersihan jalan nafas dan hipertermia. Penegakan diagnosis ini diperkuat oleh penelitian

Hadia & Pratama (2025), bahwa diagnosis bersihan jalan nafas muncul karena proses infeksi paru yang menyebabkan peningkatan produksi sekret kental sedangkan hipertermia muncul sebagai respons tubuh terhadap infeksi pneumonia.

5. Intervensi Terapeutik

Intervensi terapeutik keperawatan pada pasien pneumonia dilakukan secara komprehensif meliputi tindakan medis, keperawatan, dan terapi. Secara farmakologis, Kedua pasien menerima ranitidine. Pneumonia yang berat, disertai demam tinggi, batuk terus-menerus, atau penggunaan obat-obat seperti antibiotik dan steroid, dapat meningkatkan risiko iritasi lambung dan ulkus stres. Ranitidine bekerja sebagai antagonis reseptor H₂ histaminik, sehingga dapat mengurangi produksi asam lambung dan menurunkan risiko nyeri ulu hati, mual, atau gastritis yang mungkin muncul selama perawatan. Dengan menekan produksi asam lambung (Praya and Pambudi 2024). Pada pasien pneumonia, selain terapi kausal seperti antibiotik atau terapi suportif oksigen, terapi simptomatik analgesik/antipiretik sering diberikan untuk meredakan keluhan yang dialami pasien seperti nyeri dada akibat batuk, demam, dan ketidaknyamanan tubuh (Illness n.d. 2024).

Intervensi non farmakologis meliputi Pemberian oksigen NRM dan Pemasangan ETT ventilator untuk menangani masalah bersihan jalan nafas tidak efektif dan gangguan ventilasi spontan. Pada tahap awal, ketika pasien masih bernapas spontan namun mengalami penurunan saturasi, terapi oksigen dengan Non-Rebreather Mask (NRM) diberikan untuk meningkatkan kadar oksigen secara cepat. Namun, pada pneumonia berat, peradangan paru yang luas dapat menyebabkan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan penurunan kepatuhan paru, sehingga pemberian oksigen melalui NRM tidak lagi efektif (Cesarano, M., et al. 2021). Perawatan keperawatan difokuskan pada manajemen jalan napas dan dukungan ventilasi dengan memantau frekuensi dan pola napas, Pada kondisi peningkatan suhu tubuh, dilakukan manajemen hipertermia. Dan pada kondisi nyeri dilakukan manajemen nyeri sesuai dengan SIKI (PPNI, 2023)

6. Tindak Lanjut Hasil

Kemajuan pasien ditunjukkan melalui tingkat saturasi oksigen dan pola nafas. Pada awal perawatan, pasien mengalami penurunan saturasi oksigen dan gangguan pola nafas. Namun, setelah diberikan intervensi terapeutik yang tepat, pada hari ketiga perawatan terjadi peningkatan saturasi oksigen menjadi SpO₂ 97% menggunakan NRM 8 LPM tetapi masih

adanya sputum yang berlebih. Selain itu, tanda vital pasien juga menunjukkan kestabilan, dengan tekanan darah 120/85 mmHg, frekuensi nadi 95 kali per menit, frekuensi napas 23 kali per menit dan suhu tubuh 37,5°C GCS 4-5-6.

Pada Ny. J respons terhadap intervensi menunjukkan hasil yang negatif. Pada kondisi awal, pasien memiliki tingkat kesadaran rendah dengan nilai GCS 1-1-1. Setelah dilakukan intervensi seperti pemberian oksigen, elevasi kepala 30°, serta pemantauan ketat terhadap kondisi fisiologis, tidak terjadi peningkatan pada GCS dan pasien masih alat bantu pernafasan. Pada hari ketiga pasien masih menggunakan ETT venti, dengan saturasi 99% (on venti VSIMV 50% PEEP 5 PS 14 rate 12) terdapat adanya sputum berlebih dan suhu tubuh masih meningkat 37,9 °C.

Intervensi seperti manajemen jalan napas, pemberian terapi oksigen melalui Non-Rebreather Mask (NRM), serta pengaturan posisi kepala (head-up 30°) terbukti memberikan hasil yang berbeda pada kedua pasien dalam mendukung proses pemulihan dan mencegah komplikasi lebih lanjut selama masa perawatan.

Hasil

Hasil penelitian diperoleh dari 2 responden yang mengalami Cerebrovaskuler Accident (CVA) di ICU Rumah Sakit Aisyiyah Bojonegoro. Peneliti menggunakan jenis wawancara aloanamnesa (wawancara dengan keluarga pasien) dengan studi dokumentasi yang meliputi catatan hasil rekam medis, tinjauan literatur, dan data relevan lainnya.

Tabel 1. Hasil Tanda-Tanda Vital

Nama	Hari 1	Hari ke-2	Hari ke-3
Klien 1 (Tn. R, 77 tahun)	GCS: 4-5-6 TD: 145/95mmHg Nadi: 110x/menit Pola nafas ireguler RR: 25x/mnt S : 37,9 °C Terpasang NRM 10 lpm SpO ₂ : 95 %	GCS: 4-5-6 TD: 130/95 mmHg Nadi: 100x/menit Pola nafas ireguler RR: 23x/mnt S : 37,8 °C SPO2 : 95 (on O2 NRM 10 LPM)	GCS: 4-5-6 TD: 120/85mmHg Nadi: 95x/menit Pola nafas ireguler RR: 23x/mnt S : 37,5 °C SPO2 : 97 (on O2 NRM 8 LPM)
Klien 2 (Ny. N, 69 tahun)	GCS: 1-1-1	GCS: 1-1-1	GCS: 1-1-1

	TD: 196/100 mmHg Nadi: 132x/menit Pola nafas ireguler RR: 29x/mnt S : 38,5 °C SPO2 : : 99 % (On ETT venti VSIMV 50% PEEP 5 PS 14 rate 12)	TD: 189/95 mmHg Nadi: 129x/menit Pola nafas ireguler RR: 25x/mnt S : 38,3°C Spo2 : 99 % (On ETT venti VSIMV 50% PEEP 5 PS 14 rate 12)	TD: 181/89 mmHg Nadi: 125 x/menit Pola nafas ireguler RR: 22x/mnt S : 37,9 °C SPO2 : 99 % (On ETT venti VSIMV 50% PEEP 5 PS 14 rate 12)
--	--	--	--

Berdasarkan tabel 1 di atas menunjukkan hasil implementasi keperawatan didapatkan hasil bahwa pada pasien 1 dan 2 memiliki rencana keperawatan yang sama, yaitu manajemen jalan napas dan manajemen hipertermia. Tim Pokja (2018) rencana yang sesuai SIKI dapat dilaksanakan oleh penulis secara menyeluruh. Adapun rencana yang dilakukan adalah memonitor pola nafas tambahan, monitor jalan nafas, monitor sputum, melakukan penghisapan lendir, pemberian oksigen, memonitor suhu tubuh, monitor kadar elektrolit, monitor komplikasi akibat hipertermia, dan monitor tingkat kesadaran.

Klien 1 (Tn. R, 77 tahun) menunjukkan perkembangan kondisi yang cenderung membaik. Nilai GCS tetap stabil pada E4V5M6 (compos mentis) selama tiga hari. Tekanan darah mengalami penurunan dari 145/95 mmHg menjadi 120/85 mmHg, disertai penurunan frekuensi nadi dari 110 x/menit menjadi 95 x/menit. Suhu tubuh juga menurun dari 37,9°C menjadi 37,5°C, mengindikasikan perbaikan kondisi infeksi atau inflamasi. Frekuensi napas menurun dari 25 x/menit menjadi 23 x/menit, meskipun pola napas masih ireguler. Saturasi oksigen meningkat dari 95% menjadi 97%, sehingga kebutuhan oksigen dapat diturunkan dari NRM 10 LPM menjadi 8 LPM. Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan respons yang baik terhadap terapi dengan perbaikan status hemodinamik, respirasi, dan oksigenasi.

Klien 2 (Ny. N, 69 tahun) masih berada dalam kondisi kritis dengan GCS 1-1-1 yang tidak mengalami perubahan selama tiga hari. Meskipun demikian, terdapat kecenderungan perbaikan pada beberapa parameter fisiologis, yaitu tekanan darah menurun dari 196/100 mmHg menjadi 181/89 mmHg, frekuensi nadi menurun dari 132 x/menit menjadi 125 x/menit, frekuensi napas menurun dari 29 x/menit menjadi 22 x/menit, serta suhu tubuh menurun dari 38,5°C menjadi 37,9°C. Saturasi oksigen tetap stabil pada 99%, namun masih bergantung pada ventilator mekanik dengan mode VSIMV FiO₂ 50%, PEEP 5 cmH₂O, Pressure Support 14 cmH₂O, rate 12 kali/menit, sehingga fungsi pernapasan belum mampu dipertahankan secara mandiri. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun terdapat perbaikan pada tanda-tanda

vital, kondisi neurologis dan ketergantungan terhadap ventilator masih belum mengalami perubahan sehingga pasien tetap memerlukan pemantauan intensif dan terapi lanjutan.

Diskusi

Penelitian ini menunjukkan adanya perubahan kondisi klinis pada kedua klien selama tiga hari pemantauan melalui evaluasi Glasgow Coma Scale (GCS), tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, dan saturasi oksigen. Meskipun kedua klien sama-sama mengalami perbaikan pada beberapa parameter fisiologis, tingkat perbaikan yang dicapai berbeda. Klien 1 menunjukkan perbaikan kondisi yang lebih signifikan dibandingkan Klien 2 yang masih berada dalam kondisi kritis dengan penurunan kesadaran.

Pada Klien 1 (Tn. R, 77 tahun), terjadi penurunan tekanan darah dari 145/95 mmHg menjadi 120/85 mmHg, penurunan frekuensi nadi dari 110 kali/menit menjadi 95 kali/menit, penurunan suhu tubuh dari 37,9°C menjadi 37,5°C, serta peningkatan saturasi oksigen dari 95% menjadi 97%. Selain itu, kebutuhan oksigen menurun dari Non-Rebreathing Mask (NRM) 10 LPM menjadi 8 LPM. Hasil tersebut menunjukkan adanya respons yang baik terhadap terapi yang diberikan selama perawatan. Menurut Martin-Loeches et al. (2023), keberhasilan terapi pada pasien pneumonia berat ditandai dengan stabilisasi hemodinamik, perbaikan oksigenasi, penurunan kebutuhan terapi oksigen, dan membaiknya kondisi klinis secara bertahap. Penurunan kebutuhan oksigen pada Tn. R mengindikasikan bahwa proses pertukaran gas di alveoli mulai membaik sehingga kebutuhan suplementasi oksigen berkurang.

Perbaikan suhu tubuh pada Tn. R juga mengindikasikan berkurangnya respons inflamasi akibat infeksi. Demam merupakan salah satu manifestasi aktivasi sistem imun terhadap mikroorganisme penyebab infeksi. Setelah pasien memperoleh terapi antimikroba dan terapi suportif yang adekuat, mediator inflamasi akan berangsur menurun sehingga suhu tubuh kembali mendekati normal. Temuan ini sesuai dengan penelitian Yatera dan Yamasaki (2024) yang menyatakan bahwa penurunan suhu tubuh dalam beberapa hari pertama merupakan salah satu indikator keberhasilan terapi pada pasien pneumonia, terutama pada kelompok usia lanjut.

Penurunan frekuensi nadi dan frekuensi napas pada Klien 1 juga menunjukkan perbaikan kondisi fisiologis. Takikardia dan takipnea pada fase akut umumnya merupakan mekanisme kompensasi tubuh terhadap hipoksemia dan peningkatan kebutuhan metabolik akibat infeksi. Ketika oksigenasi jaringan mulai membaik dan proses inflamasi menurun, aktivitas sistem saraf simpatis berkurang sehingga frekuensi nadi dan napas mengalami penurunan menuju nilai normal. Hal ini sejalan dengan pedoman American Thoracic Society yang menyebutkan bahwa perbaikan respirasi dan stabilisasi tanda vital merupakan indikator awal keberhasilan terapi pada pasien pneumonia komunitas maupun pneumonia berat.

Walaupun demikian, pola napas Tn. R masih tampak ireguler hingga hari ketiga. Kondisi ini dapat disebabkan oleh proses pemulihan jaringan paru yang belum sepenuhnya selesai serta faktor usia lanjut yang menyebabkan elastisitas paru menurun, refleks batuk melemah, dan kemampuan membersihkan sekret berkurang. Pasien geriatri memerlukan waktu pemulihan yang lebih lama dibandingkan pasien usia dewasa karena penurunan cadangan fisiologis berbagai organ. Oleh karena itu, pasien tetap memerlukan observasi terhadap status respirasi meskipun parameter lainnya menunjukkan perbaikan.

Berbeda dengan Klien 1, Klien 2 (Ny. N, 69 tahun) masih menunjukkan kondisi kritis selama masa observasi. Tekanan darah memang menurun dari 196/100 mmHg menjadi 181/89 mmHg, frekuensi nadi dari 132 kali/menit menjadi 125 kali/menit, frekuensi napas dari 29 kali/menit menjadi 22 kali/menit, dan suhu tubuh dari 38,5°C menjadi 37,9°C. Namun demikian, nilai Glasgow Coma Scale tetap 1-1-1 selama tiga hari sehingga menunjukkan belum adanya perbaikan fungsi neurologis. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa terapi yang diberikan mampu memperbaiki stabilitas fisiologis, tetapi belum memberikan dampak terhadap pemulihan sistem saraf pusat.

Saturasi oksigen Ny. N tetap berada pada angka 99% selama tiga hari pemantauan. Akan tetapi, nilai tersebut dipertahankan dengan bantuan ventilasi mekanik menggunakan mode VSIMV, FiO₂ 50%, PEEP 5 cmH₂O, Pressure Support 14 cmH₂O, dan respiratory rate 12 kali/menit. Menurut Goodfellow et al. (2024), ventilator mekanik mempertahankan ventilasi alveolar dan oksigenasi sehingga nilai saturasi oksigen yang normal pada pasien yang masih bergantung pada ventilator tidak dapat dijadikan satu-satunya indikator keberhasilan terapi. Penilaian keberhasilan terapi juga harus mempertimbangkan kemampuan pasien mempertahankan ventilasi spontan, kondisi hemodinamik, hasil analisis gas darah, dan status neurologis.

Tidak adanya perubahan nilai GCS pada Ny. N menunjukkan bahwa cedera neurologis atau gangguan fungsi otak masih berat. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan penurunan kesadaran memiliki risiko mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan pasien dengan fungsi neurologis yang membaik. Selain itu, pemulihan neurologis berlangsung lebih lambat dibandingkan perbaikan parameter respirasi maupun sirkulasi karena proses regenerasi jaringan saraf sangat terbatas. Oleh sebab itu, evaluasi neurologis secara berkala tetap menjadi indikator utama dalam menentukan prognosis pasien kritis.

Perbedaan hasil antara kedua klien menunjukkan bahwa respons terapi dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, tingkat keparahan penyakit, fungsi neurologis, kebutuhan ventilasi mekanik, dan kondisi klinis saat awal masuk ruang intensif. Klien 1 masih memiliki fungsi neurologis yang baik dengan GCS 15 sehingga mampu mempertahankan mekanisme

kompensasi tubuh dan memberikan respons terapi yang lebih optimal. Sebaliknya, Klien 2 mengalami gangguan neurologis berat sehingga meskipun parameter fisiologis mulai membaik, kondisi klinis secara keseluruhan masih belum stabil. Hal ini sesuai dengan laporan European Respiratory Society (ERS) Guidelines (2023) yang menyatakan bahwa prognosis pasien pneumonia berat tidak hanya dipengaruhi oleh keberhasilan mempertahankan oksigenasi, tetapi juga oleh status neurologis, usia lanjut, komorbiditas, dan derajat keparahan penyakit.

Hasil penelitian ini memiliki implikasi penting bagi praktik keperawatan intensif. Perawat tidak hanya berperan dalam mempertahankan stabilitas respirasi melalui pemantauan ventilasi dan terapi oksigen, tetapi juga melakukan pengkajian neurologis, memonitor tanda-tanda vital secara berkesinambungan, mengidentifikasi perubahan kondisi pasien secara dini, serta berkolaborasi dengan tim multidisiplin dalam menentukan keberhasilan terapi. Pemantauan parameter fisiologis yang dilakukan secara serial memungkinkan perawat mendeteksi perburukan kondisi lebih awal sehingga intervensi dapat diberikan secara tepat waktu.

Secara keseluruhan, penelitian ini menunjukkan bahwa pemantauan harian terhadap tanda-tanda vital mampu menggambarkan perkembangan kondisi pasien selama menjalani perawatan intensif. Klien 1 menunjukkan respons terapi yang lebih baik melalui stabilisasi hemodinamik, peningkatan oksigenasi, dan penurunan kebutuhan terapi oksigen. Sebaliknya, Klien 2 masih memerlukan perawatan intensif karena meskipun parameter fisiologis mengalami perbaikan, fungsi neurologis belum menunjukkan perubahan. Oleh karena itu, evaluasi keberhasilan terapi pada pasien kritis hendaknya dilakukan secara komprehensif dengan mempertimbangkan parameter respirasi, hemodinamik, oksigenasi, dan status neurologis secara simultan.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat kesamaan keluhan utama pada pasien 1 Tn. usia 77 tahun dan pasien 2 Ny. N usia 69 tahun yaitu sesak nafas. Analisa data yang didapat pada pasien 1 Pasien dengan keluhan sesak napas yang dirasakan semakin berkurang. Pasien mengeluhkan sulit bernapas, kesulitan berbicara, serta sesak yang bertambah saat berbaring. Keluhan disertai batuk dengan sputum berlebih, namun pasien tidak mampu batuk secara efektif. Pada pemeriksaan fisik didapatkan suara napas tambahan ronkhi pada auskultasi paru. Frekuensi napas meningkat dengan pola napas takipnea, pasien juga mengalami demam disertai kulit tampak kemerahan dan teraba panas. Pasien juga mengeluhkan nyeri dada sebelah kiri yang dirasakan seperti tertimpa, bersifat terus-menerus dengan skala nyeri 7. Pasien tampak meringis, gelisah, bersikap protektif, serta mengalami gangguan tidur serta penurunan nafsu makan.

Pada Pasien 2 dengan keluhan Pasien tampak penggunaan alat bantu nafas meningkat, PCO₂ meningkat, PO₂ menurun, So₂ Menurun. Pasien tampak tidak mampu bernafas secara spontan, pasien mengalami penggunaan mengalami

Peningkatan penggunaan otot bantu napas disertai sputum berlebih terdapat suara nafas tambahan, dan penurunan saturasi oksigen darah, Pasien tampak tidak dapat batuk efektif, Pasien tampak sputum berlebih Terdapat adanya suara nafas tambahan ronkhi, Pasien mengalami takipnea takikardia. Pasien juga mengalami hipertermia, kulit tampak merah dan teraba panas, disertai peningkatan frekuensi napas dan denyut jantung.

. Diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada kedua pasien didapatkan kesamaan diagnose yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas, hipertermia b.d proses penyakit, nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis. Rencana keperawatan dan implementasi sesuai dengan buku SLKI dan SIKI kemudian disesuaikan dengan kondisi pasien. Evaluasi hasil asuhan keperawatan pasien pertama didapatkan kondisi keduanya cukup membaik dan pasien kedua tetap buruk.

Referensi

- Artanti, Mariesela, Tri Umiana Soleha, and Shinta Nareswari. 2025. "Community-Acquired Pneumonia in Elderly Patients." 3(02):165–73.
- Aydın, Sercan, Seda Kahraman Aydın, Barış Gülmez, Beniz İrem, Ersoy Sığva, and Önder Kavurmacı. 2025. "Thoracic CT Findings and Patient Demographics Associated with Traumatic Pneumothorax : Recommendations for the Emergency Department."
- Ayu, Ira Marti, and M. Epid. 2019. "Dasar-Dasar Epidemiologi Disain Studi Deskriptif."
- Baptiste, Jean, Bouillon Minois, Coline Burlet, Resa E. Lewiss, Reza Bagheri, and Christophe Perrier. 2025. "Chest Ultrasound vs . Radiograph for Pneumothorax Diagnosis Performed by Emergency Healthcare Workers in the Emergency Department : A Systematic Review and Meta - Analysis." 5.
- Di, Bulan, and Puskesmas Pekanbaru. 2019. "GAMBARAN KADAR BILIRUBIN DIRECT PADA PENDERITA TUBERCULOSIS (TB) SEBELUM DAN SESUDAH PENGOBATAN INTENSIF SELAMA SATU Tuberculosis Dan Bersifat Menular (Suharyo , 2013). Tuberkulosis Merupakan Salah Satu Penyakit Menjadi Penderita Tb Paru (Pontoh L , Dkk , 2016). Di Indonesia Tb Paru Merupakan Masalah Utama Tertinggi Di Dunia Setelah China Dan India . Sebanyak (57) Pasien Yang Baru Terdiagnosa Positif Tb Paru . Pada Tahun 2013 Sebesar (60 , 9) per Pengobatan OAT . Lini Pertama OAT , Terdiri Dari Obat Isoniazid (H), Etambutol (E), Pirazinamid." 7(1):37–42.
- Emi Yuliza. 2022. "Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Pneumonia." 01(04):125–28. Doi: 10.53801/oajjhs.v1i4.13.
- Fally, Markus, Jan Hansel, Rebecca C. Robey, Faiuna Haseeb, Ahmed Kouta, Thomas

- Williams, Timothy Felton, and Alexander G. Mathioudakis. 2025. "Decoding Community-Acquired Pneumonia: A Systematic Review and Analysis of Diagnostic Criteria and Definitions Used in Clinical Trials." *Clinical Microbiology and Infection* 31(5):724–30. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2024.12.028>.
- Fattori, Silvia, Gabriele Bellio, and Matteo Maria Cimino. 2025. "The Invisible Threat That Leaves You Breathless — A Literature Review on Pneumothorax in the Emergency Department."
- February, No, Komunitas Dewasa, and D. I. Rs. 2024. "SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah." 3(2):687–95.
- Foy, Brody H., Sushiladevi Natarajan, Arham Munawar, Marcia Soares, James Thorpe, John Owers-bradley, and Salman Siddiqui. 2020. "Characterising the Role of Small Airways in Severe Asthma Using Low Frequency Forced Oscillations : A Combined Computational and Clinical Approach." *Respiratory Medicine* 170(May):106022. Doi: 10.1016/j.rmed.2020.106022.
- Hadia, Burjan, and Angga Satria Pratama. 2025. "ARRAZI : Scientific Journal of Health Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pneumonia Dengan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Melalui Tindakan Fisioterapi Dada Di Ruang Shafa RSUDZA Pemerintah Aceh." 3:179–85.
- Metlay, Joshua P., Grant W. Waterer, Ann C. Long, Antonio Anzueto, Jan Brozek, Kristina Crothers, Laura A. Cooley, Nathan C. Dean, Michael J. Fine, and Scott A. Flanders. 2019. "Diagnosis and Treatment of Adults with Community-Acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America." *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 200(7):e45–67.
- Praya, I. Gede, and Bayu Pambudi. 2024. "Tingkat Keparahan Pneumonia Komunitas Di RSUD Bali Mandara." 15(2):796–800. doi: 10.15562/ism.v15i2.2055.
- Yang, Fang, Peibei Zhang, Hongyi Sun, and Qingye Zhang. 2025. "Identification of Risk Factors for Malnutrition in Patients with Severe Pneumonia and Development of a Predictive Model to Guide Personalized Enteral Nutrition Care." *Journal of Thoracic Disease; Vol 17, No 10 (October 31, 2025): Journal of Thoracic Disease*.