

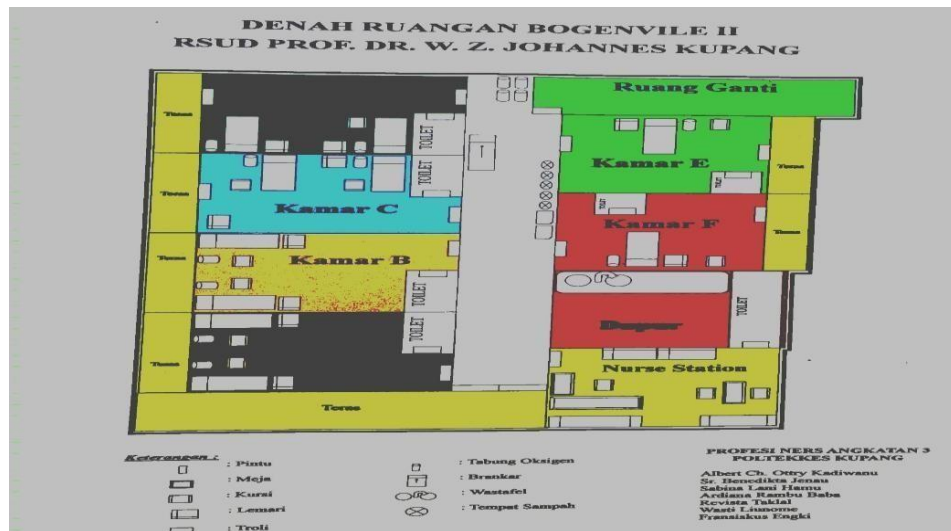
BAB 3 HASIL DAN PEMBAHASAN KASUS

3.1 Hasil Asuhan keperawatan

3.1.1 Gambaran Umum Lokasi Kasus

Lokasi praktik pengambilan kasus dilaksanakan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, tepatnya di Ruang Bougenville 2 yang merupakan salah satu ruangan rawat inap yang memberikan pelayanan keperawatan dan medis kepada pasien dengan berbagai kondisi kesehatan. Ruang ini memiliki kapasitas 8 tempat tidur dan dilengkapi dengan fasilitas penunjang pelayanan keperawatan, seperti tempat tidur pasien, oksigen, dan alat pemantau tanda-tanda vital. Pelayanan keperawatan di Ruang Bougenville 2 dilakukan selama 24 jam oleh perawat yang bekerja secara shift serta berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien.

Sistem pelayanan di Ruang Bougenville 2 didukung oleh manajemen asuhan keperawatan yang terstruktur, mulai dari penggunaan rekam medis untuk dokumentasi hingga penerapan standar operasional prosedur (SOP) yang ketat.



1. PENGKAJIAN

1) Hasil Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada hari senin, 12 Januari 2026 di Ruang
Bougenville II memperoleh data sbb:

2) Identitas Pasien

nama: Ny.C, umur: 69thn, Jenis kelamin : Perempuan, Agama: Kristen
Protestan, Pendidikan terakhir : SMA, Alamat : Kairane, Pekerjaan: IRT

3) Identitas Penanggung jawab

nama : Tn. Y, Jenis Kelamin : Laki-laki, alamat : jln. Nangka, Pekerjaan:
D3 Teknik Sipil, Hub. Dengan pasien : Anak kandung

4) Riwayat Penyakit Dahulu

pasien memiliki riwayat penyakit Stroke di tahun 2021

5) Keluhan Utama sesak napas

6) Riwayat keluhan utama

pasien sesak napas sejak siang dan di bawa ke RS dengan tidak sadarkan
diri, Pasien kesadaran menurun dengan GCS 8 E2 M4 V2, Pasien lemas, dan
kulit pucat, Pasien Badtres total, Napas cuping hidung sesak dan gelisah,
Pernapasan 33x/menit, Spo² : 90%, Terpasang O² simple mask 6 Lpm,
pasien sulit berbicara.

7) Pemeriksaan fisik.

Keadaan umum : Sedang

Penampilan : Tampak lemah

Kesadaran : kesadaran menurun GCS : 8 E:2 M:4 V:2 (Somnolen)

Tanda- tanda Vital

TD : 110/70 MmHg

SPO² : 90 %

N : 99x/menit

RR : 33x/menit

S : 37.1°C

8) Pemeriksaan fokus

a. Inspeksi : Bentuk dada normal, pernapasan abnormal (Dispnea), irama
napas tidak teratur

b. Perkusi : terdapat adanya cairan atau udara

- c. Palpasi : Tidak ada benjolan atau pembengkakan
- d. Auskultasi : Terdapat bunyi tambahan wheezing

9) Pemeriksaan penunjang

Hemoglobin : 13,2 g/dL
 Kreatinin : 1,43 mg/dL
 Urea N : 24,80 mg/dL
 Natrium darah : 142 mmol/L
 Kalsium darah : 2,62 mmol/L

10) Penatalaksanaan

1).Terapi Farmakologi

- a) Ceftriaxone 2gr 1x29 / Iv
- b) Levofloxoxin 750 1x750/Iv
- c) Ranitidin 50 2x1 / Iv
- d) Cpg 75 1x75/Po
- e) Atorcastatin 20 1x20/PO
- f) D 40% extra 2flash /Iv
- g) D10% (Metodiasole) /Iv
- h) Omeprazole 2x40 mg

2). Non Farmakologi

- a. Mengatur posisi tubuh Semi Fowler
- b. Relaksasi Napas dalam

Analisa Data

Data – Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>DS : Keluarga pasien mengatakan : 1. pasien sesak napas 2. KU pasien lemas, kulit pucat</p> <p>DO : 1) Pernapasan 33 x/mnt, SPO2 90%, terpasang O2 simple mask 6 Lpm dan napas cuping hidung 2) Tubuh pasien lemas dan konjungtiva anemis</p>	<p>Hambatan upaya napas</p>	<p>Pola napas tidak efektif</p>

<p>DS : Keluarga pasien mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak bisa melakukan aktivitas 2. Ada luka di bagian panggul <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien hanya terbaring di tempat tidur saja 2) terdapat luka dibagian panggul sebelah kiri 	<p>Bedres total</p>	<p>Resiko terjadi dekubitus</p>
<p>DS : Keluarga pasien mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sulit berbicara 2. kesadaran pasien menurun <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nilai verbalnya 2 2) Nilai GCS 8 E2M4V2 (sommolen) 	<p>Pasien sulit berbicara</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal</p>

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan sesak napas, pola napas abnormal (Takipnea) pernapasan cuping hidung.

3. INTERVENSI KEPERAWATAN

DX (SDKI)	TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)
<p>Pola napas tidak efektif (D0005)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 30 menit Pola napas membaik (L. 01004) Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Kedalamann napas membaik 	<p>Pemantauan Respirasi (L.01014) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Rasional : Untuk mengetahui kondisi pernapasan pasien dan mendeteksi secara dini adanya gangguan napas seperti sesak, napas cepat/lambat, atau penggunaan otot bantu napas 2. Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea) Rasional : Perubahan pola napas dapat menunjukkan gangguan fungsi paru, metabolik, atau neurologis sehingga membantu menentukan tingkat keparahan dan penyebab gangguan pernapasan. 3. Auskultasi bunyi napas Rasional : Perubahan bunyi napas seperti ronki, wheezing, atau penurunan suara napas menunjukkan adanya sekret, obstruksi, atau gangguan pertukaran gas. 4. Monitor saturasi oksigen Rasional : Saturasi oksigen menggambarkan kecukupan oksigenasi jaringan dan membantu menilai efektivitas pernapasan serta terapi oksigen. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Rasional : Pemantauan yang disesuaikan dengan kondisi pasien memungkinkan deteksi dini perubahan status pernapasan dan mencegah perburukan kondisi 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Rasional : Dokumentasi yang lengkap dan akurat penting untuk evaluasi perkembangan pasien, kontinuitas asuhan keperawatan, serta sebagai bukti legal pelayanan keperawatan

		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Rasional : Penjelasan kepada pasien membantu meningkatkan pemahaman dan kerja sama pasien selama tindakan, mengurangi kecemasan, serta memastikan prosedur pemantauan dapat dilakukan dengan aman dan optimal.2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Rasional : Penyampaian hasil pemantauan membantu pasien dan keluarga memahami kondisi kesehatan pasien, meningkatkan keterlibatan d alam perawatan, serta mendukung pengambilan keputusan dan tindak lanjut yang tepat.
--	--	---

4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari /tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Ttd perawat
Senin, 12 Januari 2026	Pola napas tidak efektif (D. 0005)	09.10	1. Melakukan Personal Hygiene Hasil : Pasien bersih, wangi	
		10.00	2. Memposisikan pasien Hasil: posisi semi fowler	
		10.08	3. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Hasil : irama napas cepat , adanya tarikan dinding dada	
		10.10	4. Monitor pola napas Hasil : RR 33x/mnt (Takipnea)	
		10.12	5. .Auskultasi bunyi napas Hasil : terdapat bunyi tambahan ronci/wheezing	
		10.12	6. Memonitor saturasi oksigen Hasil : 99%	
		10.15	7. Melakukan TTV	

			Hasil ; TD : 70/5 N : 105x/mnt S: 37.1 RR : 33x/mnt Spo2 :90%	
Selasa, 13 Januari 2026		14.30	1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Hasil : irama napas cepat , adanya tarikan dinding dada	
		14.35	2. Monitor pola napas Hasil : RR 28x/mnt (Takipnea)	
		14.37	3. Auskultasi bunyi napas Hasil : masih ada bunyi napas tambahan yaitu wheezing	

		14.40 15.00	<p>4. Memonitor saturasi oksigen Hasil : 96%</p> <p>5. Mengantikan oksigen dari Simple mask ke Nasal canul. Hasil : O² Nc 4 Lpm</p>	
Rabu, 14 Januari 2026		08.00 09.00	<p>1.Melakukan personal Hygiene Hasil: Pasien Bersih, Wangi</p> <p>2.Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya Napas Hasil : irama napas Normal</p>	

		09.10	3. Monitor pola napas Hasil : RR 24x/mnt	
		09.15	4. Auskultasi bunyi napas Hasil : Tidak ada bunyi napas tambahan	
		09.16	5. Memonitor saturasi oksigen Hasil : 100%	

5. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari / Tanggal dan jam	Evaluasi	
Senin, 12 Januari 2026 Jam : 14.25	S : keluarga pasien mengatakan sesak berkurang O : RR : 28x/mnt , terpasang O ² Simple Mask 6 Lpm, Spo ² : 95% masih ada bunyi napas tambahan (wheezing) A : Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian P :intervensi dilanjutkan	
Selasa, 13 Januari 2026 Jam : 21.15	S : Keluarga Pasien mengatakan Sesak sudah mulai berkurang O ; RR : 24x/mnt , terpasang O ² Nc 4 Lpm, Spo ² : 99% napas sudah mulai teratur, masih terdengar bunyi napas tambahan Wheezing A : Masalah Pola napas tidak efektif teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
Rabu, 14 Januari 2026 Jam : 14.25	S : Keluarga pasien mengatakan Sesak sudah berkurang O : K/U cukup, Tidak terdengar bunyi napas tambahan, RR : 22x/mnt , Spo ² : 100%, napas sudahh mulai teratur A : Masalah Pola napas tidak efektif teratasi P : intervensi dihentikan	

3.2 Dokumentasi

Pada kasus Ny. C yang dirawat di Ruang Bougenville II RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan diagnosa medis pneumonia, perawat melakukan dokumentasi keperawatan secara sistematis berdasarkan proses keperawatan.

Pada tahap pengkajian, diperoleh data subjektif dari keluarga pasien yang mengatakan bahwa pasien mengalami sesak napas dan nyeri dada. Data objektif menunjukkan bahwa pasien tampak lemah, kesadaran menurun dengan GCS 8 (E2 M4 V2), napas cepat dengan frekuensi 33 kali per menit, terdapat penggunaan otot bantu napas dan napas cuping hidung, serta terdengar bunyi napas tambahan wheezing. Hasil pemeriksaan menunjukkan saturasi oksigen 90% dengan terapi oksigen simple mask 6 Lpm.

Berdasarkan hasil analisis data tersebut, ditegakkan diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang ditandai dengan sesak napas, takipnea, penggunaan otot bantu napas, dan bunyi napas tambahan.

Selanjutnya perawat menyusun rencana intervensi keperawatan dengan tujuan agar pola napas pasien membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan. Intervensi yang direncanakan meliputi pemantauan respirasi, memonitor frekuensi dan pola napas, memantau saturasi oksigen, melakukan auskultasi bunyi napas, mengatur posisi pasien semi fowler, serta memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga.

Pada tahap implementasi, perawat melaksanakan tindakan sesuai rencana yang telah disusun, yaitu memonitor frekuensi napas, memantau pola napas, mengukur saturasi oksigen, melakukan auskultasi bunyi napas, mengatur posisi semi fowler, serta membantu kebutuhan personal hygiene pasien. Selain itu, perawat juga melakukan pemantauan tanda-tanda vital dan mengganti terapi oksigen dari simple mask menjadi nasal kanul sesuai perkembangan kondisi pasien.

Hasil evaluasi keperawatan menunjukkan adanya perbaikan kondisi pasien. Frekuensi napas yang awalnya 33 kali per menit berangsur menurun menjadi 24 kali per menit. Saturasi oksigen meningkat hingga 100%, bunyi napas tambahan sudah tidak terdengar, serta keluhan sesak napas berkurang. Berdasarkan hasil evaluasi tersebut, masalah keperawatan pola napas tidak efektif dinyatakan teratasi sehingga intervensi dihentikan.

3.3 Pembahasan

Pneumonia merupakan infeksi pada parenkim paru yang menyebabkan peradangan pada alveoli sehingga terjadi penumpukan cairan atau eksudat di dalam paru. Kondisi ini mengakibatkan gangguan pertukaran gas yang dapat menimbulkan sesak napas, peningkatan frekuensi napas, serta penurunan saturasi oksigen. Menurut World Health Organization, pneumonia merupakan salah satu penyakit infeksi yang masih menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di berbagai negara, terutama pada kelompok rentan seperti anak-anak dan lansia.

- 1) Pada kasus Ny. C yang dirawat di Ruang Bougenville II RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, berdasarkan hasil pengkajian ditemukan beberapa tanda dan gejala yang menunjukkan gangguan sistem pernapasan. Pasien mengalami sesak napas, peningkatan frekuensi napas, serta tampak menggunakan otot bantu pernapasan. Selain itu, ditemukan bunyi napas tambahan pada saat auskultasi dan penurunan saturasi oksigen. Kondisi ini menunjukkan adanya gangguan ventilasi paru yang menyebabkan ketidakefektifan pola napas.
- 2) Berdasarkan analisis data yang diperoleh dari pengkajian, diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah **pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas**. Diagnosis ini sesuai dengan standar diagnosis keperawatan yang ditetapkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yang menjelaskan bahwa pola napas tidak efektif merupakan kondisi ketika ventilasi tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh.
- 3) Intervensi keperawatan yang diberikan pada Ny. C mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu pemantauan respirasi, pemberian terapi oksigen, pengaturan posisi pasien, serta edukasi kepada pasien dan keluarga. Pemantauan respirasi dilakukan dengan mengobservasi frekuensi, kedalaman, dan pola napas serta memantau saturasi oksigen secara berkala. Selain itu, pasien diposisikan semi fowler untuk membantu

meningkatkan ekspansi paru sehingga memudahkan proses pernapasan.

- 4) Implementasi yang dilakukan meliputi pemantauan status respirasi, pemberian terapi oksigen, pengaturan posisi pasien, serta pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai perawatan penyakit pneumonia. Pemantauan respirasi dilakukan dengan mengobservasi frekuensi napas, kedalaman napas, pola napas, serta memantau saturasi oksigen pasien secara berkala. Tindakan ini bertujuan untuk mengetahui perkembangan kondisi pernapasan pasien serta mendeteksi secara dini adanya perubahan kondisi pasien. Selain itu, pasien diposisikan dalam posisi semi fowler untuk membantu meningkatkan ekspansi paru sehingga mempermudah proses pernapasan dan mengurangi rasa sesak yang dialami pasien. Pemberian terapi oksigen juga dilakukan untuk membantu memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh akibat gangguan pertukaran gas yang terjadi pada pasien pneumonia.
- 5) Hasil evaluasi setelah dilakukan intervensi keperawatan menunjukkan adanya perbaikan kondisi pada Ny. C. Pasien tampak lebih nyaman, frekuensi napas berangsur membaik, serta sesak napas berkurang. Selain itu, pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali informasi yang diberikan mengenai perawatan pneumonia di rumah, seperti cara mengatur posisi saat sesak napas, pentingnya minum obat secara teratur, serta menjaga lingkungan yang bersih dan bebas asap rokok.