

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### 1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di Jl. Prof. W.Z. Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Penyakit Dalam yang adalah ruangan hospitalisasi yang digunakan untuk merawat pasien yang menderita penyakit yang tidak menular. Penyakit yang dirawat diruangan penyakit dalam diantaranya adalah Faringitis Akut, Pneumonia, DM, CHF, CKD, SNH, Hipertensi, Hipokalemia, Asma, dan Sepsis. Jumlah penyakit terbanyak yaitu Faringitis Akut dengan jumlah 13 kasus. Ruangan Penyakit Dalam terdiri dari 2 ruangan dengan kapasitas 7 bed dan 1 ruangan dengan kapasitas 5 bed yang terdiri dari kamar A dengan jumlah 7 bed, kamar B dengan jumlah 7 bed, kamar C dengan jumlah 5 bed, dengan tenaga keperawatan berjumlah 18 orang yang terdiri dari Diploma III berjumlah 14 orang, dan Keperawatan Ners berjumlah 4 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah Kepala Ruangan.

##### 2. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan pada Tn. D. S yang berumur 60 tahun di Ruangan Penyakit Dalam RSUD Ende khususnya kamar C.

## a. Pengkajian

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 10 Juni 2025 pukul 19.00 WITA di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende.

### 1 Pengumpulan Data

Pasien Tn. D. S adalah laki-laki, beragama Khatolik, status menikah, sekolah terakhir SMP, pasien tinggal di Ndonga, pasien merupakan pensiunan pegawai swasta, pada 9 Juni 2025, pasien tiba di rumah sakit dengan diagnosa medis Pneumonia. Penanggung jawab pasien Ny. R. W umur 59 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Ndonga, hubungan dengan pasien ialah Istri.

#### a) Status Kesehatan

##### (1) Status Kesehatan Saat Ini

##### (a) Keluhan Utama

Pasien mengeluh sesak napas disertai nyeri dada

##### (b) Riwayat keluhan utama

Pasien menyatakan bahwa sudah mengalami batuk pilek selama seminggu namun tidak ada tindak lanjut dari pasien dan keluarga lalu batuk pilek semakin parah dari tanggal 7 Juni 2025 sampai 9 Juni 2025.

##### (c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini:

Pasien mengatakan batuk pilek dari tanggal 2 Juni karena batuk pilek yang mengakibatkan pasien sesak napas disertai batuk berdahak sejak tanggal 7 Juni – 9 Juni serta pasien tidak melakukan pengobatan selama sakit di rumah akhirnya pasien dipaksa oleh anaknya untuk datang ke Rumah Sakit Umum

Ende agar mendapat perawatan dan pengobatan. Pada tanggal 9 Juni 2025 pasien masuk IGD. Tindakan yang dilakukan di IGD RSUD Ende yaitu pemberian oksigen nasal canul 4 liter/menit, pemberian infus NaCl 0,9% 20 tpm, pemberian injeksi Ranitidin, injeksi ceftriaxone, injeksi Paracetamol 3 gr/IV, injeksi Omeprazole.

(2) Status Kesehatan Masa Lalu

(a) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah mengalami stroke

(b) Pernah dirawat

Pasien dan keluarga mengatakan pada tahun 2020 pernah dirawat selama seminggu di RSUD Ende dengan diagnosa medis stroke.

(c) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi baik makanan maupun obat-obatan.

(d) Kebiasaan

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien sering mengonsumsi kopi dan merokok sekali-sekali serta tidak pernah mengonsumsi alkohol.

b) Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa di dalam keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, TBC, DM, dan penyakit jantung bawaan serta tidak ada riwayat penyakit Pneumonia dalam keluarga.

c) Diagnosa medis dan pengobatan sebelumnya

Pasien dan anggota keluarga menyatakan pada tahun 2020 pernah dirawat selama seminggu di RSUD Ende dengan diagnosa medis stroke dan mendapatkan terapi Furosemid.

d) Pola Kebutuhan Dasar

(1) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan

Sebelum sakit: pasien mengatakan saat masih bekerja pasien merokok sesekali saat ditawari saja namun tempat lingkungannya bekerja merupakan tempat para perokok aktif. Pasien saat bekerja tidak menggunakan masker untuk melindungi diri karena pasien merasa tidak masalah kalo menghirup asap rokok. Pasien mengatakan kalo sakit biasanya membeli obat di apotik atau langsung mengunjungi faskes terdekat.

Setelah sakit: Pasien dan keluarga mengatakan saat mengalami batuk pilek dari tanggal 2 Juni – 6 Juni 2025 tidak dilakukan upaya penyembuhan tetapi dibiarkan tanpa pemberian obat. Pada tanggal 7 Juni – 9 Juni 2025 pasien mengalami batuk disertai dahak. Pada tanggal 9 Juni 2025 keluarga membawa pasien ke rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan lebih lanjut.

(2) Pola Nutrisi-Metabolik

**Sebelum sakit:** Pasien mengatakan biasanya makan 2x sehari dengan jenis makanan ikan, nasi, dan sayur. Pasien jarang makan buah-buahan, pasien dapat menghabiskan 1 porsi makan. Pasien sering mengonsumsi air sebanyak 8 gelas sehari

**Saat sakit:** Pasien mengatakan nafsu makan tidak berubah namun jenis makanan yang berubah dari makan nasi menjadi makan bubur, makannya dalam sehari 3x dengan menghabiskan 1 porsi makan dengan tanpa keluhan mual muntah. Pasien minum air 4-5 gelas sehari.

### (3) Pola Eliminasi

**Sebelum sakit:** Pasien mengatakan sebelum sakit BAK sehari 4-5x dengan warna kuning, aroma khas urine, tidak ada nyeri saat BAK. Pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, warna kuning, dan aroma feces yang khas

**Saat sakit:** Pasien dan keluarga mengatakan bahwa mereka sakit BAK 5-7 kali sehari, berwarna kuning, memiliki bau khas urine, dan tidak mengalami nyeri. Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit.

### (4) Pola Aktifitas dan Latihan

**Sebelum sakit:** Pasien mengatakan sebelum sakit pasien melakukan aktifitas dibantu keluarga seperti mandi, toileting dan berpindah karena stroke yang diderita.

**Saat sakit:** Pasien mengatakan merasa sesak saat beraktifitas sehingga dibantu keluarga dan menggunakan alat bantu BAK (urinal) seperti toileting, berpakaian dan mandi. Dimana aktifitas pasien dibantu dan menggunakan alat sehingga mendapatkan skor : 3

(5) Pola Istirahat Tidur

**Sebelum sakit:** Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa tidur pada pukul 21.00 Wita dan bangun pagi pukul 06.00 Wita dengan tidur yang nyenyak. Sedangkan tidur siang biasanya pada pukul 13.00 sampai pukul 16.00 WITA.

**Saat sakit:** Pasien mengatakan sulit tidur nyenyak di malam hari karena sesak napas disertai nyeri dada serta kondisi pencahayaan yang tidak nyaman bagi Tn. D. S. Pasien tidur malam pada pukul 21.00 dan terbangun kembali pada pukul 02.00 dini hari lalu tidur lagi pukul 03.00 dini hari dan terbangun pukul 08.00 pagi. Sedangkan tidur siang pasien mengatakan tidak menentu. Pasien tidur siang saat merasa ngantuk.

(6) Pola Kognitif dan Persepsi

Pasien menanyakan sakit yang dialaminya karena pasien merasa lebih sesak napas saat malam hari dibandingkan saat pagi atau siang hari. Pasien tidak mengalami masalah persepsi sensori dimana pasien masih melihat dan mendengar dengan jelas tanpa alat bantu.

(7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mampu mengenali identitas dirinya yaitu namanya D. S. Pasien adalah seorang pensiunan pegawai swasta, pasien mengatakan sedang sakit dan butuh pengobatan.

(8) Pola reproduksi dan seksual

tidak diteliti

(9) Pola Peran Hubungan

Sebelum sakit: pasien tidak memiliki masalah dalam peran hubungan baik sebagai kepala keluarga maupun sebagai warga yang berhubungan baik dengan tetangga serta tempat pasien dulu bekerja.

Saat sakit: pasien dijaga oleh anggota keluarga baik itu istrinya maupun anak-anaknya. Tetangga sering berkunjung untuk menjenguk pasien. Pasien juga sering mengucapkan salam kepada dokter maupun perawat yang akan melakukan tindakan.

(10) Pola Toleransi Stres-Koping

Pasien mengatakan ketika mengalami stress atau masalah tidak langsung menceritakan kepada anak-anaknya melainkan diceritakan pada istri untuk dicarikan solusi bersama istri.

(11) Pola Nilai Kepercayaan

Pasien mengatakan sering berdoa untuk kesembuhannya.

e) Pemeriksaan Fisik

Kedaan umum: lemah, tingkat kesadaran: composmentis. GCS: 15 (E:4 V:5 M:6). Tanda-tanda vital (Tekanan darah: 120/78 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 35,1°C, SPO2: 97%, RR: 24x/menit). Berat badan saat ini 60 kg, tinggi badan 172 cm, IMT: 20,29 kg (ideal).

**Wajah:** Nampak pucat

**Mata:** Tidak menggunakan alat bantu melihat, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, refleks cahaya (+), pupil isokor, bentuk mata simetris.

**Hidung:** Bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi, terpasang oksigen nasal canul 4 lpm

**Mulut:** Mukosa bibir kering, gigi lengkap, batuk berdahak, produksi sputum(+).

**Leher:** Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

### **Dada**

Inspeksi: Dada terlihat simetris, frekuensi napas 24 kali per menit, terdapat retraksi dinding dada.

Palpasi: Vokal fremitus paru kanan dan kiri teraba menurun.

Perkusi: Bunyi pekak terdengar.

Auskultasi: Bunyi napas ronchi tambahan terdengar.

**Perut:** teraba nyeri tekan karena pasien belum BAB, perut teraba keras, bising usus 3x/menit.

**Ekstremitas atas:** Akral teraba hangat, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kanan 20 tpm, CRT < 2 detik, tangan kiri sulit digerakan

**Ekstremitas bawah:** Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, jari-jari kaki lengkap, kaki kiri tidak dapat digerakan.

### f) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Lab Darah Lengkap

NO	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	7.72	(10 <sup>3</sup> /uL)	(3.00-15.00)
LYMPH #	1.12	(10 <sup>3</sup> uL)	(1.00-3.70)
MONO#	0.82	(10 <sup>3</sup> /uL)	(0.00-0.70)
EO#	0.42	(10 <sup>3</sup> uL)	(0.00-0.40)
BASO#	0.03	(10 <sup>3</sup> uL)	(0.00-0.10)
NEUT#	5.33	(10 <sup>3</sup> uL)	(1.50-7.00)
LYMPH%	14.5	(%)	(20.0-50.0)

MONO%	10.6	(%)	(0.0-14.0)
EO%	5.4	(%)	(0.0-6.0)
BASO%	0.4	(%)	(0.0-1.0)
NEUT%	69.1	(%)	(37.0-72.0)
IG#	0.01	(10 <sup>3</sup> uL)	(0.00-7.00)
IG%	0.1	(%)	(0.00-72.0)
RBC	5.33	(10 <sup>6</sup> /uL)	(2.50-5.50)
HGB	14.7	(g/dL)	(8.0-17.0)
HCT	43.2	(%)	(26.0-50.0)
MCV	81.1	(fL)	(86.0-110.0)
MCH	27.6	(pg)	(26.0-38.0)
MCHC	34.0	(g/dL)	(31.0-37.0)
RDW-SD	39.0	(fL)	(37.0-54.0)
RDW-CV	13.0	(%)	(11.0-16.0)
PLT	152	(10 <sup>3</sup> uL)	(150-450)

### **Hasil rontgen/foto thoraks pada tanggal 10 Juni 2025**

Pemeriksaan X-Ray Thorax AP :

Tampak corak bronchovaskuler meningkat besar

Kedua sinus costophrenicus lancip

Kedua diafragma licin dan tak mendatar

Cor CTR = 0,58

Sistema tulang yang tervisualisasi intact

Kesan: Bronchitis, Cardiomegaly

g) Terapi pengobatan

#### **Tanggal 10 Juni 2025**

Infus Nacl 0,9% 20 tpm, Paracetamol 1 gr/IV, Ceftriaxone 10 cc/IV, Omeprazole 10 cc/IV, Nebu Combiven 1 repsul, CTM 1 tablet, metilprednisonone 10 cc/IV, NAC 1 tablet, Furo 2cc/IV, Spironol akti 1 tablet.

#### **Tanggal 11 Juni 2025**

Infus Nacl 0,9% 20 tpm, Paracetamol 1 gr/IV, Ceftriaxone 10 cc/IV, Omeprazole 10 cc/IV, Nebu Combiven 1 repsul, CTM 1 tablet,

metilprednisonolone 10 cc/IV, NAC 1 tablet, Furo 2cc/IV, Spironol  
akti 1 tablet.

**Tanggal 12 Juni 2025**

Infus Nacl 0,9% 20 tpm, Paracetamol 1 gr/IV, Ceftriaxone 10 cc/IV,  
Omeprazole 10 cc/IV, Nebu Combiven 1 repsul, CTM 1 tablet,  
metilprednisonolone 10 cc/IV, NAC 1 tablet, Furo 2cc/IV, Spironol  
akti 1 tablet.

2 Tabulasi Data

Pasien mengeluh sesak napas disertai nyeri dada, Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit, Pasien mengatakan merasa sesak saat beraktifitas sehingga pasien dibantu keluarga dan menggunakan alat, pasien mengatakan sulit tidur nyenyak di malam hari karena sesak napas disertai nyeri dada serta pencahayaan yang tidak nyaman bagi Tn D. S. Pasien tidur malam pada pukul 21.00 dan terbangun kembali pada pukul 02.00 dini hari lalu tidur lagi pukul 03.00 dini hari dan terbangun pukul 08.00 pagi. Sedangkan tidur siang pasien mengatakan tidak menentu. Pasien tidur siang saat merasa ngantuk, Kedaan umum: lemah, tingkat kesadaran: composmentis. GCS: 15 (E:4 V:5 M:6). Tanda-tanda vital (Tekanan darah: 120/78 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 35,1°C, SPO2: 97%, RR: 24x/menit). Berat badan saat ini 60 kg, tinggi badan 172 cm, IMT: 20,29 kg (ideal), wajah: nampak pucat, konjungtiva anemis, abdomen: terdapat nyeri tekan karena pasien belum BAB, perut teraba keras, bising usus 3x/menit, terpasang oksigen nasal canul 4 ltpm, Mukosa bibir kering, batuk disertai dahak, produksi sputum(+), terdapat retraksi

dinding dada, terdengar bunyi pekak, terdengar bunyi napas tambahan ronchi, tangan kiri sulit digerakan, kaki kiri tidak dapat digerakan.

### 3 Klasifikasi Data

**Data Subjektif:** Pasien mengeluh sesak napas disertai nyeri dada, pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit, pasien mengatakan merasa sesak saat beraktifitas pasien dibantu keluarga dan menggunakan alat, pasien mengatakan sulit tidur nyenyak di malam hari karena sesak napas disertai nyeri dada serta kondisi lingkungan yang tidak nyaman. Pasien tidur malam pada pukul 21.00 dan terbangun kembali pada pukul 02.00 dini hari lalu tidur lagi pukul 03.00 dini hari dan terbangun pukul 08.00 pagi. Sedangkan tidur siang pasien mengatakan tidak menentu

**Data Objektif:** Kedaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis. GCS: 15 (E:4 V:5 M:6). Tanda-tanda vital (Tekanan darah 120/78 mmHg, Nadi 69x/menit, Suhu 35,1°C, SPO2 97%, RR 24x/menit). Berat badan saat ini 60 kg, tinggi badan 172 cm, IMT 20,29 kg (ideal), wajah: nampak pucat, konjungtiva anemis, abdomen: teraba nyeri tekan karena pasien belum BAB, perut teraba keras, bisisng usus 3x/menit, terpasang oksigen nasal canul 4 lpm, Mukosa bibir kering, batuk berdahak, produksi sputum(+), terdapat retraksi dinding dada, terdengar bunyi pekak, terdengar bunyi napas tambahan ronchi, tangan kiri sulit digerakan, kaki kiri tidak dapat digerakan

### 4 Analisa Data

Tabel 4.2: Proses analisis data

Sign/Symptom	Etiologi	Problem
<b>Data Subjektif:</b> Pasien mengeluh sesak disertai nyeri dada.	Hipersekresi jalan napas	Bersihkan jalan napas tidak efektif
<b>Data Objektif:</b> batuk berdahak,		

produksi sputum(+), vokal fremitus paru kiri menurun, vokal fremitus paru kanan menurun, terdengar suara napas tambahan ronchi.		
<b>Data Subjektif:</b> Pasien mengeluh sesak napas disertai nyeri dada	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
<b>Data Objektif:</b> terdapat retraksi dinding dada, produksi sputum (+),vokal fremitus paru kiri menurun, vokal fremitus paru kanan menurun, terdengar suara napas tambahan ronchi.		
<b>Data Subjektif:</b> Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit selama 2 hari dari tanggal 9 Juni – 10 Juni 2025.	Ketidakcukupan asupan serat	Konstipasi
<b>Data Objektif:</b> abdomen: teraba nyeri tekan karena pasien belum BAB, perut teraba keras, tidak terdengar peristaltik usus		
<b>Data Subjektif:</b> Pasien mengatakan merasa lemah, merasa sesak saat melakukan aktifitas	Kelemahan	Intoleransi aktifitas
<b>Data Objektif:</b> pasien tidak dapat menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri		
<b>Data Subjektif:</b> Pasien mengatakan sulit tidur karena merasa sesak napas disertai nyeri dada dan pencahayaan ruangan yang tidak nyaman.	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur
<b>Data Objektif:</b> pasien nampak sesak napas		

b. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, selanjutnya data-data dalam pengkajian dibuat dalam bentuk analisa data. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.D. S. adalah sebagai berikut:

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengeluh sesak disertai nyeri dada.

Data Objektif: batuk berdahak, produksi sputum(+), vokal fremitus paru kiri menurun, vokal fremitus paru kanan menurun, terdengar suara napas tambahan ronchi, frekuensi napas 24x/menit.

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengeluh sesak napas disertai nyeri dada

Data Objektif: terdapat retraksi dinding dada, produksi sputum(+), vokal fremitus paru kiri menurun, vokal fremitus paru kanan menurun, terdengar suara napas tambahan ronchi, frekuensi napas 24x/menit.

- 3) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan :

Data Subjektif: Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit selama 2 hari dari tanggal 9 Juni – 10 Juni 2025.

Data Objektif: abdomen: teraba nyeri tekan karena pasien belum BAB, perut teraba keras, tidak terdengar peristaltik usus

- 4) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengatakan merasa lemah, merasa sesak saat melakukan aktifitas sehingga dibantu keluarga dan menggunakan alat

Data Objektif: pasien tidak dapat menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri

- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengatakan sulit tidur karena merasa sesak napas disertai nyeri dada dan pencahayaan ruangan yang tidak nyaman.

Data Objektif: pasien nampak sesak napas

### c. Perencanaan Keperawatan

Sebelum menentukan intervensi keperawatan, masalah harus diprioritaskan. Prioritas masalah ditentukan untuk mengetahui diagnosa keperawatan yang akan diberikan intervensi keperawatan terlebih dahulu.

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif
- 2) Pola napas tidak efektif
- 3) Konstipasi
- 4) Intoleransi aktifitas
- 5) Gangguan pola tidur

Berdasarkan prioritas masalah tersebut, selanjutnya akan dibuat intervensi keperawatan sebagai berikut:

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan bersihan jalan napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil: produksi lendir menurun, batuk efektif meningkat, bunyi napas ronchi menurun, frekuensi napas membaik (20x/menit).

Intervensi: Latihan batuk efektif

Observasi

- a) Monitor adanya retensi sputum

Rasional: Agar mengetahui adakah sputum yang tertahan yang menutupi jalan napas

Terapeutik

b) Berikan fisioterapi dada

Rasional: Membantu mengencerkan sputum yang ada di jalan napas sehingga mudah dikeluarkan

c) Anjurkan minum air hangat

Rasional: untuk mengencerkan dahak yang tertahan pada jalan napas.

Edukasi

d) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

Rasional: Agar pasien tahu tindakan yang akan dilakukan

Kolaborasi

e) Pemberian mukolitik atau ekspektoran, *jika perlu*

Rasional: Pemberian ekspektoran dapat membantu mengencerkan secret dan melebarkan jalan napas

2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil: keluhan sesak napas menurun, nyeri dada menurun, retraksi dinding dada berkurang, frekuensi napas membaik (20x/menit).

Intervensi : Manajemen jalan napas

Observasi:

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)

Rasional: Agar dapat menilai pola napas pasien untuk mengetahui apakah terjadi abnormalitas atau tidak

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. *Gurgling*, mengi, *wheezing*)

Rasional: Adanya bunyi napas tambahan mengidentifikasi adanya gangguan pada pernafasan

Terapeutik

3) Atur posisi semi fowler atau fowler

Rasional: Untuk memudahkan pasien dalam bernapas

4) Berikan oksigen

Rasional: Memaksimalkan pernapasan pasien dengan meningkatkan masukan oksigen

Kolaborasi:

5) berikan pengobatan bronkodilator

Rasional: Pemberian bronkodilator via inhalasi akan langsung menuju area bronkus yang mengalami spasme sehingga lebih cepat berdilatasi

3) Konstipasi berhubungan dengan Ketidakcukupan asupan serat

Tujuan: Setelah tindakan keperawatan selama tiga hari, eliminasi fekal diharapkan membaik, dengan hasil seperti frekuensi BAB meningkat dan peristaltik usus meningkat.

Intervensi: Manajemen konstipasi

Observasi

a) Monitor faktor resiko konstipasi (mis: obat-obatan, tirah baring, diet rendah serat

Rasional: untuk mengetahui penyebab konstipasi

Terapeutik

b) Anjurkan diet tinggi serat

Rasional: agar pasien dapat BAB tanpa penggunaan obat pencahar feses

c) Anjurkan peningkatan cukup cairan

Rasional: agar feses pasien tidak keras dan konsistensi feses lunak

d) Anjurkan pasien untuk mobilisasi ringan

Rasional: agar menstimulus pergerakan usus untuk mendorong feses untuk BAB

4) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil: mudah melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lemah menurun, keluhan sesak napas saat beraktifitas menurun.

Intervensi: Manajemen energi

Observasi

a) Monitor kelemahan fisik dan emosional

Rasional: Untuk mengetahui tingkat kelemahan fisik pasien

Terapeutik

b) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasional: Untuk melatih mobilisasi pasien secara bertahap

Edukasi

c) Anjurkan tirah baring

Ilmiahnya: untuk menghemat penggunaan energi sehingga tidak mengakibatkan kelelahan pada pasien

d) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: Aktivitas yang dilakukan secara bertahap dapat membantu pasien agar tidak mengalami kekakuan anggota gerak

5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil: sulit tidur menurun, pola tidur berubah menurun.

Intervensi: Dukungan tidur

### **Observasi**

a) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)

Rasional: untuk mengetahui penyebab pasien tidak bisa tidur

### **Terapeutik**

b) Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)

Rasional: agar pasien dapat beristirahat kondisi lingkungan yang nyaman

c) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

Rasional: membantu pasien rileks agar dapat beristirahat

### **Edukasi**

d) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Rasional: memberikan pasien pengetahuan agar pasien dapat meningkatkan kecepatan penyembuhan

#### **d. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan pada Tn. D. S. dilakukan selama 3 hari dari tanggal 10-12 Juni 2025.

##### **1) Hari pertama, Selasa 10 Juni 2025**

a) Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan

napas. Pukul 16.00 WITA melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 120/78 mmHg, Nadi: 64x/menit, Suhu: 35.1°C, SPO2: 96%, RR: 24x/menit). Pukul 16.05 memonitor adanya retensi sputum warna bening dan tanpa aroma khas sputum. Pukul 17.00 melakukan fisioterapi dada untuk mengencerkan sputum melakukan clapping dan fibrasi. Pukul 17.05 menganjurkan pasien minum air hangat. Pukul 17.30 menjelaskan dan melatih tindakan batuk efektif tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik lalu batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas yang dalam ke-3 hasil pasien dapat mengeluarkan sputum yang tertahan di jalan napas.

b) Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 16.00 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 120/78 mmHg, Nadi: 64x/menit, Suhu: 35.1°C, SPO2: 96%, RR: 24x/menit). Pukul 16.05 memonitor pola napas pasien frekuensi napas 24x/menit. Pukul 16.20 memonitor suara napas tambahan terdengar suara napas ronchi. Pukul 17.00 memposisikan pasien setengah duduk dengan mengganjal dua bantal di punggung pasien. Pukul 20.00 melakukan nebulisasi dengan nebu combiven 1 repsul. Pukul 20.05 memberikan pasien oksigen nasal canul 4 lpm.

c) Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah konstipasi berhubungan dengan Perubahan lingkungan. Pukul 16.00 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 120/78 mmHg, Nadi: 64x/menit, Suhu: 35.1°C, SPO2: 96%, RR: 24x/menit). Pukul 17.20

memonitor faktor resiko konstipasi hasil pasien jarang makan makanan berserat. Pukul 17.45 menganjurkan asupan tinggi serat seperti buah pepaya dan sayur-sayuran hijau. Pukul 18.05 menganjurkan peningkatan asupan cairan mengonsumsi air 8 gelas sehari atau 2 liter. Pukul 18.10 menganjurkan pasien mobilisasi ringan diatas tempat tidur seperti miring kanan dan kiri.

- d) Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 16.00 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 120/78 mmHg, Nadi: 64x/menit, Suhu: 35.1°C, SPO2: 96%, RR: 24x/menit). Pukul 16.45 memonitor kelemahan fisik hasil pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas kiri dan mengeluh sesak saat beraktifitas. Pukul 17.05 menganjurkan pasien tirah baring untuk meminimalisir penggunaan energi karena pasien nampak sesak.
- e) Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk membantu orang yang mengalami gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Pukul 16.00 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 120/78 mmHg, Nadi: 64x/menit, Suhu: 35.1°C, SPO2: 96%, RR: 24x/menit). Pukul 16.30 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur pasien tidak dapat tidur karena cahaya kamar yang terlalu terang. Pukul 16.35 memodifikasi lingkungan dengan meminta keluarga pasien untuk tidak banyak berada dekat pasien saat jam istirahat dan mengurangi pencahayaan saat jam istirahat. Pukul 16.45 melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan meninggikan bantal agar pasien tidak

merasa sesak. Pukul 17.15 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

## **2) Hari kedua, Rabu 11 Juni 2025**

- a) Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 07.30 WITA melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 130/84 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Pukul 07.50 memonitor adanya retensi sputum hasil warna sputum bening dan tidak berbau. Pukul 08.10 melakukan fisioterapi dada untuk mengencerkan sputum melakukan clapping dan fibrasi. Pukul 08.15 memberi saran kepada pasien untuk minum air hangat untuk membantu mengencerkan sputum. Pukul 09.00 menjelaskan dan melatih tindakan batuk efektif tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik lalu batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas yang dalam ke-3 hasil pasien dapat mengeluarkan sputum yang tertahan di jalan napas.
- b) Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 130/84 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Pukul 07.52 memonitor pola napas pasien. Pukul 08.15 memonitor suara napas tambahan terdengar suara ronchi. Pukul 08.20 memposisikan pasien setengah duduk dengan mengganjal dua bantal di punggung pasien.

Pukul 09.00 melakukan nebulisasi dengan nebu combiven 1 repsul.

Pukul 09.25 memberikan pasien oksigen nasal canul 4 lpm.

- c) Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah konstipasi berhubungan dengan Perubahan lingkungan. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 130/84 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Pukul 08.00 menganjurkan asupan tinggi serat seperti buah pepaya dan sayur-sayuran hijau. Pukul 09.05 menganjurkan peningkatan asupan cairan dengan minum air 8 gelas sehari atau setara 2 liter. Pukul 09.10 menganjurkan pasien mobilisasi ringan yaitu membantu pasien duduk di tempat tidur
- d) Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 130/84 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Pukul 08.00 memonitor kelemahan fisik pasien mengatakan sesaksudah berkurang saat beraktifitas. Pukul 08.35 menganjurkan pasien melakukan aktifitas secara bertahap seperti duduk di tempat tidur jika pasien tidak merasa lemah. Pukul 09.10 membantu pasien duduk di tempat tidur karena pasien hendak makan.
- e) Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk membantu orang yang mengalami gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Pukul 07.30 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 130/84 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Pukul 08.00 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur pasien tidak dapat tidur karena cahaya kamar yang terlalu terang. Pukul 08.35

memodifikasi lingkungan dengan meminta keluarga pasien untuk tidak banyak berada dekat pasien saat jam istirahat dan mengurangi pencahayaan saat jam istirahat. Pukul 09.45 melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan meninggikan bantal agar pasien tidak merasa sesak. Pukul 10.00 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

**3) Tindakan hari ketiga, Rabu 12 Juni 2025 dilakukan dalam bentuk catatan perkembangan dan dilaporkan pada bagian evaluasi**

e. Evaluasi Keperawatan

**1) Evaluasi Selasa, 10 Juni 2025**

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 21.00 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih terasa sesak. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TTV Tekanan darah: 110/76 mmHg, Nadi: 72x/menit, Suhu: 36,6°C, SPO2: 96%, RR: 24x/menit. Pasien nampak batuk dengan mengeluarkan lendir sesekali, bunyi napas ronchi masih terdengar. Pasien dapat melakukan batuk efektif. **A:** Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. **P:** Semua intervensi dilanjutkan
- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 21.00 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih merasa sesak napas disertai nyeri dada. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, Tekanan darah: 110/76 mmHg, Nadi: 72x/menit, Suhu: 36,6°C, SPO2: 96%, RR: 24x/menit. nampak sesak, masih terdapat retraksi dinding dada. **A:** Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi. **P:** semua intervensi dilanjutkan.

- c) Konstipasi berhubungan dengan Perubahan lingkungan. **Data subjektif:** pasien mengatakan belum BAB selama di rumah sakit. **Data objektif:** perut teraba keras. Bising usus tidak terdengar. pasien nampak belum makan makanan berserat tinggi. **A:** masalah konstipasi belum teratasi. **P:** Intervensi 2, 3, 4 dilanjutkan.
- d) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. **Data Subjektif:** Pasien mengatakan merasa lemah, merasa sesak saat melakukan aktifitas. **Data Objektif:** Pasien nampak bed rest. Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak beraktifitas dibantu perawat dan keluarga. Pasien mampu bangun duduk di tempat tidur. **A:** Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi. **P:** Intervensi 1, 2, 4 dilanjutkan.
- e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. **Data subjektif:** pasien mengatakan sulit tidur. Pasien mengeluh sesak. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, nampak lingkaran hitam disekitar mata. **A:** masalah gangguan pola tidur belum teratasi. **P:** semua intervensi dilanjutkan.

## 2) Evaluasi Rabu, 11 Juni 2025

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Pukul 12.00 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih terasa sesak. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TTV Tekanan darah: 120/90 mmHg, Nadi: 70x/menit, Suhu: 36°C, SPO2: 97%, RR: 22x/menit. Pasien nampak batuk dengan mengeluarkan lendir sesekali, bunyi napas ronchi masih terdengar. Pasien dapat melakukan batuk efektif. **A:** Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. **P:** semua intervensi dilanjutkan

- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pukul 12.00 **Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih merasa sesak napas disertai nyeri dada sudah berkurang. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis. Tekanan darah: 120/90 mmHg, Nadi: 70x/menit, Suhu: 36°C, SPO2: 97%, RR: 22x/menit. Nampak sesak, masih terdapat retraksi dinding dada.. **A:** Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi. **P:** semua intervensi dilanjutkan.
- c) Konstipasi berhubungan dengan Perubahan lingkungan. **Data subjektif:** pasien mengatakan belum BAB selama di rumah sakit. **Data objektif:** perut teraba keras. Bising usus tidak terdengar. pasien nampak makan makann berserat tinggi sesekali (pepaya). **A:** masalah konstipasi belum teratasi. **P:** Intervensi 2, 3, 4 dilanjutkan.
- d) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. **Data Subjektif:** Pasien mengatakan merasa lemah, merasa sesak saat melakukan aktifitas. **Data Objektif:** Pasien nampak bed rest. Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien nampak beraktifitas dibantu perawat dan keluarga. Pasien mampu bangun duduk di tempat tidur. **A:** Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi. **P:** Intervensi 1, 2, 4 dilanjutkan.
- e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. **Data subjektif:** pasien mengatakan sulit tidur. Pasien mengeluh sesak. **Data Objektif:** Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, nampak lingkaran hitam disekitar mata. **A:** masalah gangguan pola tidur belum teratasi. **P:** semua intervensi dilanjutkan.

### 3) Catatan perkembangan pada hari ketiga Kamis, 12 Juni 2025

## 1) Diagnosa 1

Pukul 07.30 **S:** Pasien mengatakan batuk sudah disertai dengan lendir, lendirnya banyak dikeluarkan. **O:** Pasien nampak batuk namun sudah berkurang, lendir yang dikeluarkan banyak, bunyi napas ronchi menurun. **A:** Sebagian, masalah kebersihan jalan napas tidak teratasi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** Pukul 07.50 WITA melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 120/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36.5°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Pukul 08.00 memonitor adanya retensi sputum tak berwarna dan keluar banyak. Pukul 08.10 melakukan fisioterapi dada untuk mengencerkan sputum melakukan clapping dan fibrasi. Pukul 08.15 menganjurkan pasien minum air hangat 250 cc untuk mengencerkan sputum. Pukul 09.00 menjelaskan dan melatih tindakan batuk efektif tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik lalu batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas yang dalam ke-3. **E:** pukul 12.00 Dengan kondisi umum yang baik, pasien dapat mengeluarkan lendir, suara napas ronchi menurun, Tekanan darah: 120/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36,8°C, SPO2: 98%, RR: 21x/menit.

## 2) Diagnosa 2

Pukul 07.30 **S:** Pasien mengatakan sesak napas berkurang. **O:** Pasien nampak tidak sesak lagi, retraksi dinding dada menurun. **A:** Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** Pukul 07.50 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 130/84 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Pukul 08.00 memonitor pola napas pasien. Pukul 08.15 memonitor suara napas

tambahan terdengar suara ronchi. Pukul 08.20 memposisikan pasien setengah duduk dengan mengganjal dua bantal di punggung pasien. Pukul 09.00 melakukan nebulisasi dengan nebu combiven 1 repsul. Pukul 09.25 memberikan pasien oksigen nasal canul 4 lpm. E: pukul 12.00 Keadaan umum baik, pasien nampak tidak sesak lagi, retraksi dinding dada menurun, Tekanan darah: 120/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36,8°C, SPO2: 98%, RR: 20x/menit.

### **3) Diagnosa 3**

Pukul 07.30 **S:** Pasien mengatakan sudah BAB **O:** perut terasa lembek, bising usus 5x/menit. **A:** Masalah konstipasi teratasi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** Pukul 07.50 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 130/84 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Pukul 08.00 menganjurkan asupan tinggi serat seperti buah pepaya dan sayur-sayuran hijau. Pukul 09.05 menganjurkan peningkatan asupan cairan dengan minum air 8 gelas sehari atau setara 2 liter. Pukul 09.10 menganjurkan pasien dalam mobilisasi ringan ditempat tidur yaitu duduk di tepi tempat tidur. E: pukul 12.00 Keadaan umum baik, pasien sudah BAB, bising usus 5x/menit.

### **4) Diagnosa 4**

Pukul 07.30 **S:** Pasien menyatakan bahwa dia tidak lagi lemah dan sudah mampu pergi ke toilet secara mandiri. **O:** Keadaan umum pasien baik; pasien dapat dipindahkan dan berjalan sendiri ke toilet namun tetap diawasi orang terdekat. **A:** Masalah intoleransi aktivitas teratasi. **P:** Intervensi dipertahankan. **I:** Pukul 07.50 melakukan pengukuran TTV

(Tekanan darah: 130/84 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Pukul 08.00 memonitor kelemahan fisik pasien mengatakan sesak sudah berkurang saat beraktifitas. Pukul 08.35 menganjurkan pasien melakukan aktifitas secara bertahap seperti duduk di tempat tidur jika pasien tidak merasa lemah. Pukul 09.10 membantu pasien duduk di tempat tidur karena pasien hendak makan. **E:** pukul 12.00 Pasien dapat berjalan ke toilet sendiri diawasi keluarga.

#### **5) Diagnosa 5**

Pukul 07.30 **S:** pasien mengatakan tidur dengan nyenyak. Pasien mengeluh sesak berkurang. **O:** Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tidak nampak lingkaran hitam disekitar mata. **A:** masalah gangguan pola tidur teratasi. **P:** intervensi dipertahankan. **I:** Pukul 07.50 melakukan pengukuran TTV (Tekanan darah: 130/84 mmHg, Nadi: 69x/menit, Suhu: 36,2°C, SPO2: 96%, RR: 22x/menit). Pukul 08.00 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur pasien tidak dapat tidur karena cahaya kamar yang terlalu terang. Pukul 08.35 memodifikasi lingkungan dengan meminta keluarga pasien untuk tidak banyak berada dekat pasien saat jam istirahat dan mengurangi pencahayaan saat jam istirahat. Pukul 09.45 melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan meninggikan bantal agar pasien tidak merasa sesak. Pukul 10.00 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. **E:** pukul 12.00 pasien tidak mengeluh sulit tidur, pola perubahan poal tidur menurun dimana pasien saat malam dapat beristirahat dengan nyaman

## B. Pembahasan

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pasien Tn. D. S. di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende.

### 1. Pengkajian

Daryaswanti. P (2024) mengemukakan bahwa pasien dengan pneumonia umumnya memiliki tanda dan gejala yaitu sesak napas, batuk berdahak, nyeri dada, nafsu makan menurun, dan mengeluh lemah. Data Objektif yang ditemukan ialah batuk berdahak tampak lendir berwarna hijau.

Menurut Wijaya, A. (2019) hasil pengkajian pada pasien pneumonia adalah biasanya pasien pneumonia umur 60 th keatas, pasien biasanya laki-laki, pasien mengeluh batuk disertai nyeri dada, batuk produktif, nafsu makan menurun, gelisah, terdengar suara napas ronchi, sianosis, demam, muntah, anoreksia, penurunan berat badan, mudah lelah saat beraktivitas, sesak napas, insomnia, tidur terganggu akibat sesak napas dan batuk, terdapat cuping hidung, penggunaan otot bantu napas, dada terdengar suara pekak, pasien menyakan mengenai penyakit yang diderita.

Hasil pengkajian pada Tn. D. S. diperoleh pasien berusia 60 tahun, pasien mengatakan sesak napas disertai nyeri dada, batuk berdahak, nampak lemah, terdengar bunyi napas ronchi, adanya retraksi dinding dada, penurunan fokal fremitus, pasien mengalami sulit tidur karena sesak napas dan batuk, perut teraba keras, bisnisng usus 3x/menit, aktifitas pasien dibantu keluarga.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus nyata dan teori dimana pada kasus nyata pasien tidak mengalami keluhan demam dan menggigil. Demam pada pasien pneumonia dikarenakan adanya infeksi paru-paru yang disebabkan oleh virus. Ketika paru-paru terinfeksi, tubuh merespon dengan

meningkatkan suhu tubuh atau demam untuk melawan infeksi. Menggigil terjadi karena tubuh berusaha meningkatkan suhu tubuh untuk melawan infeksi, ketika suhu tubuh meningkat tubuh dapat merasa dingin dan menggigil meskipun meskipun suhu tubuh sebenarnya sudah tinggi Hal ini didukung oleh Kumar, V., & Clark, M. (2017) yang mengatakan bahwa Patogen seperti bakteri, virus, atau jamur masuk ke dalam tubuh dan diidentifikasi oleh sistem imun, yang kemudian mengaktifkan sel-sel imun seperti makrofag dan neutrofil untuk melawan patogen tersebut. Sel-sel imun tersebut mengeluarkan sitokin, yaitu molekul yang berperan sebagai pengirim sinyal untuk mengaktifkan respon imun. Sitokin tersebut kemudian mengaktifkan hipotalamus, yaitu bagian otak yang berperan dalam mengatur suhu tubuh, sehingga hipotalamus mengeluarkan pirogen, yaitu molekul yang berperan dalam meningkatkan suhu tubuh. Sedangkan pada pasien Tn D.S tidak ditemukan demam dan menggigil dikarenakan pasien sudah mendapatkan antipiretik dan antibiotik yang diberikan selama 3 hari perawatan sehingga pasien tidak mengalami demam dan infeksi yang berat. Rekomendasi yang dapat diberikan kepada pasien yaitu tindakan yang dilakukan untuk membantu pasien agar mempertahankan kondisi pasien yang tidak mengalami demam yaitu dengan tetap diberikan terapi obat paracetamol dan ceftriaxone

Pada teori terdapat tanda dan gejala mual muntah namun pada kasus Tn D.S tidak ditemukan mual dan muntah karena pasien tidak mengalami infeksi yang berat hal ini ditunjukkan dari hasil laboratorium Mono# 0.82 dimana hasil ini menunjukkan jumlah sel darah putih atau leukosit di dalam tubuh hal ini dikuatkan menurut Berne, R. M., & Levy, M. N. (2018) pada pasien pneumonia terjadi karena adanya peradangan pada paru-paru yang memicu respons inflamasi sistemik yang mengganggu fungsi lambung dan usus sehingga memperngaruhi

hipotalamus sebagai pusat pengaturan sistem pencernaan. Dan juga pasien tidak mengalami penurunan nafsu makan karena telah diberikan terapi omeprazole yang berfungsi sebagai tindakan preventif agar pasien tidak mengalami mual dan muntah.

Dari teori terdapat tanda dan gejala sianosis namun pada hasil studi kasus tidak ditemukan sianosis dan penurunan saturasi oksigen karena infeksi yang terjadi pada Tn. D.S tidak sampai pada alveoli hal ini didukung menurut Association (2020) Kerusakan ini dapat berlanjut ke dalam pembentukan kavitas dan abses paru, serta menyebabkan penyempitan bronkiolus yang mengganggu aliran udara ke alveoli. Akibatnya, proses pertukaran gas terganggu karena alveoli tidak menerima udara yang cukup. Rekomendasi yang dapat penulis berikan untuk kondisi pasien yang tidak mengalami sianosis yaitu dengan mengedukasi pasien dan keluarga pasien untuk menjaga lingkungan tempat tinggal agar bebas dari asap rokok dan polusi udara lainnya yang nanti akan mempengaruhi kondisi paru-paru pasien.

Dari teori ditemukan tanda dan gejala pasien sering bertanya mengenai penyakitnya namun pada hasil studi kasus tidak ditemukan tanda dan gejala tersebut karena pasien memiliki tingkat pendidikan lulusan SMP hal ini didukung oleh Muslimin I. (2022) yang mengatakan bahwa tingkat pengetahuan orang tersebut. Baik pengetahuan mengenai fungsi tubuh, faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya gangguan Kesehatan atau penyakit, dan mengenai penyakit itu sendiri. Tingkat pengetahuan mengenai Kesehatan erat kaitannya dengan tingkat Pendidikan dan pengalaman kesehatan yang pernah dialami. Dengan demikian pengetahuan seseorang sangat mempengaruhi pola pikir seseorang dalam berperilaku sehat, penerapan pencegahan atas faktor-faktor yang

dapat menyebabkan terjadinya suatu penyakit, dan upaya-upaya untuk mempertahankan kesehatan dirinya maupun orang disekitarnya. Sehingga penulis menyarankan kepada pasien dan keluarga yang sudah mengetahui tentang penyakitnya yaitu dengan tetap memberikan edukasi penyakit baik itu tentang kondisi pasien saat ini ataupun tentang cara menjaga kondisi tubuh agar tetap sehat.

Dari hasil studi kasus ditemukan bahwa pasien belum BAB selama masuk rumah sakit yang dimana tidak ada dalam teori hal ini berkaitan dengan kondisi pasien yang tidak mengonsumsi makanan tinggi serat, kurang mengonsumsi air dan kurang aktifitas yang mengakibatkan kondisi usus pasien yang tidak normal hal ini didukung menurut Potter A. P (2019). yang mengatakan bahwa Imobilitas mengganggu fungsi metabolisme normal, menurunkan tingkat metabolisme; mengubah metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein; menyebabkan ketidakseimbangan cairan, elektrolit, dan kalsium; dan menyebabkan gangguan gastrointestinal seperti penurunan nafsu makan dan perlambatan peristaltik. Namun, jika ada proses infeksi, pasien yang diimobilisasi sering mengalami peningkatan BMR sebagai akibat dari demam atau penyembuhan luka karena hal tersebut meningkatkan kebutuhan oksigen seluler. Sehingga penulis menyarankan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala pasien yang belum BAB yaitu memberikan edukasi mengenai makanan yang tinggi serat untuk membantu melancarkan BAB pasien.

Pada hasil studi kasus ditemukan tanda dan gejala yaitu pasien tidak dapat beristirahat karena kondisi lingkungan (pencahayaan) yang mengganggu kenyamanan pasien untuk bisa tidur hal ini dibuktikan dalam Dewi R. (2021) yang mengatakan bahwa Lingkungan dapat meningkatkan atau menghalangi

seseorang untuk tidur. Pada lingkungan bersih, bersuhu dingin, suasana yang tidak gaduh (tenang), dan penerangan yang tidak terlalu terang akan membuat seseorang tersebut tertidur dengan nyenyak begitupun sebaliknya jika lingkungan kotor, bersuhu panas, suasana yang ramai dan penerangan yang sangat terang, dapat mempengaruhi kualitas tidurnya. Sehingga penulis menyarankan mengenai kondisi pasien yang tidak dapat beristirahat karena kondisi lingkungan yang mengganggu kenyamanan yaitu dengan menyarankan pasien dan keluarga pasien untuk mengurangi pencahayaan agar pasien dapat beristirahat dengan nyaman.

Dari hasil studi kasus ditemukan tanda dan gejala pasien nampak sulit menggerakkan ekstremitas bawah dan atas bagian kiri hal ini berkaitan dengan penyakit masa lalu yang pernah di deritanya yaitu penyakit stroke. Sehingga penulis menyarankan kepada keluarga agar tetap membantu dan mengawasi setiap kebutuhan dasar pasien agar pasien tidak melakukan aktivitas sendiri karena dapat membahayakan pasien itu sendiri.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Tn. D. S. ditemukan 5 diagnosa keperawatan yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif, Pola napas tidak efektif, Konstipasi, Intoleransi aktivitas, Gangguan pola tidur.

Menurut Wijaya, A., (2019) diagnosa keperawatan pada pasien dengan Pneumonia ditemukan 4 diagnosa keperawatan yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif, Gangguan pertukaran gas, Pola napas tidak efektif, Defisit pengetahuan.

Terdapat 2 diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan yaitu pertukaran gas terganggu karena tidak terjadi masalah pada bagian paru-paru yaitu alveolus sebagai tempat pertukaran gas oksigen dan karbondiosida sehingga tidak terdapat sianosis pada pasien, dan PCO<sub>2</sub> pasien yaitu 96% yang menunjukkan hasil yang

normal. Masalah gangguan pertukaran gas bisa terjadi jika Infeksi *Streptococcus pneumoniae* pada jaringan paru-paru dapat memicu peradangan yang berpotensi menyebabkan kerusakan pada struktur alveoli dan bronkiolus. Kerusakan ini dapat berlanjut ke dalam pembentukan kavitas dan abses paru, serta menyebabkan penyempitan bronkiolus yang mengganggu aliran udara ke alveoli. Akibatnya, proses pertukaran gas terganggu karena alveoli tidak menerima udara yang cukup (Association, 2020).

Pada teori ditemukan masalah defisit pengetahuan namun pada kasus nyata tidak ditemukan hal ini berkaitan dengan pendidikan terakhir pasien adalah SMP dan pasien merupakan pensiunan pegawai swasta yang dimana tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan terhadap suatu penyakit.

Pada kasus Tn. D.S ditemukan masalah konstipasi yang dimana masalah ini berkaitan dengan asupan yang diterima pasien selama sebelum masuk rumah sakit dan sesudah masuk rumah sakit dimana pasien jarang mengonsumsi makanan yang tinggi serat serta pasien kurang mengonsumsi cairan yang seharusnya minum 8 gelas sehari namun pasien hanya minum 4-5 gelas sehari.

Pada kasus Tn. D.S ditemukan masalah gangguan pola tidur dimana tanda dan gejalanya berupa pasien mengeluh kondisi lingkungan (pencahayaan) yang tidak nyaman sehingga mengganggu pola tidur pasien.

Pada kasus ditemukan masalah intoleransi aktifitas dimana tanda dan gejala berupa pasien kesulitan menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri hal ini berkaitan dengan penyakit masa lalu yang pernah diderita pasien yaitu stroke yang mempengaruhi anggota gerak pasien.

### 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan Keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah pada Tn. D. S. untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, Konstipasi, intoleransi aktifitas, gangguan pola tidur dengan tindakan observasi, terapeutik, kolaboratif, dan edukatif yang berpedoman pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif sebanyak 5 intervensi, untuk diagnosa pola napas tidak efektif sebanyak 5 intervensi, untuk diagnosa Konstipasi sebanyak tiga intervensi, lima intervensi untuk diagnosa intoleransi aktivitas, dan lima intervensi untuk diagnosa gangguan pola tidur.

Widuri. (2019) mengemukakan bahwa perencanaan pada pasien Pneumonia dibuat berdasarkan prioritas untuk mengatasi masalah pembersihan jalan napas tidak berhasil, pola napas tidak, gangguan pola napas, defisit pengetahuan, intoleransi aktifitas dengan tindakan observasi, terapeutik, kolaboratif, dan edukatif.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Pelaksanaan Keperawatan pada Tn. D. S. dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 10-12 Juni 2025. Implementasi dilakukan sesuai perencanaan yang berdasarkan kondisi pasien dan sarana prasarana yang memadai. Implementasi pada Tn. D. S. dapat terlaksana karena melihat kondisi dan sarana prasarana yang tersedia tanpa terlewatkan satupun rencana keperawatan yang telah dibuat.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D. S. dengan diagnosa medis Pneumonia dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada Tn. D. S. dilakukan evaluasi terhadap

tindakan yang dilakukan pada pasien dengan 5 diagnosa yang ditetapkan dan didapatkan hasil 2 diagnosa teratasi sebagian yaitu bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi karena tanda dan gejala pada pasien sudah berkurang seperti produksi lendir berkurang, bunyi napas ronchi menurun dan frekuensi napas membaik (21x/menit) karena pasien masih batuk berdahak yang dirasakan pasien sehingga masih ada benda asing di jalan napas pasien. Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi karena tanda dan gejala pada pasien sudah berkurang seperti sesak napas yang tidak lagi dirasakan, retraksi dinding dada berkurang, dan frekuensi napas membaik (21x/menit) karena pasien masih batuk berdahak yang dirasakan pasien sehingga masih ada benda asing di jalan napas pasien dan 3 diagnosa teratasi yaitu masalah yaitu Masalah Konstipasi teratasi dengan tanda dan gejala pada pasien berkurang seperti susah BAB, frkuensi bising usus meningkat (5x/menit), perut teraba lembek. Masalah intoleransi aktifitas teratasi dengan tanda dan gejala mudah melakukan aktifitas dengan mudah meningkat, keluhan lemah menurun, nampak sesak saat melakukan aktifitas menurun. Masalah gangguan pola tidur teratasi dengan tanda dan gejala pasien mengeluh sulit tidur menurun, perubahan pola tidur menurun.