

## **BAB IV**

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

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

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

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di Jln. Prof. Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang penyakit dalam III yang terdiri dari tiga ruangan dengan kapasitas 19 bed. Tenaga perawat di ruangan penyakit dalam III sebanyak 18 orang terdiri dari Dipolma III 14 orang dan keperawatan Ners berjumlah empat orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala ruangan.

##### **2. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 22 Mei pada pukul 19.00 WITA di ruangan penyakit dalam III RSUD ENDE.

###### **a. Pengumpulan data**

Studi kasus dilakukan pada Tn. P.P yaang berumur 82 tahun. Pasien berjenis kelamin laki-laki, beragama khatolik, status sudah menikah, pendidikan SD, pekerjaan petani, alamat nangaba, pasie masuk tanggal 22 mei 2025 dengan diagnosa medis pneumonia. Penanggung jawab Tn. H.S berumur 38 alamat tahun, pekerjaan sebagai petani, alamat nangaba, hubungan dengan pasien annak kandung.

b. Status kesehatan

1) Status kesehatan sekarang

a) Keluhan Utama

Keluarga mengatakan pasien mengalami sesak napas

b) Riwayat Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan pasien aktif merokok dan minum kopi tetapi sudah sebulan pasien berhenti merokok dan minum kopi, karena sesak napas dan batuk berdahak disertai nyeri dada. Keluarga klien mengatakan sudah 2 kali pasien dirawat di rumah sakit pada bulan april dan mei pada tanggal 17 mei 2025, pada tanggal 22 mei 2025 klien dibawa ke kembali kerumah sakit karena mengalami sesak napas batuk berdahak, disertai nyeri dada.

c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami sesak napas batuk berlendir disertai nyeri dada.

d) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit upaya yang dilakukan adalah dengan menggosokan minyak kayu putih dibagian dada.

2) Status kesehatan masa lalu

a) Penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami penyakit Pneumonia 1 bulan yang lalu. Penyakit tersebut membuat pasien sempat dirawat di rumah sakit.

b) Pernah dirawat

Keluarga mengatakan pasien pernah dirawat di RSUD Ende satu bulan yang lalu

c) Alergi

Keluarga pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan, minuman, maupun obat-obatan.

d) Kebiasaan (merokok/alkohol/kopi/dll)

Keluarga pasien mengatakan klien aktif merokok dan minum kopi berhenti pada saat pasien sakit pada 1 bulan yang lalu.

3) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak riwayat penyakit keluarga mis, DM, asma;dll.

4) Diagnosa medis yang pernah didapatkan

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah di rawat dirumah sakit dengan diagnosa medis pneumonia.

c. Pola kebutuhan dasar

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Keluarga pasien mengatakan sehat itu sangat penting karena bisa memengaruhi kesehatan seseorang

2) Pola nutrisi dan metabolik

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 kali dalam sehari dengan porsi banyak. Jenis makanan yang dikonsumsi nasi, ikan, sayur, tahu, tempe. Pasien juga sering mengkonsumsi kopi dalam sehari dua kali minum pagi dan sore, dan minum dalam sehari 5-6 gelas.

Saat sakit keluarga pasien mengatakan saat sakit klien makan hanya sedikit  $\frac{1}{2}$  porsi. Jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, ikan, dan buah. Dan minum air dalam sehari 3-4 gelas.

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan pasien buang air kecil 5-6 kali dalam sehari dan berwarna sedikit kuning, pasien BAB 1-2 kali dalam sehari dengan konsistensi padat, bau khas feces, dan tidak ada keluhan yang berhubungan dengan BAB.

Saat sakit pasien terpasang kateter dengan volume 1000 ml dan berwarna berkeruh. BAB 1 hari 1 kali dengan konsistensi padat, bau khas feces, dan tidak ada keluhan yang berhubungan dengan BAB.

4) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan pasien beraktivitas seperti biasanya berkebun. Aktivitas perawatan diri toileting, berpakaian, berpindah, mandi, makan dan minum secara mandiri. Dan tanpa bantuan orang lain.

Saat sakit keluarga pasien mengatakan saat sakit pasien sudah tidak bisa beraktivitas seperti biasanya berkebun. Toileting, berpakaian, berpindah, mandi dibantu orang lain.

5) Pola kognitif dan persepsi

Pada saat ditanya pasien mengatakan tidak terlalu paham mengenai penyakit yang dideritanya dan pasien berharap semoga dirinya bisa sembuh dan kembali melakukan kegiatan sehari-hari

6) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan klien tidur malam jam 22.00 bangun pagi jam 06.0, klien tidur teratur dan pasien sering tidur siang selama 2 jam.

Saat sakit keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kesulitan untuk tidur karena pasien mengalami sesak napas dan batuk berdahak disertai nyeri dada, pasien tidur malam jam 22.00 bangun jam 02.00 dan tidur kembali bangun jam 05.30 pagi, keluarga klien juga mengatakan pasien sering beberapa kali terbangun akibat sesak napas dan batuk disertai nyeri dada.

7) Pola peran-hubungan

Pasien mengatakan hubungan pasien dan keluarga baik

8) Pola nilai- kepercayaan

Pasien beragama khatolik

9) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan menerima dengan keadaan dirinya sat ini

10) Pola toleransi-stress

Pasien mengatakan stress karena sesak napas batuk disertai nyeri dada. Cara mengatasi stressnya dengan dukungan keluarga.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : klien tampak lemah

Tingkat kesadaran : composmentis, GCS E : 4 V : 5 M : 6,

Total : 15

2) Tanda tanda vital

TD : 129/79mmhg SPO2 : 88 N: 92x/menit S : 36,0 RR :  
32x/menit

3) BB : 60 kg,

TB : 160 cm : 1,6 m

IMT =  $BB \text{ (Kg)} / TB \text{ (Cm)}$

$$= 40 / (1,6)^2$$

$$= 40 / 2,56 = 15,625 \text{ (BB tidak ideal)}$$

#### 4) Pemeriksaan fisik

##### (a) Kepala

Rambut tampak uban, rambut berminyak, tidak adanya bencolan/pembengkakan, tidak adanya nyeri tekan, kepala nampak bersih

##### (b) Mata

Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, refleks cahaya (+), pupil isokor, bentuk mata simetris, tidak menggunakan alat bantu melihat, mata kanan tidak bisa melihat.

(c) Hidung : Bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi dan nyeri tekan, terpasang oksigen nasal kanul 5lpm .

(d) Mulut: Mukosa bibir kering, gigi tampak ompong

(e) Wajah: tampak pucat.

(f) Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

(g) Dada: Inspeksi : Dada tampak tidak simetris, frekuensi napas 32x/m , adanya penggunaan otot bantu pernapasan, ada tarikan dinding dada, dada tampak menonjol ( pectus carinatum) irama napas cepat/tidak teratur. Palpasi : adanya penumpukan cairan di paru-paru sebelah kiri. Perkusi : terdengar bunyi pekak. Aukultasi : Terdapat bunyi napas tambahan ronchi.

(h) Abdomen: Inspeksi tidak terlihat adanya benjolan atau luka.

Auskultasi : terdengar suara bising usus 15x/m. Palpasi :

tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan lien.

Perkusi : terdapat bunyi tympani.

(i) Ekstermitas atas : Akral teraba hangat, tidak ada edema, tidak

ada nyeri tekan, terpasang inus RL di tangan kanan, jari-jari

tangan lengkap. Eksermitas bawah : tidak ada edema, tidak

ada nyeri tekan, jari-jari kaki lengkap, dapat menggerakkan

seperti biasa dan tidak ada kelainan.

e. Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 4.1 Pemeriksaan darah lengkap**

Hasil laboratorium tanggal 22 Mei 2025

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	7.99	[10 <sup>3</sup> /uL]	(3.80-10.60)
LYMPH#	0.74 -	[10 <sup>3</sup> /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	0.71	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-0.70)
EO#	0.04	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	6.49	[10 <sup>3</sup> /uL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	9.3 -	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	8.9	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.5 -	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.1	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	81.2+	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.02	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-7.00)
IG%	0.3	[%]	(0.0-72.0)
RBC	3.63 -	[10 <sup>6</sup> /uL]	(4.40-5.90)
HGB	10.2 -	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	32.4-	[%]	(40.0-52.0)
MCV	89.3	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	28.1	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	31.5 -	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	52.1	[fL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	15.8 +	[%]	(11.5-14.5)
PLT	120	[10 <sup>3</sup> /uL]	(150-450)

MPV	10.3	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.12 -	[%]	(0.17-0.35)
PDW	10.6	[fL]	(9.0-17.0)
L-LCR	27.3	[%]	(13.0-43.0)

**Tabel 4.2 Pemeriksaan darah lengkap**

Hasil laboratorium tanggal 22 Mei 2025

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Kimia urine	Yellow		
Colour			
Glukosa	-	Mg/dl	< 30
Bilirubin	-	Mg/dl	0,02
Keton	-		Negatif
Sg	1.015		1,001-1,035
Blood	-	Mg/dl	<0,010
Ph	8.0		4,6-8,0
Protein	Trace	Mg/dl	<15
Urobilin	1+	Mg/dl	<1,0
Nitrit	-		Negatif
Leukosit esterase	Trace		Negatif
Lekosit	5-10	Ipd	0-5
Eritrosit	-	Ipd	0-2
Selinder hialin	-	Ipk	0-2
Selinder eritrosit	-		Negatif
Selinder leukosit	-		Negatif
Sel epitel ginjal	-		Negatif
Sel epitel	-		Negatif
Transisional	1+		+ ( sedikit)
Bakteri	Coccus +		+ ( sedikit)

Kristal	-	Negatif
Ragi/yeast	-	Negatif
Spematozoa	-	Negatif
Parasir	-	Negatif

### Hasil rontgen

Hari tanggal 22 Mei 2025

Pemeriksaan X-Ray Thorax AP :

1. Tampak corakan vasculer pulmo bilateral meningkat, hilar haze (+)
2. Tampak penebalan fissura horizontalis
3. Kedua sinus costophrenicus lancip
4. Kedua diafragma licin dan tak mendatar
5. Cor, CTR > 0,56
6. Tampak jarak processus spinosus ke aortic knob > 4 cm.
7. Sistem tulang yang tervisualisasi intak

Kesan :

1. Pulmonary edema
  2. Cardiomegaly, elongatio aorta
- f. Penatalaksanaan/ pengobatan
- 1) Ciprofloxacin 2x200 mg/iv  
Obat antibiotik yang digunakan untuk mengobati berbagai jenis infeksi bakteri ( infeksi saluran pernapasan )
  - 2) Furosemid 1x40 mg/iv

Obat diuretik yang digunakan untuk mengobati kondisi yang terkait dengan kelebihan cairan dalam tubuh

3) Cefriaxone 1x2 gr/iv

Antibiotik yang digunakan untuk mengobati berbagai jenis infeksi bakteri pada paru-paru

4) Cefadroxil syp 2x1 mg/oral

Antibiotik yang digunakan untuk mengobati berbagai infeksi bakteri, seperti infeksi saluran pernapasan

5) Captopril 3x25 mg/oral

Obat yang digunakan untuk mengobati berbagai kondisi seperti hipertensi

6) Acxtromicin 1x1 per tab/oral

Antibiotik yang digunakan untuk mengobati berbagai jenis infeksi bakteri ( infeksi saluran pernapasan)

7) Nebu ventolin

Obat yang digunakan untuk mengobati gejala penyakit paru-paru

g. Tabulasi data

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas, batuk berdahak berwarna putih kental kadang kuning, disertai nyeri dada, pasien tampak lemah, lelah, keluarga pasien mengatakan saat sakit aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti, lap badan pagi hari,

BAB, berpakaian, berpindah, tampak terpasang kateter, nafsu makan menurun Saat sakit keluarga pasien mengatakan pasien makan hanya sedikit ½ porsi. Jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, ikan, dan buah. Dan minum air dalam sehari 3-4 gelas, bibir tampak pucat, kongjungtiva anemis, bunyi napas tambahan ronchi, tampak adanya retraksi dinding dada, adanya otot bantuan pernapasan, BB sebelumnya 60 kg, pasien tampak kurus, tampak terpasang oksigen nasal kanul ( 5Lt), irama napas cepat/tidak teratur , terpasang infus RL ditangan kanan, keluarga pasien mengatakan klien sulit tidur karena batuk dan sesak napas, Ku : lemah kesadaran composmentis, GCS E : 4 V : 5 M: 6 TTV : TD : 129/79 mmHg N : 92 x/m S: 36,0°C SPO2 : 88 % RR : 32 x/m. CRT < 3 detik Hb : 10,2

h. Klasifikasi data

**Data subjektif** : Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas, batuk berdahak berwarna putih kental kadang kuning, disertai nyeri dada, pasien tampak lemah, lelah, keluarga pasien mengatakan saat sakit aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti, lap badan pagi hari, BAB, berpakaian, berpindah, nafsu makan menurun Saat sakit keluarga pasien mengatakan klien makan hanya sedikit ½ porsi. Jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, ikan, dan buah. Dan minum air dalam sehari 3-4 gelas, BB sebelumnya 60 kg, keluarga klien mengatakan pasien sulit tidur karena batuk dan sesak napas.

**Data objektif** : pasien tampak lemah, lelah, tampak terpasang kateter, nafsu makan menurun pasien makan hanya sedikit ½ porsi. Jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, ikan, dan buah. Dan minum air dalam sehari 3-4 gelas, bibir tampak pucat, kongjungtiva anemis, bunyi napas tambahan ronchi, tampak adanya retraksi dinding dada, adanya otot bantuan pernapasan, pasien tampak kurus, tampak terpasang oksigen nasal kanul ( 5Lt), irama napas cepat/tidak teratur , terpasang infus RL ditangan kanan, Ku : lemah kesadaran composmentis, GCS E : 4 V : 5 M:6 TTV : TD : 129/79 mmHg N : 92 x/m S: 36,0°C SPO2 : 88 % RR : 32 x/m. CRT < 3 detik, Hb 10,2

i. Analisa data

**Tabel 4.3 Analisa data**

No	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
1	<p>Ds : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas, batuk berdahak berwarna putih kental, kadang kuning , disertai nyeri dada</p> <p>Do : bunyi napas tambahan ronchi, irama napas cepat/tidak teratur, bantuan otot pernapasan, terpasng oksigen nasal kanul ( 5L)</p> <p>Ku:lemah, Kesadaran composmentis GCS</p> <p>E : 4 V: 5 M: 6 TTV : TD : 129/79 mmHg N : 92 x/m</p> <p>S: 36,0°C SPO2 : 88 % RR : 32 x/m.</p>	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif
2	Ds : keluarga pasien	Hambatan upaya	Pola napas tidak

	<p>mengatakan pasien mengalami sesak napas</p> <p>Do : penggunaan otot bantu pernapasan, irama napas cepat tidak teratur, terpasang oksigen nasal kanul (5 L),</p> <p>Ku:lemah, Kesadaran composmentis GCS</p> <p>E : 4 V: 5 M: 6 TTV : TD : 129/79 mmHg N : 92 x/m S: 36,0°C SPO2 : 88 % RR : 32 x/m.</p>	<p>napas ( nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan )</p>	<p>efektif</p>
3	<p>Ds : -</p> <p>Do : pasien tampak pucat, kongjungtiva anemis, CRT &lt; 3 detik, Hb 10,2</p>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif</p>
4	<p>Ds : Saat sakit keluarga pasien mengatakan pasien makan hanya sedikit ½ porsi. Jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, ikan, dan buah. Dan minum air dalam sehari 3-4 gelas</p> <p>Do : nafsu makan pasien menurun makan ½ porsi, pasien tampak kurus, IMT : 15,625, Ku:lemah, Kesadaran composmentis GCS</p> <p>E : 4 V: 5 M: 6 TTV : TD : 129/79 mmHg N : 92 x/m S: 36,0°C SPO2 : 88 % RR : 32 x/m.</p>	<p>Faktor psikologis ( kenggan untuk makan)</p>	<p>defisit nutrisi</p>
5	<p>Ds : keluarga pasien mengatakan pasien sulit tidur karena sesak napas batuk</p> <p>Do : konjungtiva anemis, adanya kantong mata.</p> <p>Ku:lemah, Kesadaran composmentis GCS</p>	<p>batuk dan sesak napas</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>

E : 4 V: 5 M: 6 TTV : TD :  
129/79 mmHg N : 92 x/m  
S: 36,0°C SPO2 : 88 % RR :  
32 x/m.

---

6	Ds : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas, aktivitas dibantu seperti, lap badan pagi hari, BAB, berpakaian, berpindah, Do : pasien tampak lemah, lelah, terpasang oksigen nasal kanul ( 5L) terpasang kateter, terpasang infus RL pada tangan kanan, Ku:lemah, Kesadaran composmentis GCS E : 4 V: 5 M: 6 TTV : TD : 129/79 mmHg N : 92 x/m S: 36,0°C SPO2 : 88 % RR : 32 x/m.	Ketidakseimbangan Intoleransi antara suplai dan aktivitas kebutuhan oksigen
---	---	---

---

### 3. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas b.d hipersekresi jalan napas ditandai dengan:

Ds : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas, batuk berdahak berwarna putih kental, kadang kuning , disertai nyeri dada

Do : bunyi napas tambahan ronchi, irama napas cepat/tidak teratur, bantuan otot pernapasan, terpasng oksigen nasal kanul ( 5L) Ku: lemah Ku:lemah, Kesadaran composmentis GCS E : 4 V: 5 M: 6 TTV : TD : 129/79 mmHg N : 92 x/m S: 36,0°C SPO2 : 88 % RR : 32 x/m.

2. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas ditandai dengan :

Ds : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas

Do : penggunaan otot bantu pernapasan, irama napas cepat tidak teratur, terpasang oksigen nasal kanul (5 L), Ku: lemah

Ku:lemah, Kesadaran composmentis GCS E : 4 V: 5 M: 6 TTV

: TD : 129/79 mmHg N : 92 x/m S: 36,0°C SPO2 : 88 %

RR : 32 x/m.

3. Perfusi perifer tidak efektif b. d. Penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan :

Ds : -

Do : Pasien nampak pucat, Hb 10,2, CRT <3 detik, konjungtiva anemis

4. Defisit nutrisi b.d. faktor psikologis ( keengganan untuk makan) ditandai dengan :

Ds : Saat sakit keluarga klien mengatakan klien makan hanya sedikit ½ porsi. Jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, ikan, dan buah. Dan minum air dalam sehari 3-4 gelas

Do : nafsu makan pasien menurun makan ½ porsi, pasien tampak kurus.

5. Gangguan pola tidur b.d batuk dan sesak napas ditandai dengan :

Ds : keluarga pasien mengatakan pasien sulit tidur karena sesak napas batuk Do : konjungtiva anemis, adanya kantong mata. Ku: lemah Ku:lemah, Kesadaran composmentis GCS E : 4 V: 5 M: 6 TTV : TD : 129/79 N : 92 S: 36,0SPO2 : 88 %RR : 32x/m TD : 129/79 mmHg N : 92 x/m S: 36,0°C SPO2 : 88% RR : 32 x/m.

6. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen ditandai dengan :

Ds : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas, aktivitas dibantu seperti, lap badan pagi hari, BAB, berpakaian, berpindah,

Do : pasien tampak lemah, lelah, terpasang oksigen nasal kanul ( 5L) terpasang kateter, terpasang infus RL pada tangan kanan, Ku: lemah Ku:lemah, Kesadaran composmentis GCS E : 4 V: 5 M: 6 TTV : TD : 129/79 N : 92 S: 36,0SPO2 : 88 %RR : 32x/m TD : 129/79 mmHg N : 92 x/m S: 36,0°C SPO2 : 88% RR : 32 x/m.

#### **4. Rencana Tindakan Keperawatan**

Sebelum menentukan intervensi keperawatan, terlebih dahulu menentukan prioritas masalah. 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) Perfusi perifer tidak efektif

- 4) defisit nutrisi
- 5) gangguan pola tidur
- 6) Intoleransi aktivitas

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

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil sputum berkurang, batuk berkurang, bunyi napas ronchi berkurang, sesaknya berkurang

**Intervensi : latihan batuk efektif**

**Observasi**

- 1) Identifikasi kemampuan batuk

Rasional : teknik batuk yang dilakukan dengan benar untuk mengeluarkan dahak secara maksimal dan menghemat energi.

- 2) Monitor adanya retensi sputum

Rasional : mengetahui ada tidaknya produksi sputum yang berlebihan yang dapat mengakibatkan obstruksi jalan napas

**Terapeutik :**

- 3) Posisikan semi fowler atau fowler

Rasional : duduk tinggi memungkinkan ekspansi paru dan mempermudah pernapasan

**Edukasi :**

1) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif

Rasional : pasien dapat memahami tentang tujuan dan prosedur dari batuk efektif

2) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dalam posisi dibulatkan selama 8 detik. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali

Rasional : merelaksasikan otot-otot pernapasan pada saat melakukan teknik napas dalam

3) Anjurkan batuk kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ketiga.

Rasional : sekret yang tertumpuk atau tertahan dapat dikeluarkan dengan mudah

**Kolaborasi :**

4) Kolaborasi pemberian ekspektoran

Rasional : pemberian ekspektoran dapat membantu mengencerkan sekret dan membantu membersihkan jalan napas pasien

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas tidak efektif dengan enurun kriteria hasil

dispnea menurun , penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas membaik , kedalaman napas membaik.

**Intervensi : manajemen jalan napas**

**Observasi**

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

Rasional : untuk mengetahui frekuensi napas

**Terapeutik**

1) Posisikan semifowler atau fowler

Rasional : posisi fowler/ semi fowler diberikan untuk meningkatkan kenyamanan saat bernapas

2) Berikan oksigen

Rasional : untuk meningkatkan kadar oksigen dalam darah (oksigenasi) yang dapat menurun akibat obstruksi jalan napas oleh sekret

c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer membaik dengan kriteria hasil warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik.

**Intervensi : perawatan sirkulasi**

**Observasi :**

1) Periksa sirkulasi perifer

Rasional : periksa sirkulasi perifer dapat membantu mendeteksi gangguan sirkulasi yang dapat mempengaruhi kesehatan.

2) Anjurkan untuk meningkatkan makanan yang kaya zat besi ( mis, sayuran hijau, kacang hijau)

Rasional : zat besi sangat penting untuk produksi hemoglobin, yang membawa oksigen kesuluruh tubuh. Meningkatkan konsumsi makanan yang kaya zat besi dapat mencegah anemia.

d. defisit nutrisi berhubungan dengan dengan faktor psikologis Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko defisit nutrisi teratasi kriteria hasil porsi makan yang dihabiska meningkat,nafsu makan membaik.

**Intervensi : manajemen nutrisi**

**Observasi :**

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional : identifikasi status nutrisi dapat membantu mendeteksi kekurangan nutrisi yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien

2) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional :mengetahui makanan yang disukai untuk meningkatkan nafsu makan klien

3) Monitor asupan makanan

Rasional : monitor asuhan makanan dapat membantu mengoptimalkan status nutrisi pasien dengan memastikan bahwa mereka menerima nutrisi yang cukup dan seimbang

4) Monitor berat badan

Rasional : monitor berat badan dapat membantu mendeteksi perubahan berat badan yang tidak diinginkan, seperti penurunan berat badan yang cepat atau peningkatan berat badan yang tidak terkendali

**Terapeutik :**

5) Berikan makanan TKTP

**Edukasi :**

6) Anjurkan posisi duduk

e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk dan sesak napas.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur teratasi kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, kemampuan aktivitas meningkat

**Intervensi : dukungan tidur**

**Observasi**

1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

Rasional : untuk mengetahui penyebab, jenis, dan tingkat keperawatan gangguan tidur

2) Identifikasi faktor pengganggu tidur ( fisik/psikologis)

Rasional : untuk mengetahui faktor pengganggu tidur

### **Terapeutik**

- 1) Modifikasi lingkungan ( pencahayaan, suhu, kebisingan, tempat tidur)

Rasional untuk mengatasi gangguan pola tidur

- 2) Fasilitasi menghuangkan stress sebelum tidur

Rasional : untuk mengatasi ganggua tidur

### **Edukasi**

- 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Rasional : tidur yang cukup saat sakit sangat penting karena memepercepat penyembuhan melalui dukungan terhadap imun

- 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

- 3) Ajarkan relaksasi otot autogenik cara nonfarmakologis

Rasional : untuk mengatasi gangguan pola tidur

- f. Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas teratasi kriteria hasil saturasi oksigen meningkat,aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lemah menurun , dispnea saat aktivitas menurun, persaan lemah menurun, frekuensi napas membaik.

**Intervensi : manajemen energi**

**Observasi :**

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan  
Rasional : untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasi
- 2) Monitor kelelahan fisik  
Rasional : untuk mengetahui tingkat akibat kelelahan fisik
- 3) Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas  
Rasional : untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktifitas

**Terapeutik :**

- 4) Sediakan lingkungan yang nyaman renda stimulus  
Rasional : untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien
- 5) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif  
Rasional : membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas
- 6) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan  
Rasional : untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat
- 7) Bantu pasien dalam melakukan aktifitas dan latihan sehari-hari  
Rasional : aktifitas latihan sehari-hari dapat membantu meningkatkan mobilitas dan fleksibilitas pasien, sehingga mereka dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan lebih mudah.

**Edukasi :**

8) Anjurkan tirah baring

Rasional : agar tidak memperberat kondisi pasien karena beraktifitas (Matte, 2021)

9) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : untuk melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

10) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Rasional : untuk mengidentifikasi rencana tindakan selanjutnya yang dapat dilakukan oleh perawat

#### **Kolaborasi :**

11) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan

Rasional : kalori yang adekuat dapat meningkatkan intoleransi aktifitas dan mencegah keletihan (Matte, 2021)

### **5. Implementasi**

Implementasi pada Tn. P. P. dilakukan selama 3 hari pada tanggal 22-24 Mei 2025. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan :

**(a) Hari pertama Kamis 22 Mei 2025**

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan : DS: keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas batuk berdahak disertai nyeri dada DO: tampak sesak, batuk berdahak berwarna putih kental kadang kekuningan, ku lemah kesadaran composmentis Gcs E :4 V: 5 M: 6 TTV TD : 129/79 mmHg N: 92 x/m SPO2 : 88 % RR : 32 x/m S : 36,0°C Jam 14.00 mengidentifikasi kemampuan batuk: dengan hasil pasien mampu batuk 14. 30 memonitor adanya retensi sputum : Sputum berwarna putih kental. 15.00 Memposisikan pasien semi fowler : dengan hasil menaikkan tempat tidur dengan posisi setengah duduk dan meletakkan bantal dibelakang pasien . 15.30 menjelaskan tujuan batuk efektif : dengan hasil keluarga pasien nampak paham 16.30 menganjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dalam posisi dibulatkan selama 8 detik. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali menganjurkan batuk kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ketiga.17.30 Kolaborasi pemberian ekspektorann dengan hasil memberikan nebu ventolin.
- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan :

Ds : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas Do: tampak sesak, adanya bantuan otot pernapasan, tampak terpasang oksigen nasal kanul (5 liter) Ku lemah kesadaran composmentis Gcs E : 4 V : 5 M: 6 TTV TD: 129/79 mmHg N : 92 x/m : SPO2 : 88% RR: 32 x/m S :36,0°C 14.00 memonitor pola napas ( frekuensi, kedalaman, usaha napas ) : dengan hasil RR : 32x/m adanya bantuan otot pernapasan 14.30 memposisikan semi fowler : dengan hasil menaikan tempat tidur dengan posisi stengah duduk dn meetakan bantal dibelakang pasien

15.00 memberikan oksigen : dengan hasil memasang oksigen nasal kanul kepada psein ( 5 liter)

- 3) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin:

Ds : -

Do : pasien nampak pucat, kongjungtiva anemis, Hb 10,2 , CRT < 3 detik.

14.00 memeriksa sirkulasi perifer dengan hasil menekan ibu jari di atas kuku pasien dengan CRT < 3 detik menganjurkan untuk meningkatkan makanan yang kaya zat besi ( mis, sayuran hijau, kacang hijau).

- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan) ditandai dengan :

Ds : keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun

Do: pasien tampak kurus, porsi makan ½ porsi Ku lemah

kesadaran composmentis Gcs E : 4 V : 5 M: 6 TTV TD:

130/80 N : 95 : SPO2 : 90 RR: 24 S :36,0 IMT : 15,625

14.00 mengidentifikasi status nutrisi : dengan hasil keluarga

klien mengatakan nafsu makan pasien menurun makan ½

porsi, makan 3x/

14.30 mengidentifikasi makanan yang disukai : dengan hasil

keluarga pasien mengatakan pasien suka makan bubur kacang

hijau sehari 15.00 memonitor asupan makanan : dengan hasil

pasien makan ½ porsi dengan menu makanan seperti nasi,

sayur, daging, buah-buahan 15.30 memonitor BB : Berat

Badan pasien 40 Kg 16.00 meberikan makanan TKTP :

dengan hasil menu makan pasien seperti nasi, daging, sayur,

buah-buahan 16.30 menganjurkan pasien posisi duduk saat

makan

#### 5) Gangguan pola tidur

Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk dan sesak

ditandai dengan : Ds keluarga klien mengatakan klien sulit

tidur karena batuk dan sesak napas Do ku lemah,adanya

kantong mata,konjungtiva anemis, kesadran composmentis

Gcs E: 4 V: 5M: 6 TTV TD: 129/79 N : 92 RR: 32 SPO2: 88

S: 36,0

14.00 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa tidur pada siang hari dan malam hari akibat batuk dan sesak napas 14.30 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil pasien tidur terganggu karena batuk dan sesak napas 15.00 memodifikasi lingkungan dengan hasil membantasi pengunjung 15.30 memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur dengan hasil sebelum tidur meminta pasien untuk berdoa agar pasien bisa tenang saat tidur.

- 6) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan : Ds keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasanya karena pasien mengalami sesak napas Do pasien tampak lemah,lelah, tampak terpasang oksigen (5 liter) terpasang kateter terpasang infus rl pada tangan kanan kekesadaran composmentis GCS E: 4 V: 5 M: 6 TTV TD : 129/79 N: 92 SPO2: 88 S: 36,0 RR: 32

14.00 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan lelah dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya karena pasien mengalami sesak napas 14.30 memonitor lokasi dan ketidakberdayaan selama aktivitas dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien mengalami

sesak napas disertai nyeri dada 15.00 menyediakan lingkungan yang nyaman (kebisingan) dengan hasil membatasi pengunjung 15.30 melakukan latihan rentan gerak pasif dan aktif dengan hasil menggerakkan kedua kaki dan lengan pasien 16.00 memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan dengan hasil meminta pasien untuk mendengarkan musik

16.30 memfasilitasi duduk disisi tempat tidur dengan hasil pasien mampu duduk disisi tempat tidur dibantu oleh keluarga dan pasien masih mengalami sesak napas 17.00 menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan fisik tidak berkurang

**(b) Hari kedua jumad 23 Mei 2025**

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan : DS: keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami sesak napas batuk berdahak disertai nyeri dada DO: tampak sesak, batuk berdahak berwarna putih kental kadang kekuningan, ku lemah kesadaran composmentis Gcs E :4 V: 5 M: 6 TTV TD : 130/80 N: 95 SPO2 : 90 RR : 24 S : 36 ,0 Jam 08.00 mengidentifikasi kemampuan batuk: dengan hasil pasien mampu batuk 14. 30 memonitor adanya retensi sputum : Sputum berwarna putih kental. 16.30 mengingatkan keluarga

untuk tetap melakukan batuk efektif dengan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dalam posisi dibulatkan selama 8 detik. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali menganjurkan batuk kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ketiga. 17.30 Kolaborasi pemberian ekspektoran dengan hasil memberikan nebuliventolin.

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

Ds : keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami sesak napas Do: tampak sesak, adanya bantuan otot pernapasan, tampak terpasang oksigen nasal kanul (5 liter) Ku lemah kesadaran composmentis Gcs E : 4 V : 5 M: 6 TTV TD: 130/80 N : 95 : SPO2 : 90 RR: 24 S :36,0

08.00 memonitor pola napas ( frekuensi, kedalaman, usaha napas ) : dengan hasil RR : 32x/m adanya bantuan otot pernapasan 08.30 memposisikan semi fowler : dengan hasil menaikkan tempat tidur dengan posisi setengah duduk dan meletakkan bantal dibelakang pasien

09.00 memberikan oksigen : dengan hasil memasang oksigen nasal kanul kepada pasien ( 5 liter)

1) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin:

Ds : -

Do : pasien nampak pucat, kongjungtiva anemis, Hb 10,2 , CRT < 3 detik.

08.00 memeriksa sirkulasi perifer dengan hasil menekan ibu jari di atas kuku pasien dengan CRT < 3 detik 08.30 menganjurkan untuk meningkatkan makanan yang kaya zat besi ( mis, sayuran hijau, kacang hijau).

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan) ditandai dengan :

Ds : keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun

Do: psdien tampak kurus, porsi makan ½ porsi Ku lemah kesadaran composmentis Gcs E : 4 V : 5 M: 6 TTV TD: 130/80 N : 95 : SPO2 : 90 RR: 24 S :36,0 IMT: 15,625

08.00 mengidentifikasi status nutrisi : dengan hasil keluarga klien mengatakan nafsu makan pasien menurun makan ½ porsi, makan 3x/ sehari 08.30 memonitor asupan makanan : dengan hasil pasien makan ½ porsi dengan menu makanan seperti nasi, sayur, daging, buah-buahan

09.00 meberikan makanan TKTP : dengan hasil menu makan pasien seperti nasi, daging, sayur, buah-buahan.

5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk dan sesak ditandai dengan : Ds keluarga klien mengatakan klien masih sulit tidur karena batuk dan sesak napas Do ku lemah, adanya kantong mata, konjungtiva anemis, kesadaran composmentis GCS E: 4 V: 5M: 6 TTV TD: 130/80 N : 95 RR: 24 SPO2: 90 S: 36,0

08.00 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa tidur pada siang hari dan malam hari akibat batuk dan sesak napas 08.30 memodifikasi lingkungan dengan hasil membantasi pengunjung 09.30 memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur dengan hasil sebelum tidur meminta pasien untuk berdoa agar pasien bisa tenang saat tidur.

6) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan : Ds keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa beraktivitas seperti duduk disisi tempat tidur tetapi pasien masih mengalami sesak napas Do pasien tampak lemah, lelah, tampak terpasang oksigen (5 liter) terpasang kateter terpasang infus rl pada tangan kanan kekesadaran composmentis GCS E: 4 V: 5 M: 6 TTV TD : 130/80 N: 95 SPO2: 90 S: 36,0 RR: 24 08.00 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan lelah dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya karena pasien mengalami sesak napas 08.30 memonitor

lokasi dan ketidakberdayaan selama aktivitas dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas disertai nyeri dada 09.00 mengajarkan keluarga pasien untuk melakukan gerakan pasif/aktif dengan hasil keluarga pasien mengikuti dengan seksama 09.30 memfasilitasi duduk disisi tempat tidur dengan hasil pasien mampu duduk disisi tempat tidur dibantu oleh keluarga dan pasien masih mengalami sesak napas 10.00 menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan fisik tidak berkurang 10.30 menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi nutrisi

## 5. Evaluasi

### 1) Hari pertama, Kamis, 22 Mei 2025

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas **S:** keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas batuk berdahak disertai nyeri dada **O:** tampak sesak, batuk berdahak berwarna putih kental kadang kekuningan, ku lemah kesadaran composmentis Gcs E :4 V: 5 M: 6 TTV TD : 129/79 N: 92 SPO2 : 88 RR : 32 S : 36 ,0 **A:** masalah keperawatan belum teratasi **P :** lanjutkan intervensi 1,2,3
- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas **S :** keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas **O :** tampak sesak, adanya bantuan otot pernapasan, tampak terpasang oksigen nasal kanul (5 liter) Ku lemah

kesadaran composmentis Gcs E : 4 V : 5 M: 6 TTV TD: 129/79  
N : 92 : SPO2 : 88 RR: 32 S :36,0, **A** : Masalah keperawatan  
belum teratasi **P** : lanjutkan intervensi 1,2,3

c) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin **S** : - **O** : pasien tampak pucat, kongjungtiva anemis, CRT < 3 detik, Hb 10,2 **A** : masalah keperawatan belum teratasi **P** : lanjutkan intervensi 1,2.

d) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan), **S** : keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun **O** : pasien tampak kurus, porsi makan ½ porsi **Ku** lemah kesadaran composmentis Gcs E : 4 V : 5 M: 6 TTV TD: 130/80 N : 95 : SPO2 : 90 RR: 24 S :36,0 IMT : 15,625, **A** : Masalah keperawatan belum teratasi, **P** : lanjutkan intervensi 1, 2.

e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk dan sesak, **S** : keluarga klien mengatakan klien sulit tidur karena batuk dan sesak napas, **O** : **Ku** lemah, adanya kantong mata, kongjungtiva anemis, kesadaran composmentis Gcs E: 4 V: 5M: 6 TTV TD: 129/79 N : 92 RR: 32 SPO2: 88 S: 36,0°C, **A** : Masalah keperawatan belum teratasi, **P** : lanjutkan intervensi 1,2, 3.

f) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, **S** : keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasanya karena

pasien pasien mengalami sesak napas, **O** : pasien tampak lemah,lelah, tampak terpasang oksigen (5 liter) terpasang kateter terpasang infur rl pada ta ngan kanan kekesadaran composmentis GCS E: 4 V: 5 M: 6 TTV TD : 129/79 N: 92 SPO2: 88 S: 36,0°C, RR: 32 x/m, **A** : Masalah keperawatan belum teratasi, **P** : lanjutkan intervensi 1,2,3,4

## 2) Hari kedua, Jumat 23 Mei 2025

- a) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekreksi jalan napas, **S** : keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami ssesak napas batuk berdahak disertai nyeri dada **O**: tampak sesak, batuk berdahsk berwarna putih kental kadang kekuningan, ku lemah kesadaran composmentis Gcs E :4 V: 5 M: 6 TTV TD : 130/80 N: 95 SPO2 : 90 RR : 24 S : 36 **A**: masalah keperawatan belum teratasi **P**: lanjutkan intervensi 1,2.
- b) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas **S** : keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami sesak napas, **O** : tampak sesak, adanya bantuan otot pernapasan, tampak terpasang oksigen nasal kanul (5 liter) Ku lemah kesadaran composmentis Gcs E : 4 V : 5 M: 6 TTV TD: 130/80 N : 95 : SPO2 : 90 RR: 24 S :36,0 **A**: masalah keperawatan belum teratasi **P**: lanjutkan intervensi 1
- c) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin S: - , **O**: pasien tampak pucat,

kongjungtiva anemis, CRT <3 detik, Hb 10,2, **A:** masalah keperawatan belum teratasi **P:** lanjutkan intervensi 1,2

d) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan, **S:** Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pada pasien menurun, makan yang dihabiskan ½ porsi, makan 3x sehari, **O:** : ku lemah, pasien tampak kurus, makan hanya ½ porsi, kesadaran composmentis Gcs E: 4 V: 5M: 6 TTV TD: 130/80 N : 95 RR: 24 SPO2: 90 S: 36,0°C, IMT : 15.626, **A:** Masalah keperawatan belum teratasi, **P:** lanjutkan intervensi 1,2

e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk dan sesak  
**S:** keluarga klien mengatakan klien masih sulit tidur karena batuk dan sesak napas **O:** ku lemah, adanya kantong mata, kongjungtiva anemis, kesadaran composmentis Gcs E: 4 V: 5M: 6 TTV TD: 130/80 mmHg N : 95x/m RR: 24x/m SPO2: 90% S: 36,0°C, **A:** masalah keperawatan belum teratasi  
**P:** lanjutkan intervensi 1

f) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen **S:** keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa beraktivitas seperti duduk disisi tempat tidur tetapi pasien masih mengalami sesak napas **O:** pasien tampak lemah,lelah, tampak terpasang oksigen (5 liter) terpasang kateter terpasang infur rl pada ta ngan kanan

kekesadaran composmentis GCS E: 4 V: 5 M: 6 TTV TD :  
130/80 mmHg N: 95x/m SPO2: 90% S: 36,0°C RR: 24 x/m. **A:**  
Masalah keperawatan belum **P** : lanjutkan intervensi 1,3,4

**(c) Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari sabtu tanggal 24 Januari 2025, dibuat dalam bentuk catatan perkembangan. Hari/Tanggal : sabtu 24 Mei Jam :08.00 wita**

**1) Bersihan jalan napas tidak efektif** berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Jam 08.00 wita **Data Subjektif** : keluarga pasien mengatakan sesak dan batuk sedikit berkurang. Dahak yang keluar cuman sedikit, dahaknya masih tertahan sedikit **Data Objektif** : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, TD :120 /80 mmHg, N : 94 x/m, suhu : 36,0°C, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%, pasien masih batuk dan sputum yang dikeluarkan sedikit, warna sputum putih kental, . **A** : Masalah bersihan jalan napas belum teratasi. **P** : Intevensi dilanjutkan **I** :  
- Memnoitor sputum dengan hasil warna sputum putih kental **E**  
: **S** : Keluarga pasien mengatakan sesak napas dan batuk sudah berkurang **O** : : Keadaan umum pasien baik , kesadaran composmentis, TD :120 /80 mmHg, N : 94 x/m, suhu : 36,0°C, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%, sputum pasien berwarna putih kental, **A:** masalah keperawatan sebagian teratasi **P:** intervensi dihentikan.

2) **Pola napas tidak efektif** berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Jam 08.00 wita **Data Subjektif** : keluarga pasien mengatakan sesak dan batuk sedikit berkurang. Dahak yang keluar cuman sedikit, dahaknya masih tertahan sedikit **Data Objektif** : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, TD :120 /80 mmHg, N : 94 x/m, suhu : 36,0°C, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%, pasien masih batuk dan sputum yang dikeluarkan sedikit, warna sputum putih kental, . **A** : Masalah bersihan jalan napas belum teratasi. **P** : Intervensi dilanjutkan 09.00 **I** : memonitor pola napas ( frekuensi) dengan hasil frekuensi napas 20x/menit 10.00 **E** : **S** : Keluarga pasien mengatakan sesak napas dan batuk sudah berkurang **O** : : Keadaan umum pasien baik , kesadaran composmentis, TD :120 /80 mmHg, N : 94 x/m, suhu : 36,0°C, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%, sputum pasien berwarna putih kental, **P** : intervensi dihentikan **A** : masalah keperawatan sebagian teratasi teratasi

3) **Perfusi perifer tidak efektif** berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin jam 08.00 **data subyektif** : - **data obyektif** : pasien tampak pucat, kongjungtiva anemis, CRT < 3 detik, Hb 10,2 **A**: masalah keperawatan belum teratasi **P** : intervensi dilanjutkan 09.00 **I** : Periksa sirkulasi perifer Anjurkan untuk meningkatkan makanan yang kaya zat besi ( mis, sayuran hijau, kacang hijau) 10.00 **E** : **S** : - **O**: nampak pucat menurun

kongjungtiva anemis, CRT < 3 detik, Hb 10,2    **A** : masalah keperawatan sebagian teratasi    **P** : intervensi dihentikan

4) **Defisit nutrisi** berhubungan dengan faktor psikologi ( keengganan untuk makan) . jam 08.00 **Data subyektif** : keluarga pasien mengatakan makan 1 porsi tidak dihabiskan dan hanya menyisakan makan 1/6 porsi **Data obyektif** : Kubaik kesadaran composmentis, TD :120 /80 mmHg, N : 94 x/m, suhu : 36,0°C, RR : 20 x/m, SpO2 : 95%, pasien tampak kurus, nafsu makan pasien sedikit meningkat. **A**: masalah keperawatan sebagian teratasi    **P**: intervensi dilanjutkan 09.00 **I** : Mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien meningkat dengan 1 porsi dihabiskan, memonitor asupan makanan dengan hasil nafsu makan pasien mengikat makan 1 porsi dihabiskan 10.00 **E** : **S** : keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien meningkat dan makan 1 porsi dihabiskan    **O** :    : Ku: baik kesadaran composmentis, TD :120 /80 mmHg, N : 95 x/m, suhu : 36,0°C, RR : 20 x/m, SpO2 : 95%, pasien tampak kurus, nafsu makan pasien meningkat    **A**: masalah keperawatan sebagian teratasi    **P**: intervensi dihentikan.

5) **Gangguan pola tidur** berhubungan dengan sesak napas dan batuk . Jam 08.00 wita **Data Subyektif** : keluarga klien mengatakan pasien sudah bisa bisa tidur berlahan lahan **Data Obyektif** : masih ada kantong mata , kesadaran composmentis, TD :120 /80 mmHg,

N : 94 x/m, suhu : 36,0°C, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%, . **A** : masalah keperawatan belum teratasi . **P** : Intervensi dilanjutkan  
09.00 **I** : - mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa tidur pada siang hari dan malam hari pasien tidur malam jam 22.00 bangun jam 06.00 pagi, Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Batuk dan sesak napas sudah berkurang pasien sudah bisa tidur **09.00 E : S** : keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa tidur **O** : : Keadaan umum pasien baik , kesadaran composmentis, TD :120 /80 mmHg, N : 94 x/m, suhu : 36,0°C, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%, tidak adanya kantong mata **A** : masalah keperawatan sebagian teratasi **P**: intervensi dihentikan.

- 6) **Intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen . Jam 08.00 wita **Data Subjektif** : keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa duduk di sisi tempat tidur tetapi pasien masih mengalami sesak napas **Data Objektif** : pasien tampak lemah , kesadaran composmentis, TD :120 /80 mmHg, N : 94 x/m, suhu : 36,0°C, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%, . pasien tampak lelah, lemah, **A** : masalah keperawatan belum teratasi . **P** : Intervensi dilanjutkan 09.00 **I** : mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa beraktivitas seperti biasanya dan pasien tidak lagi mengalami

sesak napas saat beraktivitas Memonitor lokasi dan ketidknyamanan selama melakukan aktivitas dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien tidak lagi mengalami sesak napas saat beraktivitas Menganjurkan banyak mengkonsumsi nutrisi 09.00 **E** : **S** : keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa beraktivitas seperti biasanya dan pasien tidak lagi mengalami sesak napas saat beraktivitas **O** : Keadaan umum pasien baik , kesadaran composmentis, TD :120 /80 mmHg, N : 94 x/m, suhu : 36,0°C, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%, pasien nampak baik **A** : masalah keperawatan sebagian teratasi **P** : intervensi dihentikan

## **B. Pembahasan**

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pasien Tn. P.P di RPK RSUD Ende.

### **1. Pengkajian**

Hasil pengkajian pada studi kasus Tn P.P ditemukan keluarga pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas, batuk berdahak kurang lebih 1 bulan hingga sekarang, dahaknya berwarna putih kental, kadang kuning, nyeri dada saat batuk, tidak bisa tidur karena batuk, kongjungtiva anemis, bunyi napas ronchi, badan lemah, kelelahan, nafsu makan menurun, aktivitas dibantu keluarga, Hb 10,2, CRT < 3 detik.

Menurut Tommi P, (2023) mengatakan bahwa orang dengan pneumonia umumnya merasa sesak napas, batuk, demam, nyeri dada,

produksi dahak meningkat, kelelahan, kelemahan, nyeri otot, kehilangan nafsu makan, menggigil.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan teori dan kasus nyata. Dimana pada pasien tidak ditemukan tanda dan gejala demam dan menggigil sedangkan pada teori ditemukan tanda dan gejala tersebut.

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. Sedangkan pada pasien Tn P.P tidak ditemukan demam dan menggigil dikarenakan sistem imun yang lemah sehingga pasien pneumonia tidak dapat merespon infeksi dengan demam, usia lanjut juga berpengaruh terhadap pasien pneumonia untuk tidak mengalami demam meskipun memiliki infeksi parah. 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.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Menurut **Tommi P. (2023)** diagnosa keperawatan pada pasien dengan pneumonia terdapat 6 diagnosa keperawatan yaitu : Bersihan jalan napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, gangguan pertukaran gas, hipertermia, mual, dan intoleransi aktivitas sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada Tn P.P terdapat enam diagnosa keperawatan diantaranya tiga diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori dan dua diagnosa keperawatan yang tidak ada diteori tetapi ditemukan pada kasus nyata, hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada diagnosa keperawatan.

Pada teori terdapat masalah gangguan pertukaran gas tetapi pada kasus Tn. P.P tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena tidak ditemukan adanya sianosis. 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 terdapat masalah hipertermia tetapi pada kasus Tn. P.P tidak ditemukan masalah tersebut karena suhu tubuh diatas nilai normal. 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 Kumar, V., & Clark, M. (2017).

Pada teori terdapat masalah nausea tetapi pada kasus Tn. P.P tidak ditemukan adanya mual muntah sehingga tidak menimbulkan masalah nausea. Mual dan muntah 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 Berne, R. M., & Levy, M. N. (2018).

Pada kasus nyata ditemukan masalah pola napas tidak efektif dikarenakan pasien tampak mengalami sesak napas, adanya bantuan

otot pernapasan, tampak terpasang oksigen nasal kanul 5 lpm. Proses peradangan pada pneumonia dapat mempengaruhi fungsi paru-paru. Sehingga terjadi inflamasi pada jaringan paru-paru yang mempengaruhi fungsi respirasi pada pasien.

Pada kasus nyata masalah gangguan pola tidur dikarenakan adanya kantong mata, batuk yang mengganggu tidur, dan sesak napas. Sedangkan pada teori tidak ditemukan masalah tersebut karena pada teori berfokus pada masalah sistem pernapasan sedangkan pada kasus nyata masalah pola tidur masalah batuk yang dialami pasien. Pneumonia dapat memicu gejala seperti nyeri dada, batuk, dan dispnea, yang berpotensi mengganggu kualitas tidur pasien. Selain itu, kesulitan bernapas yang dialami pasien pneumonia dapat menyebabkan terbangun secara berkala untuk mengambil napas dalam-dalam. Penggunaan obat-obatan tertentu dalam pengobatan pneumonia juga dapat berkontribusi pada insomnia atau gangguan tidur lainnya, (American Lung Association, 2020).

Pada kasus nyata masalah defisit nutrisi, dikarenakan adanya tanda dan gejala yang muncul nafsu makan pasien menurun, makan ½ porsi, pasien tampak kurus. Masalah ini tidak ditemukan pada teori dikarenakan infeksi bakteri *Streptococcus pneumoniae* tidak mempengaruhi fungsi lambung dan usus sehingga mempengaruhi hipotalamus sebagai pusat pengaturan sistem pencernaan.

### **3. Intervensi keperawatan**

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Tn P.P Disusun berdasarkan menurut standar intervensi keperawatan Indonesia tahun 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus ada yang sama ada yang muncul baru karena diagnosa yang muncul pada Tn. P.P tidak semuanya sesuai dalam teori dan telah dilaksanakan berkat kerjasama keluarga dan pasien. Untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif sebanyak 9 intervensi, untuk diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif sebanyak 3 intervensi, perfusi perifer tidak efektif sebanyak 3 intervensi untuk diagnosa defisit nutrisi sebanyak 6 intervensi untuk diagnosa gangguan pola tidur sebanyak 7 intervensi, untuk diagnosa intoleransi aktivitas sebanyak 10 intervensi.

Terdapat beberapa intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien pneumonia seperti :

Masalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas sesuai tujuan dan kriteria hasil yang telah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada Tn. P.P diharapkan masalah bersihan jalan napas teratasi dengan kriteria hasil : batuk efektif meningkat, sputum menurun, dispnea membaik, dan frekuensi napas membaik.

Masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, sesuai tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan perawatan 3x24 jam pada Tn P.P diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil pola napas membaik, penggunaan otot bantu pernapasan menurun, pernapasan cupang hidung menurun, frekuensi napas membaik. Karena Tn P.P tidak mengalami pernapasan cuping hidung sehingga kriteria hasil tidak tercapai.

Masalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, sesuai tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan perawatan 3x24 jam pada Tn P.P diharapkan perfusi perifer tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik.

Masalah defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ( keengganan untuk makan ), sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik. Untuk kriteria hasil berat badan membaik tidak dapat tercapai dikarenakan nafsu makan pasien belum sepenuhnya membaik.

Masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak dan batuk sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan

tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun.

Masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan pada perawat untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan.

Implementasi pada Tn P.P dilaksanakan selama 3 hari sejak tanggal 22-24 Mei 2025. Beberapa implementasi dilakukan sesuai perencanaan, namun ada beberapa tindakan yang tidak dapat dilakukan sesuai perencanaan. Tindakan mengukur berat badan.

#### **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn. P.P Dengan diagnosa medis Pneumonia dilakukan berdasarkan tujuan yang

ditetapkan. Pada Tn. P.P Dievaluasi bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi dengan hasil : keluarga pasien mengatakan sesak napas sedikit berkurang batuk sudah berkurang, batuk berdahak, dahaknya sudah bisa dikeluarkan , sputum yang dikeluarkan banyak, putih kental, suara napas ronki berkurang. Pola napas tidak efektif sebagian teratasi dengan hasil : keluarga pasien mengatakan sesak napas pasien sudah berkurang. Perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi dengan hasil : kulit pucat menurun

Defisit nutrisi sebagian teratasi dengan hasil : keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien meningkat dan makan satu porsi

dihabiskan Masalah gangguan pola tidursebagian teratasi dengan hasil : keluarga klien mengatakan klien sudah bisa tidur pada siang hari dan malam hari dan tidak lagi mengalami sesak napas dan batuk saat tidur.

Masalah intoleransi aktifitas teratasi dengan hasil : keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa beraktivitas seperti biasanya, pasien sudah mampu berpindah sendiri, toilet keadaan umum baik, pasien mampu berpindah dan gejala walaupun masih di pegang oleh keluarga.