

BAB IV

HASIL STUDI KASUS

A. Laporan Pelaksanaan Studi Kasus

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis pada tanggal 18 Juni 2024, didapatkan hasil, pasien berinisial Ny. N dengan umur 59 tahun berjenis kelamin perempuan, agama islam, dan sudah menikah, suku jawa warga negara indonesia, bertempat tinggal di kesugihan cilacap. Ny. N dirawat pada tanggal 18 Juni 2024 datang pukul 04.00 WIB dengan nomor catatan medis 003089xx pasien didampingi oleh anak pertamanya sebagai penanggung jawab berinisial Ny. L, kemudian penulis mengkaji pasien pada tanggal 18 Juni 2023 pukul 11.00 WIB dengan diagnosa medis *Pnemonia*.

Pada saat pengkajian tanggal 18 Juni 2024 pada pukul 11.00 WIB, didapatkan data pasien, riwayat kesehatan pasien keluhan utama yang dirasakan pasien yaitu sesak napas sejak semalam. Riwayat penyakit sekarang yaitu pasien dibawa ke IGD (instalasi gawat darurat) RSI Fatimah Cilacap, kemudian dipindahkan ke ruang Al-Kaustsar. Pada saat pengkajian tanggal 18 juni 2024 pasien mengatakan masih merasakan sesak napas, batuk, lemes, pusing, panas dingin. Pada Riwayat penyakit dahulu pasien mengatakan memiliki riwayat DM (*Diabetes melitus*), serta riwayat penyakit keluarga yaitu pasien

mengatakan ibunya juga memiliki riwayat penyakit DM (*Diabetes melitus*).

Pada pemeriksaan fisik tanggal 18 uni 2024 pada pukul 11:00 WIB. kesadaran umum klien baik, compos mentis dengan glasglow coma scale 15. Eye (E) 4, Motorik (M) 6, Verbal (V) 5 Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu Tekanan Darah 125/63 mmHg, nadi: 100x/menit, respirasi 24x/menit, suhu : 36,1C. Pada pemeriksaan kepala tidak terdapat benjolan, bentuk wajah oval, rambut gelombang, berwarna hitam sedikit bercampur putih, rambut tampak berminyak. Pada pemeriksaan mata konjungtiva tidak anemis, tidak terdapat secret, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Pemeriksaan telinga simetris fungsi pendengaran baik, tidak nampak serumen, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran, Pada pemeriksaan mulut tidak ada kelainan, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan leher tidak ada pembesaran tiroid.

Pada pemeriksaan jantung pasien didapatkan hasil bentuk dada normal, tidak ada luka dan *ictus condis* tidak terlihat, palpasi terasa denyut nadi pada iktus cordis di ICS 4 midclavikula sinistra, Perkusi pekak redup dibagian atas jantung. Auskultasi bunyi lupdup-lupdup di S1 dan S2. Pemeriksaan paru di dapatkan hasil inspeksi tarikan dada dextra, bentuk dada *barrel cest*. Palpasi terdapat taktil *fremitus*, *vocal fremitus* meningkat dan pengembangan dada sinistra, menggunakan otot bantu nafas. Perkusi bunyi paru sonor di dextra dan redup di bawah

sinistra. Auskultasi terdapat bunyi tambahan ronchi di dextra dan sinistra. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil inspeksi bentuk dada datar dan tidak ada luka. Auskultasi terdengar bising usus 12 x/menit. Palpasi tidak ada nyeri tekan. Perkusi terdengar suara timpani di seluruh *region abdomen*.

Pada ekstremitas atas punggung tangan *dextra* terpasang infus rl 20 tpm dan pada ekstremitas atas dan bawah *dextra* tidak ada kesemutan, tidak ada edema, tidak ada baal, tidak ada nyeri. Pada ekstremitas atas dan bawah *sinistra* ada kesemutan, tidak ada edema, ada baal dan tidak ada nyeri *System integument*, pada pasien dengan warna kulit sawo matang, turgor baik. Mukosa bibir kering, *capitall refill* baik 3 detik sehingga di dapatkan hasil tidak ada kelainan Penampilan fisik pasien lemah, lesu, tidak rapih untuk Hasil IMT (indeks massa tubuh) pasien dengan kategori normal 21,33, dengan tinggi badan 150 cm dan berat badan 48 kg.

Pola aktivitas dan latihan pasien pada status higienis pasien tidak melakukan melakukan mandi, menggosok gigi memotong kuku dan keramas, kemudian *bathing* di bantu, *dressing* dibantu, *toileting* dibantu. *transferring* dibantu, *continance* dibantu, feeding dibantu Status mobilisasi pasien yaitu duduk dibantu, berdiri dibantu, jalan dibantu.

Pola tidur sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan tidur biasanya jam 22.00-05.00 WIB, tidur siang 1-2 jam, namun selama

dirawat di rumah sakit pasien tidur hanya 4-5 jam, pada siang hari hanya tidur 30 menit dan sering terbangun, karena merasa tidak nyaman dengan keadaan yang sekarang, Pola perseptual pasien mengatakan tidak ada halusinasi. Pola persepsi diri, citra tubuh pasien mengatakan bersyukur dengan kondisi yang sekarang, Identitas diri pasien pasien mengatakan seorang istri dari 2 orang anak perempuan, peran diri pasien mengatakan ibu rumah tangga dan menjadi istri dan memiliki 2 orang anak, Ideal diri pasien mengatakan ingin cepat sembuh, sehat dan pulang dari rumah sakit, harga diri pasien mengatakan percaya diri. Pola seksualitas pasien mengatakan sudah memiliki 2 anak dan pasien sudah *monopouse*.

Pada pemeriksaan laboratorium pada tanggal 18 juni 2024, pasien mendapat keterangan hasil laboratorium yang ke 1 dengan hasil sebagai berikut : Hemoglobin 11.0 g/dl dengan nilai normal 12-16 g/dl, leukosit 14.740 10^3 u/l dengan nilai normal 4.000-10.000 10^3 u/l, Hematokrit 34.8 % dengan nilai normal 36-48%, Trombosit 49.500 1^3 u/l dengan nilai normal 150.000-450.000 1^3 u/l, Eritrosit 3.85 10^6 u/l dengan nilai normal 4.00-5.00 10^6 u/l, *Neutrofil* 85.8% dengan nilai normal 50-70% ,Gula darah sewaktu 228 mg/dl, *ureum* 37.8 mg/dl dengan nilai normal 12-45 mg/dl, keratin 1.47 mg/dl dengn nilai normal 0.5-0.9 mg/dl. Pada tanggal 18 juni 2024 Hasil foto ronsen dengan kesan terdapat pembesaran *vertikel sinistra* (CRT 0.53, Normal kurang dari 0,5) dan Bronkopneumonia Dulex dibuktikan dengan bendungan paru-

Pasien mendapatkan terapi medis pada tanggal 18 juni 2024 yaitu infus rl 20 tpm, injeksi ranitidine 50 ml 1x1 ampul, injeksi Furosemid 50 ml 1x1 ampul, oral candersatan 1x8 mg, dan pemberian NRM 11 lpm. Diit pasien RG (rendah garam), jenis makanan lunak bubur atau nasi tim.

2. Analisa Data

Pada tanggal 18 juni 2024 pada pukul 11.00 WIB didapatkan pasien mengatakan sesak napas yang sudah dirasakan sejak semalam. Pasien tampak terlihat kesulitan bernapas, ada retraksi dinding dada, penggunaan otot bantu pernapasan, kedalaman napas dangkal dan cepat, pasien tampak terpasang NRM 11 lpm, frekuensi napas 24x/menit.

3. Penegakan diagnosis

Berdasarkan analisa data yang di peroleh maka penulis menentukan diagnosis keperawatan yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

4. Rencana Keperawatan

Perencanaan yang penulis lakukan bertujuan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif. SLKI (Standar luaran keperawatan indonesia) pola napas, setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil, Dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuesnsi napas membaik, kedalaman napas cepat dan dangkal membaik. SIKI (Standar intervensi keperawatan indonesia) manajemen jalan napas,

observasi : monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor bunyi napas tambahan (mengi, gurgling, wheezing, ronchi kering). Terapeutik : posisikan posisi semi fowler, berikan minuman hangat, berikan oksigen jika perlu. Edukasi : Ajarkan batuk efektif. Kalaborasi : kalaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran jika perlu.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi hari pertama dilakukan pada Selasa tanggal 18 Juni 2024, pukul 11.00 WIB yaitu melakukan pemeriksaan fisik tanda-tanda vital dengan respon subjektif pasien bersedia dilakukan pemeriksaan Tanda-tanda vital, objektif tekanan darah 125/63 mmHg, nadi 100x/menit, respirasi 24x/menit, suhu 36,1C, saturasi oksigen 94%. Pada pukul 11.15 memonitor frekuensi, irama, kedalaman napas, dan upaya napas, dengan respon pasien mengatakan sesak napas, objektif pasien tampak sulit bernapas, terdapat otot bantu napas, Respirasi 24x/menit, saturasi oksigen 94%. Pada jam 11.30 mengajarkan dan memposisikan posisi *semi fowler* data subjektifnya pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi setengah duduk, data objektif pasien tampak kooperatif dan lebih lega. 15.30 Memberikan injeksi ranitidin dan furosemid 1 ampul, subjektif pasien bersedia untuk diberikan obat injeksi, objektif pasien tampak kooperatif.

Implementasi hari kedua dilakukan pada Rabu tanggal 19 Juni 2024, pukul 15.30 WIB yaitu melakukan pemeriksaan fisik tanda-tanda

vital dengan respon subjektif pasien bersedia dilakukan pemeriksaan Tanda-tanda vital, data objektif tekanan darah 113/64 mmHg, nadi 93x/menit, respirasi 23x/menit, suhu 36,5C, saturasi oksigen 97%. Pada pukul 16.30 memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm dengan respon subjektif pasien mengatakan tampak lebih nyaman, data objektif pasien tampak lebih nyaman. Pada pukul 16.35 memposisikan pasien posisi *semi fowler* respon subjektif pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi setengah duduk, data objektif pasien tampak lebih nyaman dan pasien kooperatif. Pada puku 16.45 melakukan pemeriksaan fisik paru dengan respon subjektif pasien bersedia dilakukan pemeriksaan fisik paru, data objektif pasien tampak kooperatif. Pada pukul 17.00 mengajarkan teknik relaksasi napas dalam respon subjektif pasien mengatakan bersedia diajarkan teknik relaksasi napas dalam, data objektif pasien tampak kooperatif mau mempraktekan apa yang saya ajarkan.

Implementasi hari ketiga dilakukan pada kamis tanggal 20 Juni 2024, pukul 09.00 WIB yaitu melakukan pemeriksaan fisik tanda-tanda vital dengan respon subjektif pasien bersedia dilakukan pemeriksaan Tanda-tanda vital, data objektifnya tekanan darah 119/68 mmHg, nadi 93x/menit, Resprasi 20x/menit, suhu 36,3C, Saturasi oksigen 98%. Pada pukul 09.15 mengajarkan pada pasien dan keluarga pasien untuk melakukan posisi *semi fowler* sendiri jika pasien tiba-tiba sesak napas, respon subjektif pasien dan keluarga mengatakan memahami apa yang

diajarkan, data objektifnya pasien tampak kooperatif dalam menirukan yang saya ajarkan. Pukul 09.25 memberikan injeksi furosemid/ lasix 1 ampul 50 ml, respon subjektif pasien mengatakan bersedia untuk diberikan injeksi obat, data objektifnya pasien tampak kooperatif. Pukul 09.30 mengajarkan relaksasi napas dalam respon subjektif pasien mengatakan bersedia diajarkan teknik relaksasi napas dalam, data objektifnya pasien tampak kooperatif mau mempraktekan apa yang saya ajarkan.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada Selasa tanggal 18 Juni 2024 dilakukan pada pukul 11.30, subjektif : pasien mengatakan sesak napas, objektif : pasien tampak menggunakan otot bantu napas, pasien tampak memakai NRM 11 lpm, pasien tampak kesulitan bernapas, tekanan darah 15/63 mmHg, nadi 100x/menit, respirasi 24x/menit, suhu 36,1C, saturasi oksigen 94 %. *Assesment* : masalah keperawatan pola napas tidak efektif belum teratasi. Dispnea sedang (3), penggunaan otot bantu napas sedang (3), frekuensi napas sedang (3), kedalaman napas sedang (3). *Planing* : Lanjutkan intervensi.

Evaluasi pada Rabu tanggal 19 Juni 2024 dilakukan pada pukul 17.00, yaitu subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak terlalu sesak napas seperti kemarin, objektif : Pasien tampak menggunakan nasal kanul 3 lpm. *Assesment* : masalah keperawatan pola napas tidak efektif teratasi sebagian. Dispnea cukup menurun (4), penggunaan otot bantu

napas cukup menurun (4), frekuensi napas cukup menurun (4), kedalaman napas cepat dan dangkal cukup menurun (4). *Planing* : Lanjutkan intervensi.

Evaluasi pada Kamis tanggal 20 Juni 2024 dilakukan pada pukul 10.00, yaitu subjektif : pasien mengatakan sudah tidak terlalu sesak napas seperti kemarin, data objektif : pasien tampak sudah tidak sesak napas, tidak terdapat otot bantu napas, pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 1 lpm, frekuensi napas 20x/menit, sudah tidak ada kedalaman napas cepat dan dangkal. *Assesment* : masalah keperawatan pola napas tidak efektif teratasi sebagian, Dispnea cukup menurun (4), penggunaan otot bantu napas cukup menurun (4), frekuensi napas cukup menurun (4), kedalaman napas cepat dan dangkal membaik (5). *Planing* : Lanjutkan intervensi.

B. Pembahasan

Dalam bab ini penulis membahas, kasus pneumonia pada masalah keperawatan pola napas tidak efektif dengan implementasi penerapan posisi semi fowler. Pada pasien kelolaan selama 3 hari tanggal 18-20 Juni 2024 di ruang al-kautsar RSI Fatimah Cilacap. Studi kasus dilakukan melalui proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari, dengan melakukan implementasi penerapan posisi semi fowler. Dari hasil selama 3 hari dilakukan asuhan keperawatan didapatkan hasil pola napas menjadi lebih efektif pasien sudah tidak sesak napas, tidak

ada penggunaan otot bantu napas, frekuensi napas 20x/menit, tidak ada kedalaman napas cepat dan dangkal, dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, frekuensi napas menjadi 20x/menit, tidak ada otot bantu napas, tidak ada kedalaman napas cepat dan dangkal dan pasien tampak menggunakan oksigen nasal kanul 1 lpm.

Menurut penelitian (Syahrinisya et al., 2024), posisi semi fowler adalah dengan derajat kemiringan 30-45 derajat, dengan menerapkan gaya gravitasi agar terjadinya pengembangan paru, kemudian untuk meminimalisir tekanan dari perut pada diafragma. Tujuan dan manfaat dari tindakan semi fowler yaitu agar kadar O₂ menjadi baik dan mengoptimalkan ekspansi paru dan juga membuat tubuh lebih nyaman. Posisi ini mengurangi kerusakan alveoli akibat menimbun cairan. Hal ini di pengaruhi oleh gravitasi sehingga O₂ menjadi optimal, sesak napas berkurang dan kondisi pasien membaik. Mengatur pasien dalam posisi tidur semi fowler akan membantu menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru-paru maksimal serta mengatasi kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan membran alveolus. Dengan posisi semi fowler, sesak nafas berkurang dan sekaligus akan meningkatkan tidur pasien (Abdjul & Herlina, 2020).

C. Keterbatasan Studi Kasus

Penulis tidak menemukan hambatan yang menjadi keterbatasan dalam menyusun studi kasus ini, karena dalam pelaksanaan penelitian ini pasien sangat kooperatif serta keluarga pasien juga memberikan dukungan

dalam melakukan secara penuh dalam proses keperawatan. Bahkan keluarga juga memberikan dukungan kepada saya dalam melakukan asuhan keperawatan.