**BAB III**

**GAMBARAN KASUS**

1. **PENGKAJIAN**

Pengumpulan data dilakukan dengan mengunakan teknik wawancara, Observasi dan pemeriksaan fisik pada tanggal 08 Juli 2024 jam 08.00WIB dengan hasil sebagai berikut: Identitas Pasien/Keluarga: Pasien yang dirawat berinisial Ny.M Umur 58 tahun, jenis kelamin Perempuan, Suku Dayak, Agama Islam, Pekerjaan Swasta, Pendidikan SD, Alamat Desa Tumbang Lahung, Kec Permata Intan, status perkawinan Menikah (Janda). No MR: 0965xx, penanggung jawab BPJS. Keluhan utama: Saat pengkajian pasien mengeluh batuk berdahak, sesak napas dan demam. Riwayat penyakit sekarang: Pasien mengeluh demam dan sesak napas 3 hari sebelum masuk RS setelah pulang dari ibadah Haji, pasien sempat dirawat dipuskesmas selama 2hari, tetapi sesak yang dirasakan pasien tidak berkurang, dokter puskesmas merujuk ke RS untuk mendapatkan penanganan lanjut. Riwayat penyakit dahulu: Pasien tidak memiliki riwayat penyakit dahulu. Genogram 3 generasi: Ny.M adalah anak kedua dari 4 bersaudara. Suami pasien meninggal 5tahun yanglalu karena penyakit gagal ginjal. Ny.M memiliki 3 orang anak dan saat initinggal bersama kedua anaknya karena anak pertama telah menikah dan memiliki keluarga sendiri.

Keadaan umum pasien saat pengkajian Compos Mentis, TTV: TD:140/80 mmHg, S: 37,40C, RR : 28x/menit , N: 112x/menit, CRT: < 3detik, SPO2: 95%. Pasien tampak lemah dan terpasang IVFD NS+aminofilin 12 tpm pada tangan kiri. Pemeriksaan fungsi pernapasan Inspeksi : bentuk dada simetris, pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan, Auskultasi : bunyi napas ronkhi +/+, whezing +/+, Perkusi : suara paru redup, Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Pengkajian pola Gordon pada Pola aktivitas dan latihan Saat pengkajian pasien mengatakan kesulitan dan sesak napas bila harus ke toilet, pasien dibantu oleh anaknya untuk berjalan. Untuk aktivitas makan minum pasien bisa melakukannya sendiri. Pada pola nutrisi pasien mengeluh mengalami penurunan nafsu makan. Pasien hanya mampu menghabiskan 3/4 porsi makanan yang diberikan Rumah Sakit dengan Menu nasi, sayuran, lauk dan buah. BB: 45Kg, TB: 153, IMT: 19,2 (Normal).

Pada prosedur diagnostik dilakukan pemeriksaan laboratorium pemeriksaan darah lengkap dan didapatkan hasil peningkatan Leukosit 14.200/cmm (nilai normal 4.000 – 10.000), BTA TCM dengan hasil MTB not detected, untuk pemeriksaan EKG normal,sedangkan pemeriksaan rontgen didapatkan kesimpulan Peumonia .Therapi obat yang diberikan IVFD NS 18 tpm, Oksigen nasal canul 3 lpm, Inj Levofloxacine 1x750mg/iv, Inj Omeprazole 1x40mg/iv, inj metilprednisolon 1 x 30mg/iv, Bisolvon 1x1amp/iv, Paracetamol 3x500mg/po, nebulizer combivent 1 amp/4jam. nebulizer pulmicort 1 amp/6jam.

1. **ANALISA DATA**

Untuk menentuka diagnosa keperawatan mengacu pada data subyektif dan data obyektif. Adapun data subjektif (DS) meliputi: Pasien mengatakan sesak napas, Pasien mengatakan batuk berdahak, Sementara data obyektif (DO) meliputi: Pasien tampak sesak, Bunyi napas whezing, Penggunaan otot bantu pernapasan, TTV: N: 112x/menit, R; 28x/menit, Spo2: 95% dengan etiologi Hambatan upaya Napas. Untuk etiologi yang kedua yaitu proses penyakit data pendukung yang muncul adalah data subjektif (DS) meliputi: Pasien mengatakan badan terasa panas, Sementara data obyektif (DO) meliputi: Pasien tampak menggigil, Badan pasien terasa hangat, S: 37,9ºC, Lekosit: 14.200/cmm.

1. **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Dari data yang ditemukan berdasarkan pada pengkajian dan analisa data, maka penulis menemukan diagnosa keperawatan yang muncul ada 2 yaitu berkaitan dengan Pola Napas tidak Efektif (D.0005) berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas yang didasarkan pada Data Subjektif: Pasien mengatakan sesak napas, Pasien mengatakan batuk berdahak, Sementara data obyektif (DO) meliputi: Pasien tampak sesak, Bunyi napas whezing, Penggunaan otot bantu pernapasan, TTV: N: 112x/menit, R; 28x/menit, Spo2: 95%. Diagnosa yang kedua yaitu Hipertermi (D.0130) berhubungan dengan proses penyakit didasarkan pada data subjektif (DS) meliputi: Pasien mengatakan badan terasa panas, Sementara data obyektif (DO) meliputi: Pasien tampak menggigil, Badan pasien terasa hangat, S: 37,9ºC, Lekosit: 14.200/cmm.

1. **RENCANA KEPERAWATAN**

Pada bagian ini dideskripsikan tentang perencanaan keperawatan pada pasien pneumonia berdasarkan diagnosa keperawatan. Perencanaan pada diagnosa keperawatan Pola Napas tidak Efektif b.d hambatan upaya napas bertujuan Setelah diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: Dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas membaik. Selanjutnya interverensi (SIKI) mengacu pada Manajemen Jalan Napas dengan indicator yang meliputu: monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, posisikan semi fowler atau fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen, berikan fisioterapi dada bila perlu, anurkan terapi cairan, ajarkan tehnik batuk efektif dan kolaborasi pemberian broncodilator jika perlu.

Perencanaan pada diagnosa keperawatan Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit bertujuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil: Suhu tubuh membaik. Selanjutnya interverensi (SIKI) mengacu pada Manajemen Hipertermiadengan indicator yang meliputi: Identifikasi penyebab hipertermia, Monitor suhu tubuh, longgarkan atau lepaskan pakaian, Berikan cairan oral, Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih), Lakukan pendinginan eksternal (kompres ), Anjurkan tirah baring, Kolaborasi pemberian antipiretik dan antibiotic.

1. **TINDAKAN KEPERAWATAN**

Implemetasi yang akan penulis bahas dalam gambaran kasus di bab ini yaitu pada masalah keperawatan dengan pola nafas tidak efektif. Implementasi mulai dilakukan pada hari selasa, 09 juli 2024 Pukul 08.30 WIB. Berdasarkan rencana yang telah disusun tindakan diberikan berdasarkan kebutuhan dan keadaan pasien. Diagnosa keperawatan yang utama pola nafas tidak efektif. Tindakan yang dilakukan Mengukur vital signs pasien hasilnya : TD :130/68 mmhg, N :93 x/menit, T :37,7ºC, R :24 x/menit, SPO2 96%, terpasang oksigen 3lpm NK. Memonitor pola napas hasilnya: pasien menggunakan otot bantu pernapasan, Bunyi napas ronchi/whizing +/+, Mengatur posisi semi fowler hasilnya: Tampak pasien dalam posisi semi fowler 30º, Mengajarkan latihan pernapasan *Breathing Excersice* hasilnya: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan mempraktekkan latihan pernapasan *Breathing Excersice,* Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang setelah melakukan latihan pernapasan. Menganjurkan pasien untuk sering minum air hangat Hasil : Tampak pasien minum air hangat ± 150 cc, Melakukan pemberian obat Hasil: pasien mendapatkan terapi Bisolvon 1amp/iv, nebulizer combivent 1Rsp/inhalasi, Pulmicort 1rsp/inhalasi.

Diagnosa keperawatan kedua Hipertermia tindakan keperawatan yang dilakukan pukul 12.00 yaitu mengobservasi suhu pasien hasilnya: T: 37,7ºC, Menganjurkan keluarga untuk memberikan kompres hangat Hasil: Pasien tampak terpasang kompres, Menganjurkan pasien untuk sering minum hasil: Tampak pasien sering minum, Melakukan pemberian obat Hasil: pasien mendapatkan terapi Levofloxacin 1x750mg/iv, OMZ 1x40 mg iv, Paracetamol 500mg/po.

Implementasi pada hari kedua hari rabu, 10 juli 2024 dimulai pukul 08.30 WIB. Diagnosa keperawatan yang utama pola nafas tidak efektif. Tindakan yang dilakukan Mengukur vital signs pasien hasilnya : TD :128/88 mmhg, N :99 x/menit, T :37,5ºC, R :24 x/menit, SPO2 99%, terpasang oksigen 3lpm NK. Memonitor pola napas hasilnya: pasien menggunakan otot bantu pernapasan, Bunyi napas ronchi/whizing +/+, Mengatur posisi semi fowler hasilnya: Tampak pasien dalam posisi semi fowler 30º, Menganjurkan melalukan latihan pernapasan *Breathing Excersice* hasilnya: pasien sudah bisa melakukan latihan beberapa kali sehari*,* Pasien mengatakan sesak sedikit berkurang dan merasa lebih nyaman setelah melakukan latihan pernapasan. Menganjurkan pasien untuk sering minum air hangat Hasil : Tampak pasien minum air hangat, Melakukan pemberian obat Hasil: pasien mendapatkan terapi Bisolvon 1amp/iv, nebulizer combivent 1Rsp/inhalasi, Pulmicort 1rsp/inhalasi. Diagnosa keperawatan kedua Hipertermia tindakan keperawatan yang dilakukan pukul 12.00 yaitu mengobservasi suhu pasien hasilnya: T: 37,0ºC, Menganjurkan pasien untuk sering minum hasil: Tampak pasien sering minum, Melakukan pemberian obat Hasil: pasien mendapatkan terapi Levofloxacin 1x750mg/iv, OMZ 1x40 mg iv, Paracetamol 500mg/po.

1. **EVALUASI DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

Selama dilakukan tindakan keperawatan keadaan umum pasien membaik dan ada perubahan. Evaluasi pada tanggal 09 juli 2024 dengan diagnosa keperawatan utama pola napas tidak efektif: **S**: Pasien mengatakan sesak berkurang, pasien mengatakan masih batuk berdahak. **O:** Pasien tampak sesak berkurang, Pasien menggunakan otot bantu pernapasan, Pasien terpasang oksigen 2lpm, vital sign N : 88 x/menit, P : 22 x/menit, SPO2 : 99%. **A** : Pola napas tidak efektif teratasi sebagian. **P**: Planning intervensi dilanjutkan. Pada hari rabu tanggal 10 Juli 2024 evaluasi yang didapatkan yaitu **S:** Pasien mengatakan sesak mulai berkurang, **O:** Pasien tampak sesak berkurang, Pasien menggunakan otot bantu pernapasan berkurang, vital sign N : 88 x/menit, P : 22 x/menit, SPO2 : 99%, tidak terpasang oksigen. **A** : Pola napas tidak efektif teratasi sebagian. **P**: Planning intervensi dilanjutkan.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan kedua Hipertermia pada hari selasa 09 juli 2024 : **S:** Pasien mengatakan tidak demam lagi, **O:** Tubuh Pasien teraba normal, S: 36,8ºC.  **A** : Hipertermi teratasi **P**: pertahankan intervensi.