**BAB IV**

**HASIL PEMBAHASAN**

**4.1 Hasil studi kasus**

**4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data**

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Provinsi Banten yang terletak dijalan Syah Nawawi Al Bantani, Kelurahan Banjarsari, kecamatan Cipocok Jaya, kota serang, Banten yang terdiri sejak 4 oktober 2013. Fasilitas yang tersedia di RSUD Provinsi Banten antara lan pelayanan gawat darurat (IGD, rawat inap, rawat jalan, ICU, HCU, kamar bedah, dan kamar isolasi), pelayana penunjang medis (laboratorium, hemodialis, farmasi, radiologi, rontgen), pelayanan administrasi rekam medic dan lain-lain. Studi kasus ini dilakukan di ruang IGD dan kemudian pemberian terapi dilanjutkan keruang Garuda dimana pasien menjalani rawat inap setelah dari IGD.

**4.1.2 Pengkajian**

1. IDENTITAS KLIEN

***Table 4.1 identitas klien***

* Pasien 1

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Tn. B |
| Umur | 30 Tahun |
| Jenis kelamin | Laki-laki |
| Alamat | Kp. Salam tonggoh RT/RW 14/04 angsana mancak kel. Angsana kec. Mancak kabupaten serang |
| Status perkawinan | Menikah |
| Agama | Islam |
| Suku bangsa | Indonesia |
| Pendidikan | SD |
| Pekerjaan | Buruh |
| DX medis | ASITES, CHF |
| Tanggal MRS | 18 Maret 2022 |
| No RM | 114149 |
| Tangal pengkajian | 19 Maret 2022 |

* Penangung jawab

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Ny.M |
| Status keluarga | Istri |
| Pekerjaan | Ibu rumah tangga |
| Alamat | Kp. Salam tonggoh RT/RW 14/04 angsana mancak kel. Angsana kec. Mancak kabupaten serang |
| Pendidikan | SD |

* Pasien 2

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Ny.M |
| Umur | 57 tahun |
| Jenis kelamin | Perempuan |
| Alamat | Kp. Pematang pasar RT/RW 002/001 kec.kragilan kota serang |
| Status perkawinan | Menikah |
| Agama | Islam |
| Suku bangsa | Indonesia |
| Pendidikan | SD |
| Pekerjaan | Tidak bekerja |
| DX medis | CHF |
| Tanggal MRS | 25 maret 2022 |
| No RM | 114415 |
| Tangal pengkajian | 26 maret 2022 |

* Penangung jawab

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Ninis |
| Status keluarga | Anak kandung |
| Pekerjaan | Buruh pabrik |
| Alamat | Kp. Pematang pasar RT/RW 002/001 kec.kragilan kota serang |
| Pendidikan | SMA |

1. Riwayat penyakit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Riwayat penyakit | Pasien 1 | Pasien 2 |
| Keluhan utama | Pasien datang ke IGD dengan keluhan nyeri dibagian perut, perut dan kaki bengkak disertai sesak nafas  E:4 M:6 V:5 | Pasien datang ke IGD dengan keluhan demam dengan mual dan muntah 5x/sehari disertai sesak  E :4 M:6 V:5 |
| Riwayat penyakit sekarang | Pasien datang ke IGD dengan keluhan nyeri dibagian perut, perut dan kaki bengkak dan disertai sesak sebelum masuk kerumah sakit pasien mengeluh sesak sejak 1 minggu yang lalu | Pasien datang ke IGD dengan keluhan demam mual dan muntah disertai sesak |
| Riwayat penyakit dahulu | Pasien mengatakan belum pernah masuk rumah sakit, dan belum pernah periksa | Pasien mengatakan sudah pernah masuk rumah sakit dengan penyakit jantung |
| Riwayat penyakit keluarga | Pasien mengatakan keluarga dari Tn.B tidak ada riwayat penyakit jantung | Pasien mengatakan keluarga dari Ny.m tidak mempunyai riwaya penyakit jantung . |

1. Pengkajian primer

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PENGKAJIAN PRIMER** | **Pasien 1** | **Pasien 2** |
| AIRWAY | Klien tidak ada sumbatan jalan nafas, vesikuler, lidah tidak jatuh kebelakang | Klien tidak mengalami sumbatan jalan nafas |
| BREATHING | RR : 26x / menit  Spo2 : 97 %  Pasien mengatakan sesak serta terpasang o2 nasal kanul | Frekuensi nafas RR:28x/menit  SPO2 :96% serta terpasang o2 nasal kanul |
| CIRCULATION | Nadi : 98x / menit  TTD : 133/79 mmHg  CRT >2detik akral teraba hangat | TD : 120/81 mmHg  Nadi : 87x/menit  Suhu :35,9  Crt >2detik akral teraba dingin |
| DISABILITY | Kesadaran pasien composmentis dengan keadaan umum sedang  GCS : 15 (E: 4 V:6 M;5)  Pupil mata isokor | Kesadaran pasien composmentis dengan keadaan umum lemah  GCS : 15 (E: 4 V:6 M;5 )  Pupil mata isokor |
| EXPOSURE  Muka Belakang | Suhu : 36,1  Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut dan kaki | Suhu : 35,9  Pasien mengatakan lemas dan sesak |

1. Pengkajian sekunder

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pemeriksaan fisik | Pasien 1 | Pasien II |
| Kesadaran umum | Sedang  GCS : 15  E: 4 V:6 M: 5 | Lemah  GCS : 15  E: 4 V:6 M: 5 |
| Kepala & leher | Kepala bersih tidak ada jejas  Mata : konjungtiva tidak anemis, skelera tidak ikterik, tidak ada nyeri tekan  Hidung : simetris  Mulut :bersih tidak terdapat sekret dan jejas | Kepala bersih tidak ada jejas  Mata : konjungtiva tidak anemis, skelera tidak ikterik, tidak ada nyeri tekan  Hidung : simetris  Mulut :bersih tidak terdapat sekret dan jejas |
| Dada | Bentuk dan gerak simetris, bunyi jantung S2 ireguler, tidak terdapat galop dan murmur, suara nafas ireguler | Bentuk dan gerak simetris, bunyi jantung S2 ireguler, tidak terdapat galop dan murmur, suara nafas ireguler tidak terdapat ronchi |
| Abdomen | Cembung terdapat asites | Terdapat bising usus, terdapat nyeri tekan |
| Punggung | Normal tidak ada jejas dan edema bentuk simetris | Normal tidak ada jejas dan edema bentuk simetris |
| Pelvis & ektremitas | CRT >2 detik, tidak dapat pitting edema | CRT >2 detik, tidak dapat pitting edema |

PROGRAM TERAPI / OBAT-OBATAN

|  |  |
| --- | --- |
| Pasien I | Pasien II |
| 1. Ondansenton 4mg 2. Furosemide 2x2 3. Digoxin 1x1 tab 4. Omz 2x40g | 1. Ondansenton 4mg 2. Omeprazole 40mg 3. Molagit 1 tab 4. Paracetamol 1gr 5. Ranitidine 150mg 6. Oksigen nk 5lpm |

* Hasil pemeriksaan diagnostik ( Laboratorium )

**Pasien I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pemeriksaan | Hasil | Nilai nomal |
| Hemoglobin | 10.8 g/dl | 13.2 / 17.3 g/dl |
| Leukosit | 8,5 | 3.8 – 10.6 |
| Hematokrit | 39 | 40-52 |
| Trombosit | 308 | 150-440 |
| Eritrosit | 4.88 | 4.4-5.9 |
| Albumin | 3.2 | 3.5-5 |
| Kreatinin | 1.7 | 0.62-1.10 |
| Ureum | 109 | 15-40 |
| Natrium | 131 | 135-147 |
| Kalium | 4.8 | 3.5-5.0 |

**Pasien II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pemeriksaan | Hasil | Nilai normal |
| Hemoglobin | 10,2 g/dl | 11.7 -15.5 g/dl |
| Leukosit | 10.2 | 3.6 – 11.0 |
| Trombosit | 249 | 150 – 440 |
| Eritrosit | 4.3 | 38.8 – 5.2 juta/Ul |

* + 1. **Diagnosa keperawatan pada pasien CHF**

1. Analisa data

**Pasien I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Etiologi | Masalah keperawatan |
| DS :  Pasien mengatakan sesak, dan nyeri dibagian perut dan kaki bengkak  Do :  K/u sedang kesadaran compos mentis  TD :122/77 mmHg  N : 92x/menit  SPO2 : 98%  RR : 24  S : 36,9  Akral teraba hangat | Gagal jantung kiri  Kegagalan memompa darah ke sistemik    Pembengkakan diseluruh tubuh dan paru  Perpindahan cairan intrasel keintersititial  Kelebihan cairan | Hipervolemia |

1. Diagnosa keperawatan

|  |  |
| --- | --- |
| Pasien I | Diagnosa keperawatan |
| Tn.B | Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan |
| Ny.M | Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan |

* + 1. Perencanaan keperawatan chf

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intervensi | Kriteria hasil | Implementasi |
| Hipervolemia | Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka hipervolemia membaik dengan kriteria hasil :   * Asupan cairan meningkat * Haluaran urin meningkat * Kelembaban membran mukosa meningkat * Asupan makanan meningkat * Edema menurun * Asites menurun * Tekanan darah membaik * Denyut nadi radial membaik * Tekanan arteri membaik | Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/jam   Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik * Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik |

* + 1. implementasi keperawatan CHF

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien I | Hari ke 1  (21 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/jam   Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 155/90 mmHg  N : 85x/menit  RR : 27  S :35,9  SPO2 : 98% terpasang nasal kanul 5Lpm  Periksa suara nafas tambahan  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien I | Hari ke 2  (22 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/jam   Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 130/80 mmHg  N : 80x/menit  RR : 22  S :36  SPO2 : 98% terpasang nasal kanul 5Lpm  Sesak sudah sedikit berkurang  Periksa suara nafas tambahan  Tidak ada suara nafas tambahan  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam  Memposisikan tinggi bantal kepala pasien |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien I | Hari ke 3  (23 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/jam   Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 121/105 mmHg  N : 82x/menit  RR : 20  S :36,5  SPO2 : 98% terpasang nasal kanul 5Lpm  Sesak terasa mulai berkurang  Periksa suara nafas tambahan tidak ada suara nafas tambahan  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam  Memposisikan bantal pasien |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien II | Hari ke 1  (25 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/jam   Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 120/81 mmHg  N : 81x/menit  RR : 28  S :36,9  SPO2 : 96% terpasang o2 nasal kanul 10Lpm dan memposisikan semi fowler  Pasien tampak cemas  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien II | Hari ke 2  (27 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/jam   Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 128/78 mmHg  N : 95x/menit  RR : 24x/menit  S :37  SPO2 : 98% terpasang o2 nasal kanul 10Lpm dan memposisikan semi fowler  Sesak sudah mulai berkurang  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implementasi pada pasien II | Hari ke 3  (28 maret 2022) | Nama / paraf |
| Observasi   * Periksa tanda dan gejala hipervolemia mis : suara nafas tambahan * Identifikasi penyebab hipervolemia * Monitor status hemodinamik mis : frekuensi jantung, tekanan darah * Monitor intake dan output cairan * Memonitor tekanan infus   Terapeutik   * Timbang berat badan * Batasi asupan cairan * Tinggikan kepala tempat tidur   Edukasi   * Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/jam   Kaloborasi   * Kaloborasi pemberian diuretik   Kaloborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik | Monitor tanda-tanda vital :  TD : 120/81 mmHg  N : 81x/menit  RR : 20  S :36,9  SPO2 : 98% terpasang o2 nasal kanul 10Lpm dan memposisikan semi fowler  Memonitor cairan infus :  Nacl 0,9% 500ml/24 jam |  |

* + 1. Evaluasi pada pasien CHF
    2. Evaluasi pada pasien CHF

|  |
| --- |
| Pasien 1 |
| SLKI | Hari ke 1 | Hari ke 2 | Hari ke 3 |
| Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka hipervolemia membaik dengan kriteria hasil :   * Asupan cairan meningkat * Asupan makanan meningkat * Asites menurun * Tekanan darah membaik * Denyut nadi radial membaik * Tekanan arteri membaik | **S :** pasien mengatakan nyeri dibagian perut dan kaki bengkak serta terasa sesak  **O :**  -TD: 155/90 mmHg  -N: 85x/mnt  -S:35.9  -RR:27 x/mnt  -Spo2 : 98%  **A:** masalah nyeri dan sesak belum teratasi  **P :**Intervensi dilanjutkan   * Sesak berkurang | **S :** pasien mengatakan sesak berkurang, bengkak pada kaki dan perut berkurang  **O :**  -TD: 130/80 mmHg  -N:80x/mnt  -S:36  -RR:22 x/mnt  Spo2 : 98%  Infus Nacl 0,9% 500ml/24jam  **A:** nyeri dan sesakbelum teratasi  **P :**Intervensi dilanjutkan   * Digoxin 1 tablet * Furosemide 2x2 * Omz | **S :** pasien mengatakan sesak berkurang bengkak berkurang  **O :**  -TD: 121/105 mmHg  -N:82x/mnt  -S:36,5  -RR:20 x/mnt  Spo2 : 98%  **A:** intoleransi aktivitas    **P :**Intervensi dihentikan |

|  |
| --- |
| Pasien 2 |
| SLKI | Hari ke 1 | Hari ke 2 | Hari ke 3 |
| Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka hipervolemia membaik dengan kriteria hasil :   * Asupan cairan meningkat * Asupan makanan meningkat * Asites menurun * Tekanan darah membaik * Denyut nadi radial membaik * Tekanan arteri membaik | **S :** pasien mengatakan sesak nafas  **O :**  pasien tampak sesak  -TD: 120/81 mmHg  -N: 81x/mnt  -S:36,9  -RR:28 x/mnt  -Spo2 : 96%  Melakukan pemasangan o2 nasal kanul 10lpm  **A:** masalah belum teratasi  **P :**Intervensi dilanjutkan  pemasangan o2 nasal kanul 5lpm | **S :** pasien mengatakan masih terasa sesak  **O :**  -TD: 128/78 mmHg  -N:95x/mnt  -S:37  -RR:22 x/mnt  Spo2 : 98%  Infus Nacl 0,9% 500ml/24jam  **A:** sesak belum teratasi  **P :**Intervensi dilanjutkan   * Salbutamol | **S :** pasien mengatakan sesak berkurang bengkak berkurang  **O :**  -TD: 120/81 mmHg  -N:81x/mnt  -S:36,5  -RR:20 x/mnt  Spo2 : 98%  **A:** intoleransi aktivitas    **P :**Intervensi dihentikan |

* 1. **Pembahasaan**

Dalam pembahasan ini mencakup semua tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan (perencanaan), implementasi keperawatan (pelaksanaan), dan evaluasi. Pada studi kasus ini di pilih 2 pasien yaitu pasien 1 ( Tn.B) dan pasien 2 ( Ny.M) kedua pasien tersebut sudah sesuai dengan kriteria pasien CHF

**4.2.1 Pengkajian**

pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya ( rohmah & walid 2016 ) Pengkajian adalah suatu proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan sebelumnya.

Pada pasien Tn.B saat dilakukan pengkajian didapatkan data pasien mengeluhkan sesak nafas, nyeri pada bagian perut dan ektemitas bawah diseratai bengkak Pada saat pengkajian TD : 133/79 mmHg Nadi: 86 x/mnt S : 36,0 oC RR : 25 x/mnt, pasien tampak hanya lemah

Pada pasien Ny.m saat dilakukan pengkajian didapatkan data pasien mengeluhkan penkajian TD : 120/81 mmHg Nadi: 81 x/mnt S : 36,9 oC RR : 27 x/mnt. Pasien tampak lemah dan cemas

* + 1. **Diagnosa keperawatan**

Manajemen hipervolemia adalah mengidentifikasi dan mengelola kelebihan volume cairan intravaskuler dan ektraseluler serta mencegah terjadinya komplikasi ( SDKI 2016 ).

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh diatas, penulis merumuskan Diagnosa medis Tn.B dan Ny.M yaitu manajemen hipervolemia. Hal ini mengacu pada buku standar diagnose keperawatan (SDKI 2016), bahwa Manajemen hipervolemia adalah mengidentifikasi dan mengelola kelebihan volume cairan intravaskuler dan ektraseluler serta mencegah terjadinya komplikasi ( SDKI 2016 ).

**Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah suatu bentuk rencana untuk dilakukannya penanganan oleh perawat berdasarkan pertimbangan dan pengetahuan klinis yang bertujuan untuk mencapai peningkatan,pencegahan,dan pemulihan kesehatan pada pasien ( SIKI 2018 ).

* + 1. **Implementasi keperawatan**

Implementasi merupakan tahap ke empat dalam proses keperawatan yang dimuai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi untuk mendapatkan kriteria hasil yang diharapkan baik tindakan secara mandiri maupun secara kolaborasi yang dilihat sesuai dengan kebutuhan pasien. (afrian 2015 ).

Berdasarkan penegakan intervensi yang telat digunakan diatas maka implementasi pada pasien Tn.B yaitu mengobservasi tanda-tabda vital, pemberian oksigenisasi susuai dengan anjuran dokter, pemberian obat sesua dengan penyakit.

pada pasien Ny.m yaitu mengobservasi tanda-tabda vital, pemberian oksigenisasi susuai dengan anjuran dokter, pemberian obat sesua dengan penyakit mengobservasi sesak nafas

* + 1. **Evaluasi**

Setelah dilakukan implementasi keperawatan tahap selanjutnya penulis mengevaluasi kegiatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan untuk mengetahui apakah tindakan yang telah perawat lakukan mengatasi masalah sebagian, belum teratasi, atau masalah teratasi. Menurut Bakri (2020) tahap evaluasi dapat dilakukan secara formatif atau sumatif. Evaluasi formatif adalah tindakan evaluasi selama proses asuhan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Untuk evaluasi akan lebih baik disusun dengan menggunakan SOAP secara oprasional.

Dari hasil implementasi tindakan keperawatan yang telat dilakukan hasil dari evaluasi masalah kelebihan cairan teratasi sebagian. Pada pasien Tn.B ini membuktikan dari hasil pengkajian selama 3 hari didapatkan data sesak sudah mula berkurang tekanan darah semakin membaik 110/90 mmHg, nadi:90x/mnt RR: 20x/mnt saturasi oksigen 99% maka masalah teratasi

Dari hasil implementasi tindakan keperawatan yang telat dilakukan hasil dari evaluasi masalah kelebihan cairan teratasi sebagian. Pada pasien Ny.M ini membuktikan dari hasil pengkajian selama 3 hari didapatkan data sesak sudah mulai berkurang RR: 20x/mnt saturasi oksigen 99% maka masalah teratasi