

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Bab ini berisi tentang gambaran kasus kelolaan utama, analisis data, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan yang telah penulis lakukan.

A. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara pada tanggal 10 April 2024 pukul 19.00 WITA didapatkan pasien dengan identitas Tn. ES berusia 47 tahun, jenis kelamin laki-laki, tinggal di Jl. Sekuta Gg. Melati No. 8, Sanur. Pasien merupakan seorang wiraswata dan memiliki pendidikan terakhir SMA.

Pada tanggal 8 April 2024 pasien datang ke IGD RSUD Bali Mandara pukul 06.00 WITA diantar oleh istrinya dengan keluhan sesak napas. Sebelumnya pasien mengeluh sesak sejak kemarin siang (7 April 2024). Sesak dirasa memberat sejak pukul 03.00 WITA kemudian pasien berobat ke klinik dokter Mutiara Medika serta diberikan nebulizer ventolin 2x dan combivent 1x, sesak sempat membaik dan pasien diperbolehkan pulang. Sesampainya di rumah sesak pasien kambuh kembali dan pasien sempat menggunakan obat seretide. Pada pukul 06.00 sesak pasien dirasa memberat dan pasien memutuskan untuk ke IGD RSUD Bali Mandara.

Sesampainya di IGD RSUD Bali Mandara pada tanggal 8 April 2024 pasien datang dengan keadaan sedang, mengeluh sesak, batuk berdahak berwarna putih, tidak ada demam, mual, muntah serta BAB dan BAK normal. Dilakukan

pemeriksaan dan didapatkan suara ronkhi kering, wheezing, pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD : 138/93 mmHg, S : 36,4 °C, N : 108 x/menit, RR : 34 x/menit, SpO₂ : 89 % room air dan menjadi 95% dengan simple mask 8 lpm. Di IGD pasien diberikan terapi nebulizer combivent 1 respul, IVFD NaCl 0,9% 8 tpm, dexametason 0,5 mg (PO), salbutamol 4 mg (PO), vitamin D 1000 iu (PO), levofloxacin 750 mg (IV), hidrokortison 100 mg (IV), nebulizer nasalcom 1 respul. Selanjutnya pasien dilakukan pemeriksaan thorax dan DL. Hasil pemeriksaan darah lengkap (DL) didapatkan leukosit tinggi 15,51 10³/uL, eritrosit 5,12 10⁶/uL, hemoglobin 14,9 g/dL, hematokrit 43,8 %, dan trombosit 243 10³/uL. Foto thorax PA didapatkan kesan pneumonia dan besar jantung normal. Pasien terdiagnosa susp. Covid -19 oleh dokter sehingga pasien dilakukan rawat inap di ruang Isolasi Jepun pukul 14.16 WITA. Di ruang Isolasi Jepun pasien dilakukan swab antigen 2x dan mendapatkan hasil negatif. Pada tanggal 10-4-2024 pasien dipindahkan ke ruang rawat inap Jepun pukul 17.00 WITA dengan diagnosa medis asma ekserbasi akut dan CAP setelah mendapatkan hasil swab antigen 2x negatif.

Keluhan pada pengkajian tanggal 10 April 2024 pukul 19.00 WITA, di Ruang Jepun, pasien mengatakan sesak napas (dispnea), tidak ada keluhan kesulitan bernapas saat posisi tidur (ortopnea), tidak ada kesulitan bicara. Dari hasil pengamatan pasien belum mampu batuk secara efektif, tidak mampu batuk, tampak gelisah, sputum berlebih. Pada saat pemeriksaan fisik didapatkan suara napas tambahan ronkhi kering saat menarik napas dan *wheezing* saat menghembuskan napas, frekuensi pernapasan pasien berubah (24 x/menit), pola napas tampak berubah (cepat dan dangkal), serta tidak ada sianosis dan bunyi

napas menurun. Dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil tekanan darah : 135/81 mmHg, suhu : 36,2 °C, nadi : 88 x/menit, pernapasan : 24 x/menit, SpO₂ : 95% dengan nasal cannule 3 lpm.

Pasien mengatakan memiliki riwayat MRS pada 8 tahun yang lalu dengan diagnosa medis DBD. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat operasi dan alergi. Pasien mengatakan memiliki riwayat sebagai perokok aktif serta penyakit asma keturunan dari Ibu pasien. Pasien didiagnosa asma ekserbasi akut dan CAP dengan terapi medis yang didapatkan antara lain IVFD NaCl 8 tetes per menit intravena, endorbat sirup 7,5 ml setiap 8 jam per oral, nebulizer nasalcom 1 respul setiap 6 jam inhalasi, euphylin, 1/3 tab setiap 12 jam per oral, levofloxacin 750 mg setiap 12 jam intervena, vitamin D 1.000 iu per oral.

B. Diagnosis Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya dilakukan analisis data pada pasien dan didapatkan hasil :

Tabel 2
Analisis Data Kasus Pada Pasien Pneumonia di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara

Data	Analisis	Masalah
1	2	3
DS : - Pasien mengeluh sesak (dispnea)	Mikroorganisme patogen masuk ke dalam saluran pernapasan	Bersihkan jalan napas tidak efektif
DO : - Pasien tampak batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih. - Pasien tampak gelisah - Terdapat suara napas tambahan ronkhi kering dan <i>wheezing</i>	Terjadi reaksi peradangan paru ↓ Pneumonia ↓ Sel goblet dan kelenjar submukosa menghasilkan sekresi berlebih dan terjadi penumpukan cairan di alveoli	

1	2	3
- Frekuensi napas pasien berubah (24 x/menit) - Pola napas pasien berubah (cepat dan dangkal)	↓ Sekresi tertahan ↓ Mengeluh sesak, tidak mampu batuk, sputum berlebih, terdapat bunyi <i>wheezing</i> dan ronkhi kering. ↓ Bersihkan jalan napas tidak efektif	

Berdasarkan analisis data, maka dirumuskan diagnosis keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak (dispnea), pasien tampak batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, tampak gelisah, terdengar suara wheezing dan ronkhi kering, frekuensi pernapasan berubah (24 x/menit), dan pola napas berubah (cepat dan dangkal).

C. Perencanaan Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis dilanjutkan dengan penyusunan rencana keperawatan yang terdiri dari luaran (*outcome*) dan intervensi. Perencanaan pada kasus kelolaan dijelaskan seperti tabel berikut :

Tabel 3
Rencana Keperawatan Pada Pasien Pneumonia di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3	4
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi tertahan dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak (dispnea), pasien tampak batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, tampak gelisah, terdengar suara <i>wheezing</i> dan ronkhi kering, frekuensi pernapasan berubah (24 x/menit), dan pola napas berubah (cepat dan dangkal).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan napas meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. <i>Wheezing</i> menurun 4. Dispnea membaik 5. Gelisah membaik 6. Frekuensi napas menjadi ≤ 20 x/menit 7. Pola napas membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi : 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). 2. Memonitor bunyi napas tambahan (<i>wheezing</i> , ronkhi kering). 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma). Terapeutik : 4. Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 5. Memberikan minuman hangat 6. Melakukan fisioterapi dada 7. Memberikan oksigen (3 lpm dengan nasal canule) Edukasi : 8. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi : 9. Kolaborasi pemberian bronkodilator (nebulizer lasalcom 1 respul @6 jam, euphyllin 1/3 tab @12 jam), ekspektoran dan mukolitik (erdobat sirup 3x7,5 ml) Latihan batuk efektif (I.01006) Observasi : 1. Kaji kemampuan batuk 2. Memonitor adanya retensi sputum

1	2	3	4
			Terapeutik : 3. Atur posisi semi-Fowler atau Fowler 4. Letakkan pernak dan bengkok di pangkuan pasien 5. Buang sekret pada wadah sputum Edukasi : 6. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah batuk efektif 7. Anjurkan untuk menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, menahannya selama 2 detik, kemudian melepaskan napas selama 8 detik dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) 8. Anjurkan untuk mengambil napas dalam hingga 3 kali 9. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah mengambil napas dalam yang ke-3 Kolaborasi : 10. Kolaborasi pemberian ekspektoran dan mukolitik (erdobat sirup 3x7,5 ml)
			Pemantauan respirasi (I.01014) Observasi : 1. Memonitor frekuensi napas, irama napas, kedalaman dan upaya napas. 2. Memonitor pola napas (takipnea). 3. Memonitor kemampuan batuk efektif. 4. Memonitor produksi sputum. 5. Memonitor sumbatan jalan napas. 6. Palpasi/raba kesimetrisan ekspansi paru. 7. Auskultasikan/dengar bunyi napas. 8. Memonitor saturasi oksigen. 9. Memonitor hasil x-ray toraks

1	2	3	4
			Terapeutik : 10. Dokumentasi/catat hasil pemantauan Edukasi : 11. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
			Intervensi pendukung Pemberian obat inhalasi (I.01015) dengan konsep <i>evidence based practice</i> : Inhalasi sederhana minyak kayu putih - Diberikan 2 kali sehari (pagi dan malam hari).

D. Implementasi Keperawatan

Penulis memberikan tiga intervensi utama yang mengacu pada SIKI dan SLKI sesuai perencanaan yaitu manajemen jalan napas, pemantauan respirasi, dan latihan batuk efektif serta intervensi inovasi inhalasi sederhana minyak kayu putih yang dilaksanakan dari tanggal 10 – 13 April 2024 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Implementasi keperawatan pada pasien kelolaan terlampir.

E. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan implementasi yang diterapkan, didapatkan evaluasi keperawatan sebagai berikut :

Tanggal	Jam	Catatan Perkembangan
1	2	3
13 April 2024	13.00 WITA	S : - Pasien mengatakan sesak (dispnea) menurun O : - Batuk efektif meningkat - Produksi sputum menurun. - Bunyi napas tambahan <i>wheezing</i> dan ronkhi kering menurun - Gelisah membaik - Pola napas membaik - Frekuensi napas membaik (19 x/menit) A : - Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi P : - Pertahankan kondisi pasien - Pasien diperbolehkan pulang.

F. Pelaksanaan Intervensi Inovasi Sesuai *Evidence Based Practice*

Intervensi baru yang diberikan pada kasus kelolaan sesuai dengan *evidence based practice* adalah memberikan inhalasi sederhana minyak kayu putih. Inhalasi sederhana minyak kayu putih dilakukan selama tiga hari berurut-turut pada pagi dan malam hari selama 10-15 menit dalam sekali pemberian. Minyak kayu putih yang digunakan dalam pemberian inhalasi sederhana pada kasus kelolaan yaitu minyak kayu putih yang terjual dipasaran. Peneliti menyiapkan air hangat 250 ml (1 gelas) dengan suhu 42-44⁰C dalam baskom dan ditambahkan tetesan minyak kayu putih sebanyak 2-3 tetes (0,25 ml). Pasien kemudian dianjurkan untuk menghirup uap air hangat menggunakan corong kertas khusus. Prosedur Operasional Standar Inhalasi Sederhana Minyak Kayu Putih sesuai dengan konsep *evidence based practice* terlampir. Saat pemberian intervensi pasien tampak kooperatif serta mengikuti segala instruksi dengan baik.