BAB III
LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Mei 2021 pukul 12.00 wita, di Ruang Cempaka Rumah Sakit Umum (RSU) Bangli. Pasien bernama Tn.B, umur 61 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Hindu, kawin, pekerjaan wiraswasta, dengan alamat tembuku, Bangli.

Pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Bangli tanggal 3 Mei 2021 pk.05.00 wita, diantar oleh keluarga dengan keluhan sesak napas disertai batuk dan lemas yang dirasakan sejak 2 hari yang lalu terus menerus dan memberat sejak kemarin sore. Pasien mengatakan sesak napasnya bertambah berat saat dibawa beraktivitas, sesak masih dirasakan saat berbaruing, pasien berusaha mengatasi sesaknya dengan beristirahat tetapi tidak membantu. Pada saat pengkajian tanggal 3 Mei 2021 pk.12.00 wita pasien masih mengeluh lemas, sesak napas, dadanya terasa berat disertai batuk dan sulit mengeluarkan dahak, batuk tidak efektif. Pasien tampak gelisah.

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan merokok sejak masih muda Dalam sehari pasien menghabiskan satu bungkus rokok. Pasien pernah dirawat di rumah sakit oleh karena serangan asma sekitar 3 tahun yang lalu dan tahun lalu dirawat dengan PPOK. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah : 100/60 mmHg, suhu: 36,8˚C nadi: 88x/mnt agak lemah, respirasi: 28x/mnt dengan saturasi oksigen 95%. Keadaan umum lemah, gelisah, terpasang oksigen 4 lpm, terdegar adanya *wheezing* dan *ronchi* disertai adanya retraksi dada.

Pemeriksaan Penunjang tanggal 3 Mei 2021 didapatkan WBC

12,5 10^9/l glukosa 121mg/dl, hasil pemeriksaan thorax foto terlihat gambaran bronchitis. Terapi yang diprogramkan adalah: IVFD RL 20 tpm, O2 4lpm, Cefriaxon 3x1 gr IV, Ventolin + pulmicot nebulizer @ 6 jam, Methilprednizolon 2x62,5 mg IV, Omeperazole 2x40 mg IV, Azitromicyn 1x500mg P.O, N.Ace 3x200 mg P.O, Caviplex 1x1 P.O, diet 1800 kal/hari+TKTP

B. Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan diawali dengan analisa data yang dilakukan tanggal 3 Mei 2021. Data yang didapat terdiri dari data subyektif: pasien mengatakan sulit batuk serta sulit mengeluarkan dahak, pasien mengatakan sesak saat menarik dan mengeluarkan napas dan bertambah berat saat beraktivitas (dispnea), sesak napas juga dirasakan saat berbaring (ortopnea). Data obyektif: tidak mampu batuk efektif, sputum kental kekuningan, obstruksi jalan napas oleh sputum, terdengar ronchi dan wheezing, gelisah, hasil tanda-tanda vital: tekanan darah: 100/60 mmHg, respirasi: 28x/menit, suhu: 36,8˚C, nadi: 88x/menit. Masalah keperawatan yang muncul adalah bersihan jalan napas tidak efektif.

Berdasarkan analisa data di atas dapat dirumuskan diagnosa keperawatan prioritas adalah: bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dibuktikan dengan pasien mengatakan sulit batuk dan sulit mengeluarkan dahak, batuk tidak efektif, sputum kental kekuningan, obstruksi jalan napas, dispnea, ortopnea, gelisah, respirasi 28x/menit, terdengar wheezing, terdengar ronchi, gambaran hasil foto thoraks bronchitis.

C. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan diagnose keperawatan yang telah dirumuskan yaitu: bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas.

Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil: batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, wheezing menurun, dispneu menurun, ortopneu menurun, gelisah menurun, frekuensi napas membaik dan pola napas membaik.

Intervensi utama yang diberikan adalah:

1. Latihan batuk efektif, meliputi:

Identifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, tur posisi *semi-fowler*, buang secret pada tempat sputum, jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir dibulatkan selama 8 detik, anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ketiga, kolaborasi pemberian: metylprednisolon 2x6,25 mg I.V, N Ace 3x200 mg P.O, Ventolin+pulmicot nebulizer tiap 6jam, Cefriaxon 3x1 gr I.V, Azitromicyn 1x500 P.O

2. Manajemen jalan napas, meliputi:

Monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik (metylprednisolon 2x6,25 mg

I.V, N Ace 3x200 mg P.O, Ventolin+pulmicot nebulizer tiap 6jam) dan berikan terapi uap air dan minyak kayu putih.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sejak tanggal 3 Mei 2021sampai dengan 3 Mei 2021 adalah:

1. Pada tanggal 3 Mei 2021:

Pukul 12.00 wita: memberi posisi *semi-fowler*, memberi O2 4 lpm, mengobservasi bunyi napas tambahan, melaksanakan delegatif dokter pemberian ventolin+pulmicot nebulizer, memberi minum hangat. Data subyektif: pasien mengatakan sesak, batuk dan sulit mengeluarkan dahak. Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi *semi-fowler*. Terdengar suara ronchi dan wheezing.

Pukul 16.00 wita: mengukur vital sign, mengajarkan teknik napas dalam, mengajarkan teknik batuk efektif, memonitor sputum. Data subyektif: pasien mengatakan setuju latihan batuk sfektif. Data obyektif: tekanan darah: 110/70mmHg, suhu: 36²˚C, nadi: 88x/mnt, respirasi: 24x/mnt. Pasien mempraktekkan teknik napas dalam dan batuk efektif, keluar sputum agak kental warna kuning sekitar 15cc.

Pukul 18.00 wita dan pukul 24.00 wita: memberikan ventolin+pulmicot nebulizer. Data subyektif: pasien mengatakan lebih lebih lega. Data obyektif: pasien tampak lebih tenang dan tidak gelisah.

2. Pada tanggal 4 Mei 2021:

Pukul 06.00 wita: mengukur vital sign, memonitor bunyi napas tambahan, memonitor pola napas, memonitor sputum, mengajarkan teknik teknik

batuk efektif, melaksanakan delegatif dokter pemberian: cefriaxon injeksi 1 gr intra vena, omeperazole injeksi 40 mg intra vena, metylprednisolone injeksi 62,5 mg intra vena dan nebulizer ventolin+pulmicot. Data subyektif: pasien mengatakan sudah bisa melaksanakan teknik napas dalam dan batuk efektif. Data obyektif: tekanan darah: 100/70 mmHg, respirasi: 22x/mnt, suhu: 36,5˚C, nadi: 80x/mnt, pasien mampu batuk efektif, keluar sputum lebih encer agak kekuningan, serta terdengar suara ronchi dan wheezing, pasien dalam posisi *semi-fowler*.

Pukul 08.00 wita: member terapi uap air dan minyak kayu putih. Data Subyektif: pasien mengatakan merasa agak lega. Data obyektif: pasien tampak masih sesak dan lebih tenang.

Pukul 11.00 wita: mengukur vital sign, mengajarkan latihan napas dalam dan batuk efektif, memberikan minum hangat sebelum latihan. Data subyektif: pasien mengatakan sudah mampu batuk. Data obyektif: tekanan darah: 100/70mmHg, suhu: 36,5˚C, nadi: 78x/mnt, respirasi: 22x/menit, pasien mampu batuk efektif.

Pukul 16.00 wita: mengukur vital sign, mengajarkan teknik napas dalam, mengajarkan batuk efektif, memonitor pola napas, memonitor bunyi napas tambahan dan memonitor sputum serta memberi terapi uap air dan minyak kayu putih. Data subyektif: pasien mengatakan masih merasa sesak, batuk belum lancer, tetapi agak lega setelah dapat terapi uap. Data obyektif: tekanan darah: 110/70 mmHg, suhu: 36²˚C, nadi: 88x/mnt, respirasi: 22x/mnt, terdengar ronchi dan weezing, sputum keluar lebih encer dengan volume sekitar 12 cc.

Pukul 18.00 wita dan pukul 24.00 wita: memberikan

ventolin+pulmicot nebulizer. Data subyektif: pasien mengatakan lebih lebih lega. Data obyektif: pasien tampak lebih tenang dan tidak gelisah.

3. Tanggal 5 Mei 2021:

Pukul 06.00 wita: mengukur vital sign, memonitor bunyi napas tambahan, memonitor pola napas, memonitor sputum,memonitor posisi pasien, mengajarkan teknik teknik batuk efektif, melaksanakan delegatif dokter pemberian: cefriaxon injeksi 1 gr intra vena, omeperazole injeksi 40 mg intra vena, metylprednisolone injeksi 62,5 mg intra vena dan nebulizer ventolin+pulmicot. Data subyektif: pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang namun dadanya masih terasa berat saat bernapas. Data obyektif: tekanan darah: 110/80 mmHg, respirasi: 22x/mnt, suhu: 36,5˚C, nadi: 80x/mnt, pasien mampu batuk efektif, keluar sputum agak encer berwarna putih dengan volume sekitar 15 cc, serta terdengar suara ronchi dan wheezing, pasien dalam posisi *semi-fowler*.

Pukul 08.00 wita: memberi terapi uap air dan minyak kayu putih. Data subyektif: pasien mengatakan lebih nyaman dan bernapas lebih lega. Data obyektif: pasien tampak lebih tenang.

Pukul 11.00 wita: mengukur vital sign, mengajarkan latihan napas dalam dan batuk efektif, memberikan minum hangat sebelum latihan. Data subyektif:-. Data obyektif: tekanan darah: 120/70mmHg, suhu: 36,5˚C, nadi: 78x/mnt, respirasi: 20x/menit, pasien mampu batuk efektif, pasien mampu batuk efektif keluar skret putih bening, konsistensi encer dengan volume sekitar 10 cc.

Pukul 16.00 wita: mengukur vital sign, mengajarkan teknik napas dalam, mengajarkan batuk efektif, memonitor pola napas, memonitor bunyi napas tambahan, memonitor sputum serta member terapi uap air dan minyak kayu putih.

Data subyektif: pasien mengatakan sesak sudah berkurang, merasa agak lega, tetapi batuk masih berdahak. Data obyektif: tekanan darah: 120/80 mmHg, suhu: 36²˚C, nadi: 84x/mnt, respirasi: 20x/mnt, terdengar ronchi dan weezing, sputum keluar lebih encer dengan volume sekitar 10 cc, pasien tampak lebih tenang.

Pukul 18.00 wita dan pukul 24.00 wita: memberikan ventolin+pulmicot nebulizer. Data subyektif: pasien mengatakan lebih lebih lega. Data obyektif: pasien tampak lebih tenang dan tidak gelisah

4. Tanggal 6 Mei 2021:

Pukul 06.00 wita: mengukur vital sign, memonitor bunyi napas tambahan, memonitor pola napas, memonitor sputum, memonitor posisi pasien, mengajarkan teknik teknik batuk efektif, melaksanakan delegatif dokter pemberian: cefriaxon injeksi 1 gr intra vena, omeperazole injeksi 40 mg intra vena, metylprednisolone injeksi 62,5 mg intra vena dan nebulizer ventolin+pulmicot. Data subyektif: pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang. Data obyektif: tekanan darah: 130/80 mmHg, respirasi: 20x/mnt, suhu: 36,5˚C, nadi: 80x/mnt, pasien mampu batuk efektif, keluar sputum encer berwarna bening dengan volume sekitar 10 cc, suara ronchi dan wheezing cukup menurun, pasien dalam posisi *semi-fowler*.

Pukul 11.00 wita: mengukur vital sign, mengajarkan latihan napas dalam dan batuk efektif, memberikan minum hangat sebelum latihan, memonitor pola napas, memonitor produksi sputum. Data subyektif:-. Data obyektif: tekanan darah: 120/80mmHg, suhu: 36,4˚C, nadi: 80x/menit, respirasi: 20x/menit, batuk efektif meningkat, pola napas membaik , produksi sputum bening dengan konsistensi encer sekitar 10 cc (produksi sputum menurun)

Pukul 12.00 wita: melaksanakan delegatif dokter pemberian ventolin+pulmicot nebulizer, memonitor suara napas tambahan. Data subyektif: pasien mengatakan merasa lebih nyaman. Data obyektif: nebulizer lancar, pasien tampak tenang, wheezing cukup menurun, dispnea cukup menurun, ortopneu menurun, Ronchi cukup menurun, frekuensi napas membaik, respirasi 20x/mnt.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan pada tanggal 6 Mei 2021 pukul 12.00 wita. Subyektif: pasien mengatakan sudah mampu batuk efektif dan mengeluarkan dahaknya, pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang. Obyektif: produksi sputum menurun, batuk efektif meningkat, wheezing cukup menurun, dispnea cukup menurun, ortopneu menurun, ronchi cukup menurun, frekuensi napas membaik, R : 20x/menit, pasien masih batuk berdahak dan terpasang O2 2 lpm, TD: 130/80 mmHg, suhu: 36,4˚C, nadi: 80x/menit, respirasi: 20x/menit. Assesment: tujuan tercapai sebagian, masalah bersihan jalan napas belum teratasi. Planing: lanjutkan intervensi dengan memberikan manajemen jalan napas. Secara rinci asuhan keperawatan terlampir dalam lampiran 2.