

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Nama : Tn. I.W.P
Tempat/Tanggal Lahir : .Br. Tegallingah, Karangasem
Umur : 75 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Tidak bekerja
Alamat : Br. Tegallingah Karangasem

2. Keluhan Utama

Pasien mengeluh sesak napas

3. Riwayat penyakit

Keluarga mengatakan pasien mengalami sesak dan batuk serta mengeluh lemas sejak tiga hari yang lalu. Keluarga juga mengatakan pasien dapat panas tiga hari yang lalu. Saat ini pasien bertambah sesak. Kemudian oleh keluarga dibawa ke rumah sakit untuk diperiksa.

4. Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, wali, suami, istri, dan lain-lain) : Anak

5. Alergi : Pasien tidak memiliki alergi makanan ataupun obat-obatan

6. Kebiasaan: Keluarga mengatakan sekarang pasien tidak ada merokok ataupun minum kopi.

7. Obat-obatan: Keluarga mengatakan pasien tidak ada mengonsumsi obat-obatan
8. Pola nutrisi: Pasien makan tiga kali sehari, makan habis satu piring tiap kali makan dengan jenis makanan nasi, lauk, dan sayur. Pasien tidak memiliki makanan pantangan. Nafsu makan baik, tidak ada mual dan muntah. Berat badan 60 kg dan Tinggi badan 165 cm
9. Pola eliminasi: BAB satu kali sehari dipagi hari dengan warna kuning kecoklatan dan dengan konsistensi lembek. Tidak ada menggunakan obat pencahar. BAK empat sampai lima kali sehari, dengan warna kuning jernih dan bau khas urin.
10. Pola tidur dan istirahat: Pasien tidur jam 10 malam sampai jam enam pagi. Lama tidur delapan sampai sembilan jam/hari. Pasien tidak memiliki pengantar tidur.
11. Pola aktivitas dan latihan: Pasien mengatakan tidak pernah melakukan olahraga, tidak ada kesulitan dalam melakukan aktivitas
12. Pola kerja : Pasien tidak bekerja
13. Riwayat Keluarga: Pasien berusia 75 tahun, memiliki seorang istri dan lima orang anak. Pasien tinggal bersama istri, anak dan juga cucunya.
14. Riwayat Lingkungan: Keluarga mengatakan lingkungannya bersih, tidak ada bahaya dirumahnya, keluarga mengatakan tidak ada polusi dirumahnya.
15. Aspek Psikososial
 - a. Pola pikir dan persepsi: pasien tidak menggunakan alat bantu dengar dan alat bantu lihat

- b. Persepsi diri: Pasien ingin segera sembuh, dapat berkumpul bersama keluarga dan menjalani aktivitas seperti biasa
- c. Kebiasaan seksual: Pasien tidak memiliki masalah seksual
- d. Pertahanan koping : Pasien mengambil keputusan dibantu oleh anaknya

16. Pengkajian Fisik :

- a. TD : 130/90 mmHg, Suhu : 36,50c, Nadi 82x/menit, Pernapasan 28x/menit, Saturasi 96 %
- b. Kesadaran : Pasien dengan kesadaran compos mentis, GCS E4V5M6
- c. Keadaan umum: Status gizi pasien normal, BB 60 kg, TB 165 cm, pasien tidak ada nyeri, sikap tenang, personal hygiene bersih, orientasi baik

17. Pemeriksaan Fisik:

- a. Kepala: Bentuk kepala normocephale, tidak ada lesi/luka.
- b. Rambut : Warna rambut putih
- c. Mata : Penglihatan normal, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis
- d. Hidung : Penghidu baik, tidak ada secret, ada tarikan cuping hidung
- e. Telinga: Pendengaran Normal, tidak ada scret
- f. Bibir: Mukosa bibir lembab
- g. Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada lesi
- h. Thorax: Pergerakan dada simetris
- i. Paru: Frekuensi napas tidak teratur, terdapat sputum, suara napas ronchi
- j. Abdomen: peristaltic usus 16x/menit, tidak ada kembung dan nyeri tekan
- k. Genetalia : Tidak ada pimosis
- l. Kulit: Warna kulit saw matang, turgor elastis, tidak ada laserasi
- m. Ekstrimitas: ROM penuh, tidak ada hemiparese, akral hangat

18. Data Penunjang

a. Pemeriksaan swab

Pemeriksaan swab dilakukan tanggal 5 April 2021 dengan hasil swab (+)

COVID

b. Terapi

Tabel 1
Terapi Obat

NO	Nama Obat	Dosis	Pemberian
1)	IVFD NaCl	20tpm	IV
2)	Levofloxacin	1x750 mg	IV
3)	Tironem	3x500 mg	IV
4)	Fartison	3x100 mg	IV
5)	Resfar	1x5mg drip dlm NaCl 100 cc	IV
6)	Vit. C	1x1 gr drip dalam NaCl	IV
7)	Ventolin	3x2 puff	
8)	Avigan	2x600 mg tab	Oral
9)	Prove D3	2x1 tab	Oral
10)	Paracetamol	3x1 gr	IV

Tabel 2
Hasil Laboratorium

WBC	5.24	10E3/UI	
LYM	1.71	32.7	%
MONO	730	13.9	%
EOS	.197	3.75	%
BASO	.074	1.41	%
RBC	5.12	10e6/UI	
HGB	14.9	g/Dl	
HCT	43.9	%	
MCV	85.6	fl	
MCH	29.1	Pg	
MCHC	34.0	g/Dl	
RDW	11.0	%	
PLT	147.	10E3/UI	
MPV	7.96		

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Na	138	133-145 mmol
K	36	3.48-5.50 mmol
Cl	108	96-109 mmol

Analysis	Result	Range
Albumin	4.2 g/dl	3.7-5.2
SGOT (AST)	30 U/L	0-25
SGPT (ALT)	19 U/L	0-30
Urea	45 mg/dl	19-44
Creatinin	1.35 mg/dl	0.50-1.40
Glucose	100 mg/dl	75-115

B. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3
Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1	DS: KU lemah, Pasien mengeluh batuk (+), sesak, tidak mampu mengeluarkan dahak dan tidak mampu batuk DO: Batuk tidak efektif Tidak mampu batuk Sputum berlebih Terdapat ronkhi Frekuensi napas berubah Pernapasan 28x/menit	Spasme jalan napas dan hipersekresi jalan napas.	Bersihkan jalan napas tidak efektif

Dari analisa diatas didapatkan diagnosis keperawatan:

Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas dan hipersekresi jalan napas ditandai dengan pasien mengeluh batuk (+), sesak, tidak mampu mengeluarkan dahak dan tidak mampu batuk, batuk tidak efektif, sputum berlebih, terdapat suara napas tambahan (ronkhi), frekuensi napas berubah, pernapasan 28x/menit.

C. Intervensi Keperawatan

Tabel 4
Intervensi Keperawatan Pada Kasus Kelolaan

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan
1	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas dan hipersekresi jalan napas ditandai dengan Pasien mengeluh batuk (+), sesak, tidak mampu mengeluarkan dahak dan tidak mampu batuk, batuk tidak efektif, sputum berlebih, terdapat ronkhi, pernapasan 28x/menit.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : <input type="checkbox"/> Produksi sputum menurun (5) <input type="checkbox"/> Mengi menurun (5) <input type="checkbox"/> Wheezing menurun (5) <input type="checkbox"/> Dispnea menurun (5) <input type="checkbox"/> Gelisah menurun (5) <input type="checkbox"/> Frekuensi napas membaik (5) <input type="checkbox"/> Pola nafas membaik	Manajemen jalan napas Observasi : 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Posisikan semi-fowler 3. Berikan minuman hangat 4. Lakukan fisioterapi dada 5. Lakukan penghisapan lendir 6. Lakukan hiperoksigenasi 7. Keluarkan sumbatan benda padat 8. Berikan ksigen Kolaborasi : 9. 1. Kolaborasi pemberian brnkodilator

D. Implementasi Keperawatan

Tabel 5
Implementasi Keperawatan Pada Kasus Keloalaan

Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
-----	-----	--------------	-------------------	-------

6 April 2021	08.00	1. Membina hubungan saling percaya	S : Pasien mengatakan Meta bernama Tn. W.P
	08.00	2. Menjelaskan tindakan dan tujuan keperawatan yang akan dilakukan	Pasien mengatakan nyaman dengan posisi
	08.00	3. Melakukan pemberian Ventolin puff	O : Pasien kooperatif, ventolin puff telah diberikan, KU lemah,
	10.00	4. Mengobservasi TTV	TD : 130/80 mmHg, N:
	10.00	5. Memberikan posisi semifowler	84x/menit, RR: 28x/meni,
	14.00	6. Melakukan fisioterapi dada, postural drainage (posisi semi fowler)	S: 38,1 ^o c, Saturasi O2 96%, aliran O2 lancar, terpasang 4lpm
	14.00	7. Memonitor kemampuan batuk	A : Bersihan jalan napas tidak efektif
	14.00	8. Memonitor sputum	P : Lanjutkan intervensi
	15.00	9. Memonitor aliran O2	
	16.00	10. Melakukan auskultasi pada pasien	
7 April 2021	08.00	1. Memvalidasi apa yang dirasakan pasien saat ini	S : Pasien mengatakan sesaknya masih tapi sudah sedikit
	08.00	2. Melakukan pemberian ventolin puff	berkurang O : TTV : TD
	10.00	3. Memonitor aliran O2	130/80 mmHg
	10.00	4. Melakukan fisioterapi dada, postural drainage (posisi prone)	N: 84 x/menit
	10.00	5. Memonitor kemampuan batuk	S: 36,7 ^o c
	15.00	6. Memonitor sputum	RR: 24x/menit
	15.20	7. Menganjurkan pasien untuk minum air hangat	Saturasi O2 98%, masih terdapat suara napas tambahan (ronchi), terpasang nasal canul 4lpm, posisi pasien semi fowler, pasien mampu mengeluarkan dahak sedikit-sedikit
	16.00	8. Mengobservasi TTV	A : Bersihan jalan napas meningkat P : Lanjutkan intervensi
8 April 2021	09.00	1. Memvalidasi yang dirasakan pasien	S : Pasien mengatakan Meta sesaknya sudah berkurang
	09.00	2. Menjelaskan tindakan dan tujuan keperawatan yang akan dilakukan	O : Pasien dalam posisi semifowler, sudah mampu mengeluarkan dahak,
	09.00	3. Melakukan pemberian Ventolin puff	terpasang nasal canul 4lpm, TD: 130/80 mmHg,
	10.00	4. Mengobservasi TTV	N: 84 x/menit, RR:
	10.00	5. Memberikan posisi semifowler	22x/menit, S: 37,5 ^o c,
	10.00	6. Melakukan fisioterapi dada, postural drainage (posisi prone)	Saturasi O2 99%
	15.00	7. Memonitor kemampuan batuk	A : Bersihan jalan napas meningkat
	16.00	8. Memonitor sputum	P : Lanjutkan intervensi
	16.00	9. Memonitor aliran O2	
	16.00	10. Melakukan auskultasi pada pasien	

9 April 2021	08.00	1. Mengevaluasi keadaan pasien (frekuensi, kedalaman, usaha napas).	S : Pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang, sudah mampu mengeluarkan dahak.	Meta
	08.00	2. Memonitor pola napas		
	08.00	3. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)	O : Produksi sputum menurun, dispnea menurun, gelisah	
	08.00	4. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	menurun, suara napas tambahan berkurang, pola napas membaik	
	08.00	5. Memonitor TTV	TTV : TD : 130/70 mmHg. N : 84x/menit, S: 36,4 ^o c RR: 22x/menit, nasal canul 4lpm, saturasi O2 99% A : Bersihan jalan napas meningkat P : Pertahankan kondisi pasien	

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 6
Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan

No	No Dx	Tgl/Jam	Evaluasi Sumatif	Paraf
1	1	9 April 2021 08.00 wita	S : Pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang, sudah mampu mengeluarkan dahaknya setelah melakukan batuk efektif. Pasien mengatakan dahaknya kental berwarna putih kekuningan. O : Produksi sputum menurun Dispnea menurun Gelisah menurun Frekuensi napas membaik Pola nafas membaik Frekuensi napas membaik Suara napas tambahan berkurang TTV : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S: 36,4 ^o c RR: 22x/menit	Metareni

Masih terpasang nasal canul 4lpm

Saturasi O2 99%

A : Bersihan jalan napas meningkat

P : Pertahankan kondisi pasien, lanjutkan intervensi

Monitor pernapasan pasien

Monitor sputum
