

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Praktik Keperawatan Mata Kuliah Peminatan dilakukan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Sanglah Denpasar pada tanggal 12 – 30 April 2021. Dokumentasi diperoleh dari melakukan studi dokumentasi pada praktek keperawatan peminatan Gawat Darurat sesuai judul karya ilmiah yaitu Asuhan Keperawatan Kedaruratan Bersihan Jalan Nafas pada pasien dengan Stroke Hemoragik di IGD RSUP Sanglah Tahun 2021.

Jumlah dokumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dua rekam medik yang merupakan dokumen subjek studi kasus asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragik. Selanjutnya setelah mendapatkan dokumen, peneliti membandingkan proses keperawatan dimana terlihat kedua pasien memiliki masalah yang sama yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif yang disebabkan oleh adanya sputum pada jalan nafas. Hasil studi kasus dituangkan dalam bentuk tabel maupun narasi sesuai data yang didapatkan pada dokumen subjek dari proses pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan dokumen kasus kelolaan adapun pengkajian keperawatan meliputi identitas kasus pertama Ny.K yang dilakukan pada tanggal 16 April 2021 pukul 18.00 wita dan kasus kedua Ny.M yang dilakukan pada tanggal 19 April 2021 pukul 12.00 wita yang sudah didokumentasikan yaitu:

Tabel 2
Pengkajian Kasus Kelolaan I dan Kasus Kelolaan II Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021.

Identitas	Kasus 1	Kasus 2
Nama	Ny.K	Ny.M
Umur	70 Tahun	61 Tahun
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
Pendidikan	SD	SD
Agama	Islam	Islam
Pekerjaan	Tidak bekerja	Tidak bekerja
Diagnosa medis	SH (ICH)	SH (ICH)
Keluhan utama	Penurunan kesadaran	Penurunan kesadaran
Initial survey	Pain	Pain
Warna triase	P2	P2

Berdasarkan dokumen kasus kelolaan adapun pengkajian kegawatdaruratan *primary survey* dan *secondary survey* yang sudah di dokumentasikan yaitu:

Tabel 3
Pengkajian Kegawatdaruratan *Primary Survey* Dan *Secondary Survey* Kasus Kelolaan I Dan Kasus Kelolaan II Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021.

Pengkajian	Kasus 1	Kasus 2
<i>Primary Survey</i>		
Airway	Keadaan jalan nafas Tingkat kesadaran : Somnolen Pernafasan : Spontan (28x/menit) Upaya bernafas : Ada Benda asing di jalan nafas: Saliva Bunyi nafas : Ronkhi Hembusan nafas : Terasa	Keadaan jalan nafas Tingkat kesadaran : Somnolen Pernafasan : Spontan (29x/menit) Upaya bernafas : Ada Benda asing di jalan nafas: Saliva Bunyi nafas : Ronkhi Hembusan nafas : Terasa
Breathing	Fungsi pernafasan Jenis Pernafasan : Spontan Frekwensi Pernafasan : 28x/menit. Retraksi Otot bantu nafas: Ada Kelainan dinding thoraks : Tidak ada (simetris) Bunyi nafas : Vesikuler Hembusan nafas : Ada	Fungsi pernafasan Jenis Pernafasan : Spontan Frekwensi Pernafasan 29x/menit. Retraksi Otot bantu nafas: Ada Kelainan dinding thoraks : Tidak ada (simetris) Bunyi nafas : Vesikuler Hembusan nafas : Ada

Circulation	Keadaan sirkulasi Tingkat kesadaran : Somnolen Perdarahan (internal/eksternal): Tidak ada perdarahan Kapilari Refill : < 2 detik Tekanan darah : 160/100 mmHg. Nadi radial/carotis : Teraba, 95x/menit. Akral perifer : Hangat	Keadaan sirkulasi Tingkat kesadaran : Somnolen Perdarahan (internal/eksternal): Tidak ada perdarahan Kapilari Refill : < 2 detik Tekanan darah : 170/100 mmHg. Nadi radial/carotis : Teraba, 110x/menit. Akral perifer : Hangat
Disability	Pemeriksaan Neurologis: GCS : E3V3 M4 : 10 Reflex fisiologis : +/+ Reflex patologis : +/+ Kekuatan otot : 4444 3333 ----- 4444 3333 Skala Nyeri : Tidak ada nyeri Lokasi Nyeri : Tidak ada nyeri	Pemeriksaan Neurologis: GCS : E3V3 M4 : 10 Reflex fisiologis : +/+ Reflex patologis : +/+ Kekuatan otot : 3333 4444 ----- 3333 4444 Skala Nyeri : Tidak ada nyeri Lokasi Nyeri : Tidak ada nyeri

Secondary Sur

1. Riwayat Kes

Riwayat Kesehatan Sekarang (RKS)	Pasien perempuan berumur 70 tahun datang ke IGD RSUP Sanglah pada tanggal 16 April 2021 pukul 18.00 Wita tidak sadarkan diri diantar oleh keluarga dengan keluhan mengalami penurunan kesadaran sejak tadi siang pukul 11.00 wita. Keluarga mengatakan pasien merasa mual mendadak saat sedang membuat teh. Pasien dikatakan merasa mual dan muntah sebanyak 1 kali. Selama penurunan kesadaran pasien tampak bicara mengeran, tidak ada kontak mata, dan terkadang gelisah. Penurunan kesadaran tidak membaik. Tidak ada nyeri kepala dan terjadi kelemahan tubuh sebelah kiri. KU : lemah, Kesadaran : somnolen, GCS : 10 (E:3 V:3	Pasien perempuan berumur 61 tahun datang ke IGD RSUP Sanglah pada tanggal 19 April 2021 pukul 12.00 wita tidak sadarkan diri diantar oleh keluarga dengan keluhan penurunan kesadaran yang terjadi 12 jam sebelumnya saat akan dibangunkan. Keluarga pasien mengatakan pada saat pasien memasak, pasien mengeluh nyeri kepala terasa berdenyut terus menerus. Pasien kemudian menghentikan kegiatan memasaknya dan memilih untuk tidur. Pasien dikeluhkan sempat merasa mual kemudian muntah sebanyak 2x. Penurunan kesadaran terjadi pada pukul 09.30 menetap hingga saat ini (terakhir pasien terlihat sadar pukul 09.00 wita). Selama penurunan kesadaran Pasien tampak mengantuk, tidak ada kontak mata, bicara kadang melantur, terkadang gelisah, tampak bibir mengcong.
----------------------------------	---	---

	M:4), CRT : <2dtk, SaO2 : 95%, TD : 160 / 100 mmHg, N : 95x/mnt, RR: 28x/mnt, S : 36,5°C	Penurunan kesadaran tidak membaik dan terjadi kelemahan separuh tubuh sebelah kanan. KU : lemah, Kesadaran : somnolen, GCS : 10 (E:3 V:3 M:4), CRT : <2dtk, SaO2 : 95%, TD : 170 / 100 mmHg, N : 110x/mnt, RR: 29x/mnt, S : 36,5°C
Riwayat Kesehatan Dahulu (RKD)	Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 15 Tahun yang lalu. Pasien dikatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan, minuman ataupun obat-obatan. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan ataupun menular.	Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 12 Tahun yang lalu. Pasien dikatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan, minuman ataupun obat-obatan. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan ataupun menular.
Riwayat Kesehatan Keluarga (RKK)	Keluarga pasien mengatakan ada keluarganya yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi.	Keluarga pasien mengatakan ada keluarganya yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi.
Riwayat dan Mekanisme Trauma	Pasien tidak mengalami trauma	Pasien tidak mengalami trauma
3. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)	<p>Kepala : Normocephal</p> <p>Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut beruban tampak bersih.</p> <p>Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih.</p> <p>Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, nyeri tekan tidak ada.</p> <p>Hidung : Tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi, tidak ada bengkak dan nyeri tekan.</p> <p>Mulut dan gigi : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.</p> <p>Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema maupun nyeri tekan.</p>	<p>Kepala : Normocephal</p> <p>Kulit kepala : Tidak terdapat lesi, rambut beruban tampak bersih.</p> <p>Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih.</p> <p>Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, nyeri tekan tidak ada.</p> <p>Hidung : Tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi, tidak ada bengkak dan nyeri tekan.</p> <p>Mulut dan gigi : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.</p> <p>Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema maupun nyeri tekan.</p> <p>Leher : Tidak tampak adanya pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis</p>

Leher : Tidak tampak adanya pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis teraba.

Dada/ thoraks : Bentuk dada normal chest, tidak tampak adanya pembengkakan.

Paru-paru
Inspeksi : Gerak dada simetris, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
Perkusi : Sonor
Auskultasi : Vesikuler +/+, Ronchi +/+
Jantung
Inspeksi : Gerak dada simetris
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung
Perkusi : Sonor
Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)

Abdomen
Inspeksi : Tidak tampak adanya pembengkakan.
Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (-)
Perkusi : Timpani
Auskultasi : Bising usus (+)

Pelvis
Inspeksi : Bentuk pelvis normal
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perineum dan rektum : Tidak dikaji

Genitalia : Tidak dikaji

Ekstremitas
Status sirkulasi : CRT <2detik
Keadaan injury : Tidak ada

Neurologis
Fungsi sensorik : Normal
Fungsi motorik : Mengalami kelemahan pada ekstremitas bagian kiri.

Dada/ thoraks : Bentuk dada normal chest, tidak tampak adanya pembengkakan.
Paru-paru
Inspeksi : Gerak dada simetris, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
Perkusi : Sonor
Auskultasi : Vesikuler +/+, Ronchi +/+
Jantung
Inspeksi : Gerak dada simetris
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung
Perkusi : Sonor
Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)

Abdomen
Inspeksi : Tidak tampak adanya pembengkakan.
Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (-)
Perkusi : Timpani
Auskultasi : Bising usus (+)

Pelvis
Inspeksi : Bentuk pelvis normal
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perineum dan rektum : Tidak dikaji

Genitalia : Tidak dikaji

Ekstremitas
Status sirkulasi : CRT <2detik

Keadaan injury : Tidak ada

Neurologis

Fungsi sensorik : Normal

Fungsi motorik : Mengalami kelemahan pada ekstremitas bagian kiri.

. Hasil Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan Laboratorium	Pemeriksaan Laboratorium
	Hematologi	Hematologi
	Darah Lengkap	Darah Lengkap
	Trombosit(PLT): 197,00 ³ /uL	Trombosit (PLT) : 362,00 ³ /uL
	MCV : 91,60 fL	MCV : 89,00 fL
	MCHC : 32,20 g/dL	MCHC : 33,40 g/dL
	MCH : 29,50 Pg	MCH : 29,70 Pg
	Leukosit : 13,5110 ³ /Ul	Leukosit (WBC) : 9,8410 ³ /uL
	Hemoglobin(HGB):13,30g/dL	Hemoglobin (HGB) : 14,60 g/dL
	Hematocrit (HCT) : 43,30%	Hematocrit (HCT) : 43,70%
Eritrosit (RBC) : 4,51 10 ⁶ /uL	Eritrosit (RBC) : 4,91 10 ⁶ /uL	
	Kimia Klinik	Kimia Klinik
	Ureum : 13.00 mg/dL	Ureum : 10.00 mg/dL
	SGPT : 12,50 U/L	SGPT : 12,50 U/L
	SGOT : 25,7 U/L	SGOT : 24,7 U/L
	Pemeriksaan Elektrolit	Pemeriksaan Elektrolit
	Natrium : 140 mmol/L	Natrium : 139 mmol/L
	Kalium : 3,10 mmol/L	Kalium : 3,30 mmol/L
	Glukosa sewaktu: 157 mg/dL	Glukosa sewaktu: 147 mg/dL
	Creatinine : 0,79 mg/dL	Creatinine : 0,70 mg/dL
	Chlorida : 99,4 mmol/L	Chlorida : 98,4 mmol/L
. Pemeriksaan Diagnostik	Pemeriksaan MSCT Scan kepala irisan axial , tanpa kontras :	Pemeriksaan MSCT Scan kepala irisan axial reformat sagittal dan coronal , tanpa kontras :
	Tampak lesi hiperdens berdensitas darah pada thalamus kanan terukur +/- 3,4 x 2,6x 3,2 cm (volume +/- 14.7 cc) dengan perifokal edema disekitarnya yang mendesak minimal ventrikel III ke kiri sejauh +/- 0,3 cm	Tampak lesi hiperdens berdensitas darah pada thalamus kiri dengan ukuran +/- 2,5 x 2,1 x 1,8 cm (+/- vol 4,7 ml) disertai dengan perifokal edema disekitarnya
	Tampak lesi hiperdens berdensitas darah tampak mengisi ventrikel lateralis kanan kiri (dominan kanan), ventrikel III dan IV	Tampak lesi hiperdens berdensitas darah yang mengisi ventrikel Iii dan minimal pada posterior horn ventrikel lateralis kanan kiri
	Tampak lesi hiperdens berdensitas darah minimal yang mengisi sulcus regio temporal dan sisterna premedullary kanan kiri	Tampak lesi hipodens batas tegas pada centrum semiovale kanan , nucleus lentiformis kiri dan basal ganglia kanan
		Sulci dalam dan gyri mendatar
		System ventrikel lateralis kanan kiri , Iii,IV dan cisterna melebar ringan
		Tak tampak deviasi midline struktur
		Tak tampak klasifikasi abnormal

Sulci dan gyri diluar lesi normal	Pons dan cerebellum tak tampak kelainan
Sistem cisterna diluar lesi normal	Orbita dan mastoid kanan kiri tak tampak kelainan
Tak tampak klasifikasi abnormal	Tampak deviasi septum nasi ke kiri
Pons dan cerebellum tak tampak kelainan	Tampak hipertropi konka inferior kanan
Tampak perselubungan pada mastoid air cell kanan	Tak tampak pneumatisasi sinus frontalis kanan kiri
Orbita kanan kiri dan mastoid kiri tak tampak kelainan	Sinus maksilaris, ethmoidalis dan sphenoidalis kanan kiri tak tampak kelainan
Tampak perselubungan berdensitas cairan pada sinus maksilaris , frontalis , ethmoidalis , dan sphenoidalis kanan	Calvaria dan basis cranii tak tampak kelainan
Sinus maksilaris , frontalis , ethmoidalis , dan sphenoidalis kiri tak tampak kelainan	SCALP tak tampak kelainan
Calvaria dan basis cranii tak tampak kelainan	Kesan :
SCALP tak tampak kelainan	ICH pada thalamus kiri ukuran 2,5x 2,1x 1,8 cm , volume 4,7 ml , dengan perifocal edema disekitarnya
Kesan :	IVH pada ventrikel lateralis kanan kiri cornu posterior dan ventrikel III
<i>Sub Arachnoid Hemorrhage</i> minimal pada regio temporal dan sisterna premedullary kanan kiri	<i>Chronic cerebral infarction</i> di centrum semlovale kanan , nucleus leniformis kiri dan basal ganglia kanan
<i>Intra Ventricular Hemorrhage</i> pada ventrikel lateralis bilateral , Ventrikel III , dan IV sesuai modified Fisher Classification grade 2	<i>Age related brain atrof</i>
<i>Intra Cerebral Hemorrhage</i> pada thalamus kanan dengan perifokel edema disekitarnya yang mendesak minimal ventrikel III ke kiri sejauh +/- 0,3 cm	Deviasi septum nasi ke kiri
Mastoiditis kanan	
Sinusitis maksilaris , frontalis , ethmoidalis, dan sphenoidalis kanan	

Pemeriksaan Thorax AP (asimetris):

Klinis : Suspek Vascular Event

b. Pemeriksaan Thorax AP (asimetris):

Klinis : Suspek Vascular Event

Soft tissue : tak tampak kelainan

	Soft tissue : tak tampak kelainan	Tulang – tulang : tidak tampak kelainan
	Tulang – tulang : tidak tampak kelainan	Diaphragma kanan letak tinggi, kiri normal
	Diaphragma kanan kiri normal	Sinus pleura kanan kiri tajam
	Sinus pleura kanan kiri tajam	Cor : ukuran kesan prominent. CTR 59%
	Cor : ukuran membesar. CTR 62%	Trachea : letak ditengah, airway patent
	Trachea : airway patent	Pulmo : tak tampak konsolidasi/nodul. Corakan bronchovasculer normal
	Pulmo : tak tampak konsolidasi/nodul. Corakan bronchovasculer normal	
	Kesan : <i>Cardiomegaly</i> <i>Pulmo</i> tak tampak kelainan	Kesan : <i>Cardiomegaly</i> <i>Pulmo</i> tak tampak kelainan <i>Observasi diaphragma</i> kanan letak tinggi
. Terapi Dokter	IVD NaCl 0,9% 20 Tpm Nikardipin 10mg/ 10 ml intravena Asetazolamid 250mg oral Citicoline 250 mg/2ml intra vena Omeprazole 40 mg/ 10ml intra vena Deksametason 5 mg/ml intra vena Amlodipine 10 mg oral Parasetamol 500mg oral	IVD NaCl 0,9% 20 Tpm Manitol 20% 30 Tpm Nikardipin 10mg/ 10 ml intravena Citicoline 250 mg/2ml intra vena Omeprazole 40 mg/ 10ml intra vena Amlodipine 10 mg oral Parasetamol 500mg oral

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan di IGD RSUP Sanglah Denpasar pada kedua kasus pada tabel 4 yaitu:

Tabel 4
Diagnosa Keperawatan Pada Kasus Kelolaan I Dan Kasus Kelolaan II
Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang
IGD RSUP Sanglah Tahun 2021.

Kasus 1	Kasus 2
Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskuler ditandai dengan tidak mampu batuk, sputum berlebih, adanya suara nafas tambahan ronkhi, dispnea, gelisah, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah, tampak keluar cairan mucus dari mulut pasien. Hasil pemeriksaan: KU : lemah, Kesadaran : somnolen, GCS : 10 (E:3 V:3 M:4), CRT : <2dtk, SaO2 : 95%, TD : 160 / 100 mmHg, N : 95x/mnt, RR: 28x/mnt, S : 36,5°C	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskuler ditandai dengan tidak mampu batuk, sputum berlebih, adanya suara nafas tambahan ronkhi, dispnea, gelisah, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah, tampak keluar cairan mucus dari mulut pasien. Hasil pemeriksaan : KU : lemah, Kesadaran : somnolen, GCS : 10 (E:3 V:3 M:4), CRT : <2dtk, SaO2 : 95%, TD : 170 / 100 mmHg, N : 110x/mnt, RR: 29x/mnt, S : 36,4°C

C. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumentasi kasus pertama dan kasus kedua pada bagian perencanaan, perawat telah mendokumentasikan tujuan dan rencana keperawatan. Adapun tujuannya adalah setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 2 jam secara komprehensif diharapkan bersihan jalan nafas tidak efektif meningkat dengan kriteria hasil produksi sputum menurun, dispnea menurun, frekuensi nafas membaik, pola nafas membaik.

Perencanaan keperawatan pada kedua kasus stroke hemoragik dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di IGD RSUP Sanglah Denpasar pada tabel berikut.

Tabel 5
Rencana Keperawatan Pada Kasus Kelolaan 1 Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021.

Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
16 April 2021 Pukul 18.00 Wita	<p>Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)</p> <p>Definisi Ketidakmampuan membersihkan secret atau onstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.</p> <p>Faktor Penyebab</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sekresi yang tertahan <p>Gejala dan Tanda Mayor Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tidak mampu batuk ✓ Sputum berlebih ✓ Mengi, wheezing dan atau ronkhi kering <p>Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dipsnea ✓ Sulit bicara <p><i>Objektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gelisah ✓ Bunyi napas menurun ✓ Frekuensi napas 	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x2 Jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Produksi sputum menurun ✓ Mengi dan wheezing menurun ✓ Dyspnea menurun ✓ Sulit bicara menurun ✓ Gelisah menurun ✓ Frekuensi napas membaik ✓ Pola nafas membaik 	<p>Manajemen jalan nafas</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitor bunyi nafas tambahan ✓ Monitor sputum <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik ✓ Berikan oksigen <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. <p>Pemantauan respirasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitor pola nafas ✓ Monitor adanya produksi sputum <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien ✓ Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan ✓ Informasikan hasil pemantauan

- berubah
- ✓ Pola napas berubah

Kondisi Klinis Terkait
 ✓ Stroke

Tabel 6
Rencana Keperawatan Pada Kasus Kelolaan II Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021.

Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
19 April 2021 Pukul 12.00 Wita	<p>Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001) Definisi Ketidakmampuan membersihkan secret atau onstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.</p> <p>Faktor Penyebab ✓ Sekresi yang tertahan</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Objektif ✓ Tidak mampu batuk ✓ Sputum berlebih ✓ Mengi, wheezing dan atau ronkhi kering</p> <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif ✓ Dipsnea ✓ Sulit bicara</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x2 Jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Produksi sputum menurun ✓ Mengi dan wheezing menurun ✓ Dyspnea menurun ✓ Sulit bicara menurun ✓ Gelisah menurun ✓ Frekuensi nafas membaik ✓ Pola nafas membaik 	<p>Manajemen jalan nafas <i>Observasi</i> ✓ Monitor bunyi nafas tambahan ✓ Monitor sputum</p> <p><i>Terapeutik</i> ✓ Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik ✓ Berikan oksigen</p> <p><i>Edukasi</i> ✓ Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p><i>Kolaborasi</i> ✓ Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.</p> <p>Pemantauan respirasi <i>Observasi</i> ✓ Monitor pola nafas ✓ Monitor adanya produksi sputum</p> <p><i>Terapeutik</i> ✓ Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien ✓ Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><i>Edukasi</i> ✓ jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>

Objektif ✓ Gelisah ✓ Bunyi napas menurun ✓ Frekuensi napas berubah ✓ Pola napas berubah	✓ informasikan hasil pemantauan
Kondisi Klinis Terkait ✓ Stroke	

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada kasus kelolaan I dan kelolaan II dilakukan selama 1 x 2 jam sesuai dengan tindakan yang telah direncanakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

Tabel 7
Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan I Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

No	Tgl/ Jam	No Dx	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1.	16/04/ 2021 18.00 wita	1	Memonitor penurunan tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (pain), GCS : E ₃ V ₃ M ₄ (10), tingkat kesadaran somnolen	
2.	18.03 wita	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 160/100 mmHg N : 95 x/menit RR : 28 x/menit S : 36,5 °C SpO ₂ : 95 %	
4.	18.10 wita	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian oksigen (O ₂) melalui <i>Non Rebreathing Mask</i> (NRM) 10 lpm	Ds : - Do : Pasien tampak terpasang O ₂ melalui NRM 10 lpm	

5.	18.20 wita	1	Melakukan tindakan delegative pemasangan infus IVFD NaCl 0,9 % 20 tpm dan pengambilan sampel darah serta pengambilan SARS-CoV-2- <i>Antigen Test</i>	Ds : - Do : Infus IVFD NaCl 0,9% 20 tpm sudah tampak terpasang pada tangan kanan, tetesan infus lancar, sampel darah dan SARS-CoV-2- <i>Antigen Test</i> sudah diambil
6.	18.36 wita	1	Melakukan tindakan pemasangan <i>bed site</i> monitor	Ds : - Do : <i>Bed site</i> monitor sudah tampak terpasang pada pasien
7.	18.47 wita	1	Memonitor adanya produksi sputum dan suara nafas tambahan	Ds : - Do : Tampak keluar cairan saliva pada mulut pasien dan terdengar bunyi gurgling dan suara napas tambahan ronkhi
8.	19.01 wita	1	Melakukan penghisapan lendir/ <i>suction</i> pada daerah mulut dan jalan napas atas.	Ds: - Do: - Terdapat reflek batuk - Sekret yang keluar berwarna kuning kecoklatan - Bunyi gurgling berkurang
9.	19.13 wita	1	Memonitor pola nafas pasien	Ds : - Do : RR : 26x/menit , SpO2 97%
10.	19.17 wita	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian terapi obat : Nikardipin 10mg/10 ml intravena Citicoline 250 mg/2ml intravena Omeprazole 40 mg/ 10ml intravena	Ds : - Do : Obat sudah diberikan melalui intravena dan tidak ada reaksi alergi
11.	19.25 wita	1	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan pasien kepada keluarga	Ds : - Do : Keluarga pasien tampak paham dan mengerti mengenai penjelasan perawat
12.	19.31 wita	1	Melakukan pemasangan NGT pada pasien	Ds : - Do : NGT berhasil masuk ke dalam lambung, cairan lambung yang keluar berwarna kuning kecoklatan

13.	19.38 wita	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 140/90 mmHg N : 90 x/menit RR : 24 x/menit S : 36,2 °C SpO2 : 97 %
14.	19.42 wita	1	Melakukan penghisapan lendir/ <i>suction</i> pada daerah mulut dan jalan napas atas.	Ds: - Do: - Terdapat reflek batuk - Sekret yang keluar berwarna kuning kecoklatan - Bunyi gurgling hilang
15.	19.48 wita	1	Memonitor pola nafas pasien	Ds : - Do : RR : 20x/menit, SpO2 : 98%
16.	20.00 wita	1	Mendokumentasikan hasil pemantauan pasien	Ds : - Do : Hasil pemantauan pasien sudah tampak didokumentasikan di dokumentasi asuhan keperawatan

Tabel 8
Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan II Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

No	Tgl/ Jam	No Dx	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1.	19/04/ 2021 12.00 wita	1	Memonitor penurunan tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (pain), GCS : E ₃ V ₃ M ₄ (10), tingkat kesadaran somnolen	
2.	12.03 wita	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 170/100 mmHg N : 110 x/menit RR : 29 x/menit S : 36,4 °C SpO2 : 95 %	
4.	12.11 wita	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian oksigen (O ₂) melalui <i>Non</i>	Ds : - Do : Pasien tampak terpasang O ₂ melalui NRM 10 lpm	

<i>Rebreathing Mask (NRM) 10 lpm</i>				
5.	12.19 wita	1	Melakukan tindakan delegative pemasangan infus IVFD NaCl 0,9 % 20 tpm dan pengambilan sampel darah serta pengambilan SARS-CoV-2- <i>Antigen Test</i>	Ds : - Do : Infus IVFD NaCl 0,9% 20 tpm sudah tampak terpasang pada tangan kanan, tetesan infus lancar, sampel darah dan SARS-CoV-2- <i>Antigen Test</i> sudah diambil
6.	12.35 wita	1	Melakukan tindakan pemasangan <i>bed site</i> monitor	Ds : - Do : <i>Bed site</i> monitor sudah tampak terpasang pada pasien
7.	12.47 wita	1	Memonitor adanya produksi sputum dan suara nafas tambahan	Ds : - Do : Tampak keluar cairan saliva pada mulut pasien dan terdengar bunyi gurgling dan suara napas tambahan ronkhi
8.	13.03 wita	1	Melakukan penghisapan lendir/ <i>suction</i> pada daerah mulut dan jalan napas atas.	Ds: - Do: - Terdapat reflek batuk - Sekret yang keluar berwarna kuning kecoklatan - Bunyi gurgling berkurang
9.	13.13 wita	1	Memonitor pola nafas pasien	Ds : - Do : RR : 27x/menit , SpO2 97%
10.	13.18 wita	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian terapi obat : Nikardipin 10mg/ 10 ml intravena Citicoline 250 mg/2ml intravena Omeprazole 40 mg/ 10ml intravena	Ds : - Do : Obat sudah diberikan melalui intravena dan tidak ada reaksi alergi
11.	13.26 wita	1	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan pasien kepada keluarga	Ds : - Do : Keluarga pasien tampak paham dan mengerti mengenai penjelasan perawat
12.	13.31 wita	1	Melakukan pemasangan NGT pada pasien	Ds : - Do : NGT berhasil masuk ke dalam lambung, cairan lambung yang keluar berwarna

				kuning kecoklatan
13.	13.39 wita	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 150/90 mmHg N : 92 x/menit RR : 25 x/menit S : 36 °C SpO2 : 97 %
14.	13.43 wita	1	Melakukan penghisapan lendir/ <i>suction</i> pada daerah mulut dan jalan napas atas.	Ds : - Do: - Terdapat reflek batuk - Sekret yang keluar berwarna kuning kecoklatan - Bunyi gurgling hilang
15.	13.51 wita	1	Memonitor pola nafas pasien	Ds : - Do : RR : 22x/menit, SpO2 : 99%
16.	14.00 wita	1	Mendokumentasikan hasil pemantauan pasien	Ds : - Do : Hasil pemantauan pasien sudah tampak didokumentasikan di dokumentasi asuhan keperawatan

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 9
Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan I Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

No	Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	16 April 2021 Pukul 20.00 wita	S : - O : Tampak terpasang O ₂ melalui NRM 10 lpm Produksi sputum pasien tampak menurun Dyspnea tampak menurun (Frekuensi nafas awal 28x/menit menjadi 20x/menit) Pola nafas pasien tampak membaik tidak terdengar suara napas gurgling, suara napas tambahan ronkhi menurun Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 140/90 mmHg N : 90 x/menit S : 36,2°C RR : 20x/mnt SpO2 : 99% Masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian	

P : Lanjutkan intervensi
Monitor pola nafas pasien
Monitor adanya produksi sputum

Tabel 10
Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan II Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

No	Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	19 April 2021 Pukul 20.00 wita	S : - O : Tampak terpasang O ₂ melalui NRM 10 lpm Produksi sputum pasien tampak menurun Dyspnea tampak menurun (Frekuensi nafas awal 29x/menit menjadi 22x/menit) Pola nafas pasien tampak membaik tidak terdengar suara napas gurgling, suara napas tambahan ronkhi menurun Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 150/90 mmHg N : 92 x/menit S : 36°C RR : 22x/mnt SpO ₂ : 99% Masalah Bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi Monitor pola nafas pasien Monitor adanya produksi sputum	
