

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Langkah awal dalam proses asuhan keperawatan adalah pengkajian, metode yang dilakukan yaitu dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga dapat diketahui berbagai permasalahan yang dialami pasien (Tembaru, 2018). Penulisan karya tulis ini menggunakan dua pasien yang dijadikan kasus kelolaan utama, yakni pasien dengan diagnosa PPOK di IGD RSUP Sanglah. Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua pasien kelolaan didapatkan data sebagai berikut:

Tabel 2
Pengkajian Kasus Kelolaan Utama

Kasus I	Kasus II
1. Identitas pasien	1. Identitas pasien
Nama : Tn. B	Nama : Tn. P
Umur : 67 tahun	Umur : 71 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki	Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Tidak bekerja	Pekerjaan : Tidak bekerja
Agama : Hindu	Agama : Hindu
Tanggal Masuk RS : 17 April 2021	Tanggal Masuk RS : 20 April 2021
Alasan Masuk : pasien dikeluhkan sesak dan batuk berdahak	Alasan Masuk : pasien dikeluhkan sesak
Diagnose Medis : PPOK	Diagnose Medis : PPOK
2. <i>Initial survey : Allertness, Kuning</i>	2. <i>Initial survey : Allernetss, Kuning</i>

3. Survey primer dan resusitasi	3. Survey primer dan resusitasi
a. <i>Airway</i>	a. <i>Airway</i>
Keadaan jalan napas	Keadaan jalan napas
Tingkat kesadaran: compos mentis	Tingkat kesadaran: compos mentis
Pernafasan : 26 x/menit	Pernafasan : 28 x/menit
Upaya bernafas : ada, ekspirasi memanjang	Upaya bernafas : ada, ekspirasi memanjang
Benda asing di jalan nafas : sputum (+)	Benda asing di jalan nafas : sputum (+)
Bunyi nafas : ronchi (+)	Bunyi nafas : ronchi (+), wheezing (+)
Hembusan nafas : ada	Hembusan nafas : ada
b. <i>Breathing</i>	b. <i>Breathing</i>
Fungsi pernafasan	Fungsi pernafasan
Jenis pernafasan : dyspnea, SpO2 92%	Jenis pernafasan : dyspnea, SpO2 88 %
Frekwensi pernafasan : 26 x/menit	Frekwensi pernafasan : 28 x/menit
Retraksi otot bantu nafas : ada	Retraksi otot bantu nafas : ada
Kelainan dinding thoraks : tidak ada	Kelainan dinding thoraks : tidak ada
Bunyi nafas : ronchi (+)	Bunyi nafas : ronchi (+), wheezing (+)
Hembusan nafas : ada	Hembusan nafas : ada
c. <i>Circulation</i>	c. <i>Circulation</i>
Keadaan sirkulasi	Keadaan sirkulasi
Tingkat kesadaran : compos mentis	Tingkat kesadaran : compos mentis
Perdarahan (internal/eksternal) : tidak ada	Perdarahan (internal/eksternal) : tidak ada
Kapilari refill : < 2 detik	Kapilari refill : < 2 detik

<p>Tekanan darah : 110/70 mmHg Nadi radial/carotis : 98 x/menit Akral perifer : hangat</p> <p>d. <i>Disability</i> Pemeriksaan neurologis GCS: E: 4, V: 5, M: 6 (15 composmentis)</p>	<p>Tekanan darah : 100/60 mmHg Nadi radial/carotis : 90 x/menit Akral perifer : dingin</p> <p>d. <i>Disability</i> Pemeriksaan neurologis GCS: E: 4, V: 5, M: 6 (15 composmentis)</p>
<p>4. Riwayat Kesehatan</p> <p>a. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat DM sejak 5 tahun yang lalu dan sebelumnya pasien merupakan perokok aktif dan sudah berhenti merokok sejak 8 tahun yang lalu. Keluarga mengatakan pasien sudah 3 kali masuk rumah sakit dikarenakan sesak yang hilang timbul. Pasien tidak memiliki alergi terhadap obat-obatan ataupun makanan.</p> <p>b. Riwayat kesehatan sekarang Pasien datang dalam kondisi sadar diantar oleh keluarganya 17 April 2021, Pukul 16.00 Wita ke IGD RSUP Sanglah. Pasien mengeluh sesak sejak pukul 09.00 pagi dan memburuk sejak 1 jam sebelum MRS, pasien mengalami batuk berdahak sejak 6 bulan yang lalu dan sulit mengeluarkan dahak. Saat di IGD pasien tampak batuk tidak</p>	<p>4. Riwayat Kesehatan</p> <p>a. Riwayat kesehatan dulu Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit asma sejak lama dan batuk sejak 2 tahun yang lalu. Pasien memiliki kebiasaan merokok sejak muda dan sudah berhenti sejak 3 tahun yang lalu. Pasien memiliki riwayat Hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Riwayat minum obat obat batuk (tidak tahu nama obat) dan amlodipine 5 mg. pasien tidak memiliki alergi terhadap obat-obatan ataupun makanan.</p> <p>b. Riwayat kesehatan sekarang Pasien datang dalam kondisi sadar diantar oleh anaknya 20 April 2021, Pukul 11.00 Wita ke IGD RSUP Sanglah. Pasien mengeluh sesak sejak 2 hari yang lalu dan memburuk sejak 1 jam sebelum MRS, pasien mengalami batuk berdahak sejak kurang lebih 1 tahun yang lalu dan memberat serta tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 3</p>

efektif dan pasien tampak gelisah, dilakukan pemeriksaan vital sign yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 98 x/menit, suhu 36,3 C, frekuensi napas 26 x/menit, pola napas berubah (dyspnea) dan saturasi oksigen 92%. Pasien mendapatkan terapi oksigen 8 lpm, terapi nebulizer combivent 1 vial, infus IVFD NaCl 20 tpm. Pasien sementara observasi di UGD.

hari yang lalu. Saat di IGD pasien dilakukan pemeriksaan vital sign yaitu tekanan darah 100/60 mmHg, Nadi 90 x/menit, pernapasan: 28 x/menit, pola napas berubah (dyspnea), suhu 36,5 C dan saturasi oksigen 88%. Saat di IGD pasien tampak gelisah. Pasien mendapatkan terapi oksigen NRM 10 lpm, terapi nebulizer combivent 1 vial, infus IVFD 20 tpm. Pasien sementara observasi di UGD.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang dideritanya saat ini. Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga baik penyakit keturunan maupun menular seperti TBC, asma, diabetes ataupun hipertensi.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga baik penyakit keturunan maupun menular seperti TBC, asma, diabetes ataupun hipertensi.

5. Pemeriksaan fisik head to toe

- a. Kepala : Normocephal
Kulit kepala: Bersih, tidak ada luka
Mata : Pupil isokor, sklera tidak ikterik
Telinga : Simetris dan pendengaran normal

5. Pemeriksaan fisik head to toe

- a. Kepala : Normocephal
Kulit kepala: Bersih, tidak ada luka
Mata : Pupil isokor, sklera tidak ikterik
Telinga : Simetris dan pendengaran normal
-

Hidung : Tulang hidung simetris dan hidung lembab	Hidung : Tulang hidung simetris dan hidung lembab
Mulut dan gigi : Mukosa bibir lembab dan mulut bersih, gigi tidak lengkap	Mulut dan gigi : Mukosa bibir lembab dan mulut bersih, gigi tidak lengkap
Wajah : Simetris, bersih	Wajah : Simetris, bersih
Leher : Tidak terdapat pembesaran tiroid dan nadi karotis teraba	Leher : Tidak terdapat pembesaran tiroid dan nadi karotis teraba
b. Dada/ thoraks Paru-paru	b. Dada/ thoraks Paru-paru
Inspeksi : normochest , pergerakan dada simetris, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan dan tidak terdapat jejas,.	Inspeksi : normochest , pergerakan dada simetris, ekspirasi memanjang, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan dan tidak terdapat jejas,.
Palpasi : Simetris, tidak terdapat nyeri tekan dan terdapat retraksi dinding dada, irama pernafasan dengan frekuensi 26 x/menit	Palpasi : Bentuk dada menyerupai barrel chest, tidak terdapat nyeri tekan dan terdapat retraksi dinding dada, irama pernafasan dengan frekuensi 28 x/menit
Perkusi : Sonor	Perkusi : Sonor
Auskultasi : Terdapat suara napas tambahan ronchi (+)	Auskultasi : Terdapat suara napas tambahan ronchi (+), wheezing (+)
c. Jantung	c. Jantung
Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka	Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
Perkusi : Redup	Perkusi : Redup
Auskultasi : S1 dan S2 tunggal regular, suara murmur tidak ada	Auskultasi : S1 dan S2 tunggal regular, suara murmur tidak ada
d. Abdomen	

<p>Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak tampak adanya trauma</p> <p>Palpasi : tidak ada nyeri tekan, benjolan atau massa tidak ada, tanda ascites tidak ada</p> <p>Perkusi : suara abdomen tympani</p> <p>Auskultasi : terdengar bising usus 8 x/menit</p> <p>e. Pelvis</p> <p>Inspeksi : Simetris tidak terdapat benjolan/luka</p> <p>Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan</p> <p>Perineum dan rektum : Tidak terkaji</p> <p>f. Genitalia : Tidak terkaji</p> <p>g. Ekstremitas</p> <p>Status sirkulasi : Nadi radialis teraba 92x/menit, CRT < 2 detik</p> <p>Keadaan injury : Tidak terdapat injury</p> <p>h. Neurologis</p> <p>Fungsi sensorik : Baik</p> <p>Fungsi motorik : Baik</p>	<p>d. Abdomen</p> <p>Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak tampak adanya trauma</p> <p>Palpasi : tidak ada nyeri tekan, benjolan atau massa tidak ada, tanda ascites tidak ada</p> <p>Perkusi : suara abdomen tympani</p> <p>Auskultasi : terdengar bising usus 6 x/menit</p> <p>e. Pelvis</p> <p>Inspeksi : Simetris tidak terdapat benjolan/luka</p> <p>Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan</p> <p>Perineum dan rektum : Tidak terkaji</p> <p>f. Genitalia : Tidak terkaji</p> <p>g. Ekstremitas</p> <p>Status sirkulasi : Nadi radialis teraba 92x/menit, CRT < 2 detik</p> <p>Keadaan injury : Tidak terdapat injury</p> <p>h. Neurologis</p> <p>Fungsi sensorik : Baik</p> <p>Fungsi motorik : Baik</p>
<p>6. Terapi dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nebulizer combivent UDV 3 x 1 vial inhalasi - Cefoperazone sulbactam 2 x 1 gr intravena 	<p>6. Terapi dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nebulizer combivent UDV 3 x 1 vial inhalasi - Nebulizer Pulmicort 2 x 1 vial inhalasi

- | | |
|---|---|
| - Asetilsistein 3 x 1 tablet intraoral | - Hidrocortison 2 x 100 mg intravena |
| - Levofloxacin 1 x 5 mg/ml intravena | - NAC 3 x 1 tablet intraoral |
| - Methylprednisolone 1 x 125 mg intravena | - Cefoferazone sulbactam 3 x 1 gr intravena |
| - IVFD NaCl 500 ml | - IVFD NaCl 500 ml |

7. Hasil Laboratorium

Kasus I

Tabel 3

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn. B
(Sabtu, 17 April 2021)

Nama Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
Darah Lengkap (DL)	NE %	95.00	%	47-80	Tinggi
	LY%	2.00	%	13-40	Rendah
	MO%	2.90	%	2.0-11.0	
	EO%	0.00	%	0.0-5.0	
	BA%	0.10	%	0.0-2.0	
	NE#	30.45	$10^3/\mu\text{L}$	2.50-7.50	Tinggi
	LY#	0.65	$10^3/\mu\text{L}$	1.00-4.00	Rendah
	MO#	0.92	$10^3/\mu\text{L}$	0.10-1.20	
	EO#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.50	
	BA#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.0-0.1	
	RBC	3.87	$10^6/\mu\text{L}$	4.5-5.9	Rendah
	HGB	11.30	g/dL	13.5-17.5	Rendah
	HCT	34.20	%	41.0-53.0	Rendah
	MCV	88.40	fL	80.0-100.0	
	WBC	32.05	$10^3/\mu\text{L}$	4.1-11.0	Tinggi
	MCH	29.20	pg	26.0-34.0	

	MCHC	33.00	g/dL	31-36	
	RDW	13.40	%	11.6-14.8	
	PLT	319.00	10 ³ /μL	150-440	
	MPV	9.10	fL	6.80-10.0	
	NLR	47.50		<=3.13	Tinggi
Pocacitonin	Pocacitonin	3.84	ng/mL	<0.15	Tinggi
SGOT	AST/SGOT	28.1	U/L	5-34	
SGPT	ALT/SGPT	48.40	U/L	11.00-50.00	
Albumin	Albumin	2.74	g/dL	3.40-4.80	Rendah
BUN/Ureum	BUN	23.30	mg/dL	8.00-23.00	Tinggi
Creatinin	Kreatinin	0.90	mg/dL	0.72-1.25	
	e-LFG	88.07		>=90	Rendah
Analisa Gas Darah (AGD) + Elektrolit	Natrium (Na)	126	mmol/L	136-145	Rendah
	pH	7.48		7.35-7.45	Tinggi
	Pco2	36.0	mmHg	35.00-45.00	
	pO2	70.00	mmHg	80.00-100.00	Rendah
	BEecf	3.3	mmol/L	-2-2	Tinggi
	HCO3	26.80	mmol/L	22.00-26.00	Tinggi
	SO2	92.0	%	95%-100%	Rendah
	TCO2	27.90	mmol/L	24.00-30.00	
	Kalium (K)	3.50	mmol/L	3.50-5.10	
BS Acak/ Glukosa Acak/ glukosa Sewaktu	Glukosa Darah (Sewaktu)	159	mg/dL	70-140	Tinggi

Kasus II

Tabel 4.

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn. P
(Selasa, 20 April 2021)

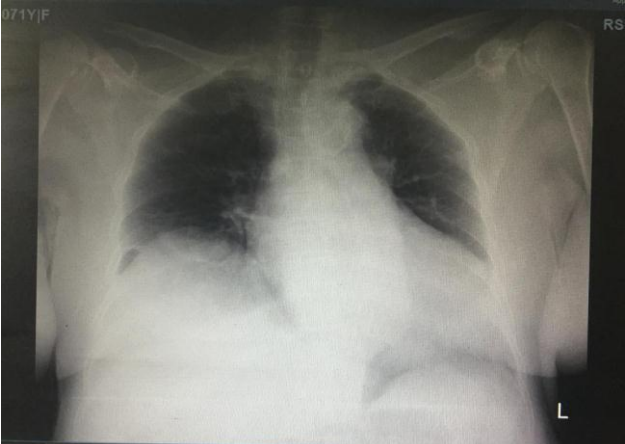
Nama Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
Darah Lengkap (DL)	NE %	85.00	%	47-80	Tinggi
	LY%	5.00	%	13-40	Rendah
	MO%	2.90	%	2.0-11.0	
	EO%	0.02	%	0.0-5.0	
	BA%	0.16	%	0.0-2.0	
	NE#	15.45	$10^3/\mu\text{L}$	2.50-7.50	Tinggi
	LY#	0.89	$10^3/\mu\text{L}$	1.00-4.00	Rendah
	MO#	0.92	$10^3/\mu\text{L}$	0.10-1.20	
	EO#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.50	
	BA#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.0-0.1	
	RBC	3.57	$10^6/\mu\text{L}$	4.5-5.9	Rendah
	HGB	11.30	g/dL	13.5-17.5	Rendah
	HCT	34.20	%	41.0-53.0	Rendah
	MCV	88.40	fL	80.0-100.0	
	WBC	35.05	$10^3/\mu\text{L}$	4.1-11.0	Tinggi
	MCH	29.20	pg	26.0-34.0	
	MCHC	30.00	g/dL	31-36	
	RDW	12.40	%	11.6-14.8	
	PLT	409.00	$10^3/\mu\text{L}$	150-440	
MPV	9.10	fL	6.80-10.0		
NLR	44.50		≤ 3.13	Tinggi	
Pocacitonin	Pocacitonin	3.64	ng/mL	< 0.15	Tinggi
SGOT	AST/SGOT	26.1	U/L	5-34	
SGPT	ALT/SGPT	38.40	U/L	11.00-50.00	
Albumin	Albumin	2.74	g/dL	3.40-4.80	Rendah
BUN/Ureum	BUN	23.30	mg/dL	8.00-23.00	Tinggi

Creatinin	Kreatinin	0.90	mg/dL	0.72-1.25	
	e-LFG	88.07		>=90	Rendah
Analisa Gas Darah (AGD) + Elektrolit	Natrium (Na)	122	mmol/L	136-145	Rendah
	pH	7.32		7.35-7.45	Rendah
	Pco2	46.0	mmHg	35.00-45.00	Tinggi
	pO2	70.00	mmHg	80.00-100.00	Rendah
	BEecf	3.3	mmol/L	-2-2	Tinggi
	HCO3	26.86	mmol/L	22.00-26.00	Tinggi
	SO2	88.0	%	95%-100%	Rendah
	TCO2	25.90	mmol/L	24.00-30.00	
	Kalium (K)	3.67	mmol/L	3.50-5.10	
BS Acak/ Glukosa Acak/ glukosa Sewaktu	Glukosa Darah (Sewaktu)	119	mg/dL	70-140	

8. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 5.

Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Hasil Pemeriksaan Diagnostik	Hasil Bacaan
1	2
Kasus I Tn. B 	Tgl Pemeriksaan: (17-04-2021) Soft tissue: tak tampak kelainan Tulang-tulang: tidak tampak kelainan Diaphragma kanan kiri: normal Sinus pleura kanan kiri tajam Cor: besar dan bentuk kesan normal. CTR 48% Trachea: airway patent Pulmo: Corakan bronchovaskuler pada kedua lapang paru dalam batas normal Kesan: Pulmo tak tampak kelainan

Kasus II Tn. P



Tgl Pemeriksaan: (20-04-2021)
Soft tissue: tak tampak kelainan
Tulang-tulang: tidak tampak kelainan
Diaphragma kanan kiri: normal
Sinus pleura kanan kiri tajam
Cor: besar dan bentuk kesan normal. CTR 62%
Trachea: airway patent
Pulmo: tampak konsolidasi pada zona atas hingga bawah paru kanan kiri Corakan bronchovaskuler pada kedua lapang meningkat
Kesan:
Pulmo tak tampak kelainan

B. Diagnosa Keperawatan

Rumusan diagnosa keperawatan disajikan dalam tabel berikut:

Table 6.

Analisa Data Kasus 1

Data fokus	Analisis Masalah	Masalah
DS : Pasien mengeluh sesak sejak pukul 09.00 pagi dan memburuk sejak 1 jam sebelum MRS, pasien mengalami batuk berdahak sejak 6 bulan yang lalu dan sulit mengeluarkan dahak.	Respon inflamasi karena terpapar faktor internal dan eksternal ↓ Hiperskresi mukus ↓ Penumpukan lender dan sekresi berlebihan ↓ Merangsang reflek batuk ↓ Batuk tidak efektif ↓ Bersihkan jalan napas tidak efektif	Bersihkan jalan napas tidak efektif
DO : <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak- Pasien tampak gelisah- Pasien tampak sesak RR: 26 x/menit, SpO2 92%- Sputum (+) berwarna kuning- Ronchi (+)- Penggunaan otot bantu		

Tabel 7.

Analisa Data Kasus 2

Data fokus	Analisa masalah	Masalah
<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan sesak napas sejak 2 hari yang lalu dan memburuk sejak 1 jam sebelum MRS, pasien mengalami batuk berdahak sejak kurang lebih 1 tahun yang lalu dan memberat serta tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak sesak, ekspirasi memanjang RR: 28 x/menit, SpO2 88% - Sputum (+) berwarna kuning - Ronchi (+) - Penggunaan otot bantu nafas (+) 	<p>Respon inflamasi karena terpapar faktor internal dan eksternal</p> <p>▼</p> <p>Hipersekresi mukus</p> <p>▼</p> <p>Penumpukan lender dan sekresi berlebihan</p> <p>▼</p> <p>Merangsang reflek batuk</p> <p>▼</p> <p>Batuk tidak efektif</p> <p>▼</p> <p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>

Kasus I : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak napas, pasien mengalami batuk berdahak serta pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahak. Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak, pasien tampak gelisah, pasien tampak sesak napas, ekspirasi memanjang dan dyspnea. RR :

26 x/menit, SaO₂ : 92 %, sputum (+) berwarna kuning, ronchi (+), penggunaan otot bantu nafas (+).

Kasus II : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak napas, pasien mengalami batuk berdahak serta pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahak. Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak, pasien tampak gelisah, pasien tampak sesak napas, ekspirasi memanjang dan dyspnea. RR : 28 x/menit, SaO₂ : 88 %, sputum (+) berwarna kuning, ronchi (+), wheezing (+) , penggunaan otot bantu nafas (+).

C. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien kelolaan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kedua pasien kelolaan, perencanaan keperawatan yang dilakukan sebagai berikut:

Tabel 8.

Intervensi Keperawatan Kasus I

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	(Pasien kasus I) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Penyebab : Fisiologis ✓ Hipersekresi jalan napas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 4 jam, maka Bersihan Jalan Napas meningkat dengan kriteria hasil :	Latihan Batuk efektif Observasi ✓ Identifikasi kemampuan batuk Terapeutik

Gejala dan Tanda Minor	✓ Batuk efektif meningkat (5)	✓ Atur posisi semi-fowler atau fowler
Subjektif : -	✓ Produksi sputum menurun (5)	✓ Buang secret pada tempat sputum
Objektif :	✓ Mengi menurun (5)	Edukasi
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Batuk tidak efektif ✓ Sputum berlebih ✓ Mengi, <i>wheezing</i> dan/atau ronchi kering 	✓ Wheezing menurun (5)	✓ Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
Gejala dan Tanda Mayor	✓ Dispnea menurun (5)	✓ Anjurkan tarik nasaf dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan
Subjektif :	✓ Ortopnea menurun (5)	selam 2 detik, kemudian keluarkan dai
✓ Dispnea	✓ Sulit bicara menurun (5)	mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan)
Objektif :	✓ Sianosis menurun (5)	selam 5 detik
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gelisah ✓ Frekuensi nafas berubah ✓ Pola nafas berubah 	✓ Gelisah menurun (5)	✓ Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali
	✓ Frekuensi napas membaik (5)	✓ Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang
	✓ Pola nafas membaik (5)	tarik nafas dalam yang ke-3
		Kolaborasi
		✓ Kolaborasi pemberian mukolitik atau
		ekspektoran, <i>jika perlu</i> .
		Manajemen Jalan Nafas
		Observasi
		✓ Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
		✓ Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling,

	<ul style="list-style-type: none"> mengi, wheezing, ronkhi kering) ✓ Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posisikan semi-fowler atau fowler ✓ Lakukan fisioterapi dada, jika perlu ✓ Berikan oksigen
	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajarkan teknik batuk efektif
	<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik

Tabel 9.
Intervensi Keperawatan Kasus II

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	(Pasien kasus II) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Penyebab : Fisiologis ✓ Hipersekresi jalan napas Gejala dan Tanda Minor Subjektif : -	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 4 jam, maka Bersihan Jalan Napas meningkat dengan kriteria hasil : ✓ Batuk efektif meningkat (5) ✓ Produksi sputum menurun (5)	Latihan Batuk efektif Observasi ✓ Identifikasi kemampuan batuk Terapeutik ✓ Atur posisi semi-fowler atau fowler ✓ Buang secret pada tempat sputum Edukasi

Objektif :	✓ Mengi menurun (5)	✓ Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
✓ Batuk tidak efektif	✓ Wheezing menurun (5)	✓ Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 5 detik
✓ Sputum berlebih	✓ Dispnea menurun (5)	✓ Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali
✓ Mengi, <i>wheezing</i> dan/atau ronkhi kering	✓ Ortopnea menurun (5)	✓ Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3
Gejala dan Tanda Mayor	✓ Sulit bicara menurun (5)	Kolaborasi
Subjektif :	✓ Sianosis menurun (5)	✓ Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, <i>jika perlu</i> .
✓ Dispnea	✓ Gelisah menurun (5)	Manajemen Jalan Nafas
Objektif :	✓ Frekuensi napas membaik (5)	Observasi
✓ Gelisah	✓ Pola napas membaik (5)	✓ Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
✓ Frekuensi napas berubah		✓ Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
✓ Pola napas berubah		✓ Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
		Terapeutik

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Posisikan semi-fowler atau fowler ✓ Lakukan fisioterapi dada, jika perlu ✓ Berikan oksigen
	Edukasi
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajarkan teknik batuk efektif
	Kolaborasi
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya. Implementasi keperawatan pada Pasien I dilakukan pada hari Sabtu tanggal 17 April 2021 mulai pukul 16.00 WITA sampai dengan 20.00 WITA di IGD RSUP Sanglah. Implementasi keperawatan pada Pasien II dilakukan pada hari Rabu tanggal 20 April 2021 mulai pukul 11.00 WITA sampai dengan 15.00 WITA di IGD RSUP Sanglah. Implementasi keperawatan pada kedua pasien kelolaan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 10.

Implementasi Keperawatan Kasus I

No	Tgl/ Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1.	17/04/2021 16.05 Wita	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji keluhan pasien - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Memonitor bunyi napas 	DS : Pasien mengeluh sesak sejak pukul 09.00 pagi dan memburuk sejak 1 jam sebelum MRS, pasien mengalami batuk berdahak sejak 6 bulan yang lalu	

		tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) - Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	dan sulit mengeluarkan dahak. DO : - Pasien tampak sesak - Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak - Pasien tampak gelisah - Terdapat sputum berwarna kuning - Terdapat suara napas tambahan ronchi
2.	16.10 Wita	- Mengukur tanda vital sign pasien	DS : - DO : TD: 110/70 mmHg, N: 98 x/menit, S: 36,5 °C RR: 26 x/menit, SpO2 92%
3.	16.15 Wita	- Memberikan posisi semi fowler	DS : Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler DO: Pasien tampak nyaman dengan posisinya
4.	16.16 Wita	- Delegatif pemberian oksigen pada pasien sebanyak 8 lpm	DS : - DO : Terpasang O2 8 lpm dan pasien tampak masih sesak
6.	16.30 Wita	- Melakukan tindakan pemasangan infus	DS : - DO : Pasien tampak lemas, terpasang infus NaCl 20 tpm
7.	16.35 Wita	- Delegatif pemberian Cefoferazone sulbactam 1 gr intravena	DS : Pasien mengatakan siap untuk diberi obat DO : Telah diberikan Cefoferazone sulbactam 1 gr intravena, tampak tidak ada tanda alergi
8.	17.00 Wita	- Mengidentifikasi kemampuan batuk	DS : Pasien mengatakan belum bisa mengeluarkan dahak dengan batuk DO : Pasien tampak berusaha mengeluarkan dahaknya dengan batuk
9.	17.10 Wita	- Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif	DS : Pasien mengatakan paham dengan penjelasan perawat DO : Pasien tampak paham dengan penjelasan perawat
10.	17.12 Wita	- Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 5 detik	DS : Pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahaknya sedikit DO : Pasien tampak melakukan teknik batuk efektif dan dahak keluar berwarna kuning

		<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali - Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3 	
11.	17.20 Wita	- Membuang secret pada tempat sputum	DS : DO : Pasien dan keluarga tampak membuang sputum di tempat yang telah disediakan
12.	18.15 Wita	- Melakukan tindakan kolaborasi pemberian nebulizer combivent 1 vial	DS : Pasien mengatakan masih sesak DO : Pasien masih tampak sesak, Sudah diberikan terapi nebulizer combivent 1 vial dan pasien tampak kooperatif
13.	19.30 Wita	- Delegative pemberian methylprednisolone 1 x 125 mg intravena	DS : Pasien mengatakan siap untuk diberi obat DO : Telah diberikan methylprednisolone 1 x 125 mg intravena dan tidak ada reaksi alergi
14.	20.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas - Memonitor pola napas - Memonitor saturasi oksigen 	DS : Pasien masih mengatakan sesak sudah mulai berkurang DO : Tampak frekuensi napas membaik, pola napas membaik, tidak ada upaya napas RR : 24x/menit, SPO2 : 97%

Tabel 11.

Implementasi Keperawatan Kasus II

No	Tgl/ Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1.	20/04/ 2021 11.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji keluhan pasien - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) - Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 	DS : Pasien mengatakan sesak napas sejak 2 hari yang lalu dan memburuk sejak 1 jam sebelum MRS, Pasien mengalami batuk berdahak sejak kurang lebih 2 tahun yang lalu dan memberat serta tidak dapat mengeluarkan dahak sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya. DO : - Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak, - Pasien tampak gelisah	

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak napas, Ekspirasi memanjang, dan dyspnea: - Sputum (+) berwarna kuning - Ronchi (+), wheezing (+) - Penggunaan Otot bantu nafas (+)
2.	11.03 Wita	- Mengukur tanda – tanda vital pasien	DS : - DO : TTV TD : 100/60 mmHg S : 36.2 ⁰ C N : 90 x/menit RR : 28x/menit SpO2 : 88%
3.	11.05 Wita	- Memberikan posisi semi fowler	DS : Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler DO: Pasien tampak nyaman dengan posisinya
4.	11.07 Wita	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan oksigen - Mempertahankan kepatenan jalan napas 	DS : Pasien mengatakan dada terasa sesak DO : Terpasang O2 NRM 10 lpm, pasien tampak lebih nyaman, namun masih tampak sesak napas
5.	11. 20 Wita	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas - Mempalpasi kesimetrisan ekspansi paru - Memonitor pola napas - Memonitor saturasi oksigen 	DS : Pasien masih mengatakan kesulitan bernapas DO : Tampak ada upaya napas, RR : 28x/menit, pernapasan cepat dalam, paru tampak simetris, SPO2 : 90%
6.	11.30 Wita	- Melakukan tindakan pemasangan infus	DS : - DO : Pasien tampak lemas, terpasang infus NaCl 20 tpm
7	11.33 Wita	- Delegatif pemberian obat Cefoperazone sulbactam 1 gr intravena	DS : - DO : Obat masuk tanpa adanya reaksi alergi
8.	12.10 Wita	- Mengidentifikasi kemampuan batuk	DS : Pasien mengatakan belum bisa mengeluarkan dahak dengan batuk DO : Pasien tampak berusaha mengeluarkan dahaknya dengan batuk

9.	12.20 Wita	- Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif - Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 5 detik - Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali - Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3	DS : Pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan dahaknya sedikit DO : Pasien tampak melakukan teknik batuk efektif dan dahak keluar berwarna kuning
10.	12.45 Wita	- Membuang secret pada tempat sputum	DS :- DO : Pasien dan keluarga tampak membuang sputum di tempat yang telah disediakan
11.	12.50 Wita	- Menganjurkan pasien untuk melakukan latihan batuk efektif disesuaikan dengan kebutuhan pasien	DS: Pasien paham dengan dengan penjelasan perawat DO: Pasien tampak mengerti dan kooperatif.
12.	13.30 Wita	- Melakukan tindakan kolaborasi pemberian nebulizer combivent 1 vial	DS : Pasien mengatakan masih sesak DO : Pasien masih tampak sesak, Sudah diberikan terapi nebulizer combivent 1 vial dan pasien tampak kooperatif
13.	14.00 Wita	- Delegatif pemberian hidrocortison 100 mg/IV	DS : Pasien mengatakan siap untuk diberi obat DO : Telah diberikan hidrocortison 100 mg intravena dan tidak ada reaksi alergi
14.	15.00 Wita	- Memonitor pola napas - Memonitor saturasi oksigen	DS : Pasien masih mengatakan sesak sudah mulai berkurang DO : Tampak frekuensi napas membaik, pola napas membaik, tidak ada upaya napas RR : 25x/menit, SPO2 : 96%

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan catatan perkembangan dilakukan sebagai bentuk evaluasi

menggunakan (SOAP) (Prabowo, 2017). Hasil evaluasi keperawatan pada kedua pasien kelolaan setelah diberikan intervensi keperawatan dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 12.
Evaluasi Keperawatan Kasus I

No.	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	17/04/2021 20.10 Wita	<p>S: Pasien mengatakan sesak sudah mulai berkurang, batuk sudah bisa, mengeluarkan dahak sudah bisa, dan sekarang sudah merasa nyaman.</p> <p>O: Pasien tampak nyaman, sesak napas menurun, Batuk efektif meningkat, produksi sputum masih ada, batuk masih ada, Dispnea menurun, Frekuensi napas membaik, Pola napas membaik, Gelisah menurun, Ronchi berkurang TD: 110/70 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,4 °C, RR : 24 x/menit, SpO2 : 97%.</p> <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) - Anjurkan melakukan batuk efektif disesuaikan dengan kebutuhan pasien - Kolaborasi nebulizer combivent tiap 8 jam inhalasi - Kolaborasi injeksi cefoferazone sulbactam 3x1gr intravena - Asetilsistein 3 x 1 tablet intraoral - Methylprednisolone 1 x 125 mg intravena 	

Tabel 13.

Evaluasi Keperawatan Kasus II

No.	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	20/04/2021 15.00 Wita	<p>S: Pasien mengatakan sesak sudah mulai berkurang, batuk sudah bisa, mengeluarkan dahak sudah bisa, dan sekarang sudah merasa nyaman.</p> <p>O: Pasien tampak nyaman, sesak napas menurun, Batuk efektif meningkat, produksi sputum masih ada, batuk masih ada, Dispnea menurun, Frekuensi napas membaik, Pola napas membaik, Gelisah menurun, Wheezing (+/+,)Ronchi (+/+) TD: 100/70 mmHg, N: 86x/menit, S: 36,2 °C, RR : 24 x/menit, SpO2 : 96%.</p> <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)- Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)- Anjurkan melakukan batuk efektif disesuaikan dengan kebutuhan pasien- Kolaborasi nebulizer combivent tiap 8 jam inhalasi- Kolaborasi injeksi cefoferazone sulbactam 3x1gr intravena- Kolaborasi injeksi hidro cortison 2x100 mg intravena- Kolaborasi injeksi cefoferazone sulbactam 3x1gr intravena	