

BAB 2

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

1.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian tanggal 6 Maret 2024 pukul 15.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien sendiri, dan file No. register 4468xx sebagai berikut pasien adalah seseorang laki-laki bernama Tn. I berumur 36 tahun, beragama Islam, status menikah, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Jawa. Pasien masuk ke IGD RSUD Anwar Medika Sidoarjo dengan keluhan batuk 1 bulan.

Pasien mengatakan mengalami batuk berdahak putih kental sejak 1 bulan lebih tidak sembuh-sembuh, demam naik turun, berat badan diakui turun banyak, sudah berobat 2 kali belum ada perubahan, hari ini disertai mual muntah dan terasa sesak sehingga pada tanggal 6 Maret 2024 pasien pergi ke IGD RSUD Anwar Medika Sidoarjo pada pukul 14.44 WIB. Suhu : 36,7⁰C; N : 69 x/menit, TD : 131/89 mmHg, RR: 28x/menit, kulit teraba hangat, pasien lemas, ada batuk. Pasien mengatakan bahwa pasien sering mengalami batuk-batuk, tetapi disangka karena efek merokok, pasien merokok dari usia 17 tahun. Pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarganya yang menderita penyakit yang sama dengan pasien. Pasien tinggal di rumah dengan ventilasi udara yang kurang memadai, jendela rumah jarang dibuka sehingga ruangan dalam rumah terutama kamar pasien sangat lembab.

Kesadaran compos mentis, GCS E4V5M6, RR: 28 x/ menit, cepat, dangkal, irregular, ekspansi dada kanan kiri sama, diameter anteroposterior tidak

proporsional dibanding diameter lateral, ada retraksi otot pernafasan, ada pernafasan cuping hidung, vokal fremitus menurun, hipersonor ada suara nafas tambahan ronchi di semua lobus paru, pasien tidak mengalami hemoptoe. Klien tampak pucat, N: 69 x/menit, CRT < 2 detik, akral hangat, jantung redup, suara jantung regular S12 tunggal, TD: 131/79 mmHg. Konjungtiva anemis, mual, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan BB awal : 65 Kg dan BB saat ini : 58 Kg. Tidak ada distensi abdomen, suara abdomen timpani dan bising usus 6x/menit. Aktivitas terhambat, tidak dapat beraktivitas terlalu berat atau lama, tidak ada nyeri sendi. Kadar leukosit $15.690/\text{mm}^3$, dan tes Tuberculin BTA Positif.

1.2 Diagnosis Keperawatan

Hasil analisa data menunjukkan bahwa pasien mengatakan sesak nafas, hasil pemeriksaan fisik menunjukkan RR 28 x/menit, sianosis, ada pernafasan cuping hidung, ada retraksi intercostae, fase ekspirasi memanjang, vokal fremitus melemah pada paru kanan dan kiri, ronchi terdengar pada seluruh lobus paru. Diagnosis keperawatan yang ditemui adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas.

1.3 Intervensi

Intervensi yang disusun untuk dilakukan selama 3 hari. Tujuannya setelah 1x30 menit, bersihan jalan nafas efektif. Intervensi disusun berdasarkan SIKI yaitu latihan batuk efektif (I. 01006) dan manajemen jalan nafas (I. 01011) yaitu observasi dengan identifikasi kemampuan batuk, monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas, monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor

bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), *terapeutik* yaitu atur posisi semi-fowler atau fowler, pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien, buang sekret pada tempat sputum, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, berikan oksigen, jika perlu, *edukasi* yaitu jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif yaitu anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik, anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3, anjurkan anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

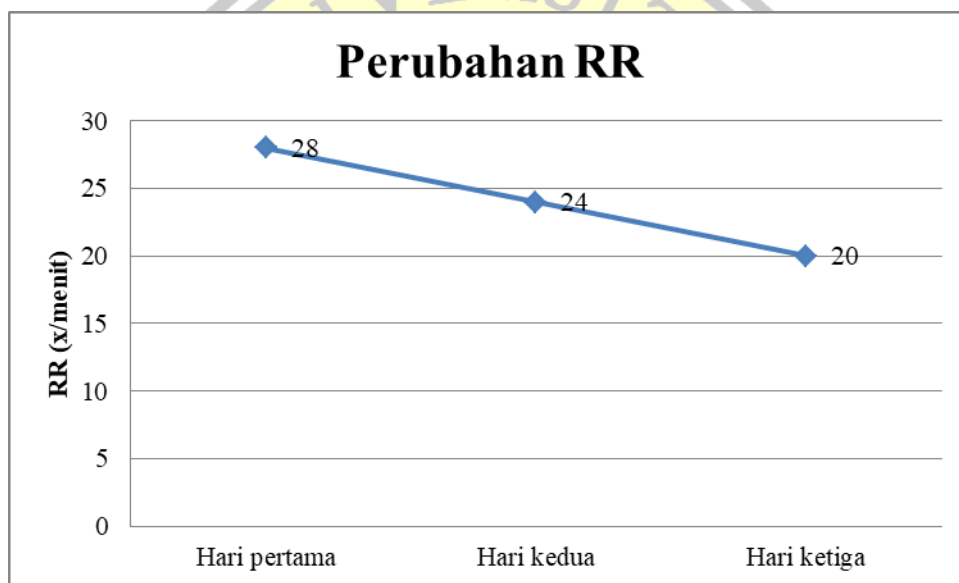
1.4 Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang disusun dalam selama 3 hari. Peneliti melakukan semua yang tindakan yang disusun dalam intervensi latihan batuk efektif dan manajemen jalan nafas. Peneliti mengidentifikasi kemampuan batuk, memonitor tanda dan gejala infeksi saluran napas, monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering), memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), mengatur posisi semi-fowler atau fowler, memasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien, membuang sekret pada tempat sputum, memberikan minum hangat, melakukan fisioterapi dada dengan teknik *clapping*, menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif, menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, melakukan kolaborasi pemberian obat-obatan yaitu Ceftriaxone 2x1 IV, Santagesic 3x1 IV, Solvirex 3x1, Nebule Ventolin, Infus PZ.

Implementasi pemberian air hangat diberikan sesering mungkin sebanyak 8 gelas sehari dan dilakukan pada pertemuan pertama sampai ketiga.

1.5 Evaluasi

Pada hari pertama, pasien mengatakan batuk dan sesak nafas, sianosis, TD: 131/89 mmHg, N: 69x/menit, RR: 28x/menit, terdengar ronchi, hari kedua Pasien mengatakan batuk dan sesak nafas, TD: 123/82 mmHg, N: 76x/menit, RR: 24x/menit, masih terdengar ronchi, dan hari ketiga pasien mengeluh batuk TD : 117/78 mmHg, N : 90x/menit, RR: 20x/menit, masih terdengar ronchi di dada kanan atas, masalah bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi.



Gambar 2. 1 Perubahan RR Pasien Kelolaan dari Hari Pertama sampai Ketiga