BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

3.1 Pengkajian

Pasien dengan identitas An.D berjenis kelamin perempuan dengan usia 3 tahun, beragama islam alamat Dampit Kabupaten Malang, pasien merupakan anak kedua dari 2 bersaudara

Pasien dibawa ke Rumah Sakit sejak 26 Mei 2022 melalui IGD dengan keluhan batuk sejak 3 minggu disertai dengan sesak, demam naik turun di suhu 38°-39,7°C dan sering berkeringkat di malam hari, Pasien adalah rujukan dari RS H, di IGD pasien sudah terpasang O2 NRBM 10Lpm, mendapatkan terapi infus D5 ½ NS 400 cc/hari, selanjutnya pasien mendapatkan terapi lanjut di ruang anak Empu Tantular RSUD Kanjuruhan di Ruang Isolasi 2.1

Pasien sudah dirawat di ruang empu selama 16 hari dengan kondisi yang sama, selama di rumah sakit pasien diberikan terapi nebulizer ventolin dengan NaCL 2:1, pasien juga mendapatkan terapi O2 NRBM 8-10Lpm berdasarkan resep yang diberikan oleh dokter, ibu pasien juga mengatakan An D gelisah setiap malam dan demamnya tidak turun-turun disertai dengan sesak

Riwayat kesehatan saat ini, pasien didiagnosa oleh dokter menderita Tuberkulosis, tidak ada tindakan khusus untuk dilakukan operasi. Nutrisi yang didapat saat ini adalah susu formula, sedangkan untuk cairan yang didapat saat ini adalah infus D5 ¼ 400cc/hari, obat-obatan yang didapat pasien adalah injeksi Cefotaxime 250g 3x1, Dexametasone, Antrain 80mg 3x1, Ventolin ½ resp + Ns 2cc 4x1/hari, puyer batuk 3x1/hari melalui NGT dan diet bubur halus dengan susu melalui NGT, tindakan keperawatan yang dilakukan saat ini ada observasi tanda-tanda vital dan menganjurkan keluarga untuk melakukan reposisi setiap 2 jam sekali

Riwayat Kesehatan Lalu, riwayat prenatal dan post natal, Ny S hamil dengan usia kehamilan cukup bulan (39 minggu) dan melahirkan dengan normal di Klinik bersalin Dampit dengan BB bayi lahir 2,8kg. Riwayat penyakit yang pernah di derita, pasien sudah 3 minggu ini mengalami batuk dan sesak disertai demam, pasien sempat dirawat di Rumah Sakit H dan melanjutkan pengobatan dirumah namun tidak kunjung membaik, menurut data dari Ibu klien bahwa obat yang diberikan dari RS sebelumnya bukan obat berwarna merah dan bukan obat yang harus dikonsumsi selama 6 bulan

setelah kurang lebih 2 minggu pasien dilakukan rawat inap di Rumah Sakit H namun pasien dirujuk di RSUD Kanjuruhan. Ada riwayat injury/kecelakaan dan riwayat alergi. Namun pasien mengalami kelainan cacat fisik sejak usianya 1 tahun setelah pasien mengalami kejadian jatuh dari tempat tidur. Riwayat Imunisasi, dengan jenis imunisasi hepatitis, polio, pentabio diberikan pada saat lahir dan saat usia 1 dan 2 bulan, dengan frekuensi pemberian hepatitis 1 kali, polio 2 kali dan pentabio 1 kali, namun setelah itu pasien sudah tidak dibawa ke pelayanan kesehatan untuk melanjutkan Imunisasi lagi. Riwayat Perkembangan Psikoseksual, pasien belum ada tanda fase oral maupun anal. Riwayat Perkembangan Kognitif dan moral, pasien sudah bisa menggenggam jari orang lain di usia 1 tahun

Riwayat Sosial, pasien diasuh oleh orang tua. Hubungan sosial dengan anggota keluarga harmonis. Belum ada interaksi hubungan sosial dengan teman sebayanya pasien hanya melakukan aktivitas dirumah saja bersama kakaknya, selama rawat inap pasien hanya terbaring di bed dan rewel

Riwayat Keluarga, sosial ekonomi. Ayah pasien bekerja sebagai kuli bangunan dan Ibu sebagai ibu rumah tangga, tidak ada riwayat penyakit turunan dari kedua orang tua pasien, namun kakek pasien pernah menderita penyakit Tuberkulosis yang tidak kunjung sembuh, Ayah pasien merupakan anak ke 3 dari 5 bersaudara, Ibu pasien merupakan anak ke 2 dari 3 bersaudara. Pasien tinggal bersama kedua orang tua, kakak pasien dan kakek dari Ibunya, namun kakek sudah meninggal dunia sejak tahun 2021

Kebutuhan Dasar Saat ini, untuk kebutuhan cairan harian pada anak 1-3 tahun memerlukan 1300 mL/hari. Sedangkan cairang yang didapat pasien adalah susu cair ±200cc, D5 ½ 400cc/hari dengan interprestasi terpenuhi. Kebutuhan nutrisi saat ini, nutrisi yang didapat pasien adalah bubur halus 3x1 dan susu cair 200mL 2x1/hari dengan interprestasi terpenuhi. Kebutuhan Pola Tidur, jam tidur harian pada anak biasanya 11-13 jam termasuk dengan tidur siang, sedangkan pola tidur pasien adalah tidur siang 2 jam, tidur malam 8 jam dengan interprestasi tidak terpenuhi karena pasien selalu terbangun dan gelisah. Kebutuhan Personal Hygiene, pasien mandi diseka 2x/hari dilakukan oleh orang tua dengan interpretasi baik. Tidak ada kebutuhan aktifitas bermain, karena pasien hanya bedrest dengan interpretasi tidak terpenuhi

Pola Kesehatan, dalam pola pemeliharaan kesehatan dan persepsi terhadap kesehatan selama ini, keluarga kooperatif dalam merawat pasien selama sakit. Pola Pemehunan Nutrisi, cairan dan pola tidur selama ini dengan interpretasi sebagian belum terpenuhi. Pola Aktivitas selama ini adalah bedrest. Pola Eliminasi selama ini, BAK/BAB masih menggunakan

pempers, diganti saat penuh saja tiap 4-6 jam sekali ganti pempers 5x sehari, untuk BAB 1x/hari namun terkadang tidak BAB. Pola Hubungan Sosial selaa ini, hubungan dengan orang tua dan kakak pasien harmonis. Pola Koping dan Disiplin yang diterapkan selama ini, kelurga memiliki keyakinan semua penyakit yang datang dari Tuhan pasti ada obatnya yang penting selalu berdoa dan berusaha. Pola Perkembangan Kognitif dan Persepsi selama ini, keluarga meyakini pasien pasti sembuh. Keluarga percaya bahwa sakit yang diderita An D selama ini adalah ujian dari Tuhan dan tidak ada yang sia-sia

Pemeriksaan Fisik, keadaan umum pasien lemah, tingkat kesadaran Somnolen (GCS 342), nadi 136x/m, suhu 39°c, RR 30x/m, Spo2 97%, BB: 10kg. Pemeriksaan Head to toe, Kulit : inspeksi : berwarna sawo matang, sianosis (-), luka (-), palpasi : turgor kulit kering, nyeri tekan (-), kulit teraba hangat. Kepala : Inspeksi : penyebaran rambut merata, luka (-), palpasi : nyeri tekan (-). Mata : Inspeksi : mata simetris, sclera anemis, palpasi : nyeri tekan (-). Telinga : Inspeksi : simetris kanan dan kiri, lesi (-), palpasi :nyeri tekan (-) hidung : Inspeksi: bentuk normal, luka (-), palpasi : nyeri tekan (-). Mulut : Inspeksi: : bentuk normal, lesi(-), bibir lembab, karies gigi (-). Leher: inspeksi: bentuk leher simetris, palpasi: distensi vena jugularis (-). Dada: inspeksi: bentuk dada simetris, pergerakan dada simetris. Payudara: normal. Paru-paru: auskultasi: vesikuler, suara napas tambahan : ronkhi (+). Jantung: tidak ada pembesaran jantung. Abdomen: inspeksi: bentuk perut membuncit. Genetalia: inspeksi : tidak cacat menggunakan pempres. Muskuloskeletal: kekuatan otot 1 bergerak dibantu, CRT <2 detik, tangan sebelah kanan terpasang infus. Neurologi : kesadaran Somnolen 342

Pemeriksaan Penunjang. Hemoglobin 9,7g/dl, Hematokrit 29,6%, Eritrosit 3,79 juta/cmm, Lekosit 20,600 sel/cmm, Basofil 1,2%, MCV 78,1 fL, SGOT 224 U/L, SGPT 93 U/L

3.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Analisa data dilakukan berdasarkan hasil pengkajian menggunakan format pengkajian anak yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2022. Masalah yang didapatkan diangkat berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI edisi 1 Cetakan III 2017). Dari hasil pengkajian didapatkan 3 masalah keperawatan yaitu :

a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk (D.0001)

   Masalah keperawatan pertama adalah bersihan jalan napas tidak efektif didapatkan data gejala dan tanda mayor/minor subjektif : Ibu pasien mengatakan An.D mengalami batuk dan terdengar seperti adanya lendir namun tidak bisa dikeluarkan,

masih sesak. Objektif: batu, sesak RR : 28x/m terdapat suara napas tambahan Ronkhi (+)

b. Hipertermia b.d proses penyakit infeksi d.d Suhu 39.0°c (D.0130)

   Masalah keperawatan kedua Hipertermia dengan gejala tanda mayor dan minor subjektif : ibu pasien mengatakan An.D masih demam dan masih dilakukan kompres hangat. Objektif: Suhu 39°c, akral teraba hangat

c. Defisit Pengetahuan b.d Keterbatasan Kognitif d.d Ibu menanyakan masalah yang dihadapi An.D (D.0111) masalah keperawatan yang ketig adalah Defisit pengetahuan dengan gejala tanda mayor dan minor subjektif : Ibu pasien menanyakan terkait dengan masalah yang dihadapi An.D mengapa tidak kunjung membaik. Objektif : Ibu menganggap bahwa An.D mengalami penyakit sekarang karena riwayat jatuhnya sejak usia 1 tahun yang lalu

3.3 Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang akan diberikan kepada pasien An.D disesuaikan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang dirancang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang didapat/yan muncul (3 diagnosa).

Diagnosa Keperawatan pertama, bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk (D.0001). Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam. Maka “bersihan jalan napas” (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil: batuk efektif meningkat, frekuensi napas membaik, pola napas membaik. Intervensi keperawatan yang diberikan ada 2 intervensi diantaranya yang pertama Manajemen Jalan Napas (I.01011) : Observasi : monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan. Terapeutik: posisikan semi fowler/fowler, lakukan fisioterapi dada jika perlu, berikan minum hangat, lakukan penghisapan lendir >15 detik, berikan oksigen jika perlu. Edukasi : ajarkan teknik batuk efektif. Yang kedua adalah Fisioterapi Dada (I.01004) : Observasi : identifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada, identifikasi kontraindikasi fisioterapi dada, monitor status pernapasan. Terapeutik : posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum, gunakan bantal untuk membantu pengaturan posisi, lakukan perkusi dengan posisi telapak tangan ditangkupkan selama 3-5menit. lakukan fibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut, lakukan

fisioterapi dada setidaknya dua jam setelah makan, hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara wanita, insisi dan tulang rusuk yang patah, lakukan penghisapan lendir untuk mengeluarkan sekret, jika perlu. Edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada, anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai, ajarkan inspirasi perlahan dan dalam melalui hidung selama proses fisioterapi.

Diagnosa keperawatan yang kedua hipertermia b.d proses penyakit infeksi d.d Suhu 39.0°c (D.0130). Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka "Termogulasi" (L.14134) membaik dengan kriteria hasil : suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, ventilasi membaik. Intervensi Keperawatan yang diberikan adalah Manajemen Hipertermia (1.15506) Observasi : identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh , monitor kadar elektrolit. Terapeutik : Longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan kulit, berikan cairan oral, ganti linen setia hari atau lebih sering jika tidak terjadi hiperhidrosis (keringat berlebihan), berikan oksigen jika perlu. Edukasi: anjurkan tirah baring. Kolaborasi: pemberian cairan elektrolit

Diagnosa Keperawatan yang ketiga Defisit Pengetahuan b.d Keterbatasan Kognitif d.d Ibu Pasien menanyakan masalah yang terjadi pada An.D (D.0111). setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka "Tingkat Pengetahuan" (L.12111) Membaik dengan kriteria hasil : Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. Intervensi Keperawatan yang diberikan adalah Edukasi Kesehatan (1.12383) Observasi : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik: Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi: Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

3.4 Implementasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan/masalah keperawatan pertama adalah bersihan jalan napas tidak efektif. Tindakan keperawatan yang telah diberikan diantaranya, melakukan kontrak waktu dengan klien dan keluarga, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan manajemen jalan

napas,fisioterapi dada dan terapi oksigen kepada orang tua dan keluarga klien, mengecek TTV klien, melakukan pengkajian anak kepada klien dan orang tua, menjelaskan kepada keluarga hasil pengkajian yang didapatkan, memonitor pola napas, memonitor bunyi napas tambahan, memonitor sputum, mempertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt chin-lift,memposisikan semi-fowler atau fowler, melakukan fisioterapi dada, mengidentifikasi indikasi dilakukan fisioterapi dada, mengidentifikasi kontraindikasi fisioterapi dada, memonitor status pernapasan, periksa segmen paru yang mengandung sekresi berlebihan, memonitor jumlah dan karakter sputum, memonitor toleransi selama dan setelah prosedur, memposisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum, menggunakan bantal untuk mambantu pengaturan posisi, melakukan perkusi dengan posisi telapak tangan ditangkupkan selama 3-5 menit secara perlahan dan hati-hati, melakukan fibrasi dengan posisi telapak tangan rata bersamaan ekspirasi melalui mulut, melakukan fisioterapi dada setidaknya 2 jam setelah makan/menyusui,menghindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara wanita, insisi, dan tulang rusuk yang patah, melakukan penghisapan lendir untuk mengeluarkan sekret, melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, berikan oksigen, memonitor kecepatan aliran oksigen, memonitor posisi alat terapi oksigen, memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup, memonitor efektivitas terapi oksigen, memonitor tanda-tanda hipoventilasi, memonitor tanda dan gejala toksitasi oksigen dan atelektasis, memonitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen, membersihkan sekret pada mulut, hidung, trakea, tetap mempertahankan kepatenan jalan napas, siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen, berikan oksigen nasal canule, setelah pemberian oksigen nasal kanul, pasiendibaringkan dengan posisi semi prone agar mendapatkan kenyamanan, mendokumentasikan hasil pemantauan.

Diagnosa keperawatan/masalah keperawatan kedua adalah hipertermia. Tindakan keperawatan yang telah diberikan diantaranya, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan manajemen hipertermia kepada orang tua dan keluarga klien, menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan atau melepaskan pakaian, membasahi dan kipasi permukaan tubuh,memantau observasi TTV pasien setiap 2 jam sekali, mendokumentasikan hasil pemantauan.

Diagnosa Keperawatan/masalah Keperawatan ketiga adalah Defisit Pengetahuan. Tindakan keperawatan yang telah diberikan antara lain, menganjurkan orang tua untuk menjalani perilaku hidup bersih dan sehat seperti menjaga kebersihan rumah, memodifikasi pencahayaan dirumah, memberikan kesempatan kepada orang tua klien untuk bertanya terkait

dengan penyakit yang diderita An.D. menjelaskan terkait faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan An.D

3.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien An.D pada diagnosa keperawatan yang pertama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif,didapatkan hasil evaluasi dalam bentuk SOAP yaitu, S ; Ibu klien mengatakan, An.D masih batuk tapi sudah agak mendingan. O ; batuk efektif cukup meningkat, frekuensi napas cukup membaik, pola napas cukup membaik, O2 terpasang nasal kanul 4Lpm. A ; Masalah teratasi sebagian. P ; Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas,fisioterapi dada dan terapi oksigen.

Diagnosa keperawatan/masalah keperawatan kedua adalah hipertermia, didapatkan hasil evaluasi dalam bentuk SOAP yaitu, S : Ibu klien mengatakan An.A sudah tidak demam lagi, hanya masih batuk dan sesak, suhu 36°-37°C, O ; Suhu tubuh membaik, Suhu kulit membaik, Ventilasi cukup membaik. A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi Manajemen hipertermia

Diagnosa Keperawatan/Masalah Ketiga adalah Defisit Pengetahuan, didapatkan hasil evaluasi dalam bentuk SOAP yaitu, S: Ibu klien masih menanyakan masalah kesehatan yang diderita An.D. O : Ibu masih menganggap masalah kesehatan An.D merupakan masalah komplikasi sejak An.D jatuh dan di imunisasi. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi Tingkat Pengetahuan