

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini peneliti akan menguraikan kasus kelolaannya yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi keperawatan yang sudah dilakukan oleh peneliti.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan tanggal 4 Januari 2024 pukul 14.00 Wita di Ruang Jempiring RSUD Bangli. Sumber data dari pengkajian ini diperoleh dari hasil wawancara dengan keluarga pasien dan pada rekam medis pasien. Pasien berinisial An. A, jenis kelamin laki-laki berusia 3 tahun, 10 bulan beragama hindu, belum bersekolah, penanggung jawab pasien adalah ayah pasien sendiri yang berinisial Tn. H berusia 30 tahun, pekerjaan karyawan swasta.

Pasien datang ke IGD RSUD Bangli pada tgl 4 Januari 2024 Pukul 10.00 Wita diantar kedua orangtuanya dengan keluhan sesak nafas yang dirasakan sejak dua hari yang lalu, batuk sejak 3 hari yang lalu dan demam sejak 2 hari yang lalu. Keluarga pasien mengatakan bahwa sebelumnya tidak pernah rawat inap di Rs, hanya pernah demam dan diberikan obat penurun panas dirumah. Hasil pemeriksaan didapatkan data pasien tampak lemah, pasien tampak gelisah, tampak pernafasan cuping hidung, terdengar bunyi nafas tambahan (wheezing) dengan hasil tanda-tanda vital: Suhu : 39.0°C, Nadi : 133x/menit, SpO2 : 96 % dengan O2 NC 3lpm, RR: 39 x/menit. An. A di diagnose medis pneumonia dan diberikan terapi Nebulizer Ventolin 1 rsp + NS 2cc, pasien terpasang infus D5 ½ NS 16 tpm di

tangan kiri, dan diberikan PCT flash 15cc. Pasien dipindahkan ke Ruang Jempiring pada pukul 13.00 untuk di rawat inap.

Saat dilakukan pengkajian di Ruang Jempiring pada pukul 14.00 wita, pasien tampak batuk, pasien tampak gelisah, tampak lemah, masih sesak nafas, terdengar suara nafas tambahan (wheezing) dan demam dengan hasil TTV: S; 38,7, N: 132x/m , RR : 38x/m , SpO2 : 97% dengan O2 nasal canul 3lpm.

Hasil pemeriksaan fisik pada A.n A sebagai berikut:

1. Bentuk kepala : normalsefali dengan warna rambut hitam LK 48cm
2. Mata konjungtiva : merah muda, sklera tidak ikterik.
3. Leher: bentuk normal, tidak terdapat pembekakan pada kelenjar tiroid,
4. Dada berbentuk simetris dengan irama nafas ireguler, adanya suara nafas wheezing dan gejala batuk, tidak terdapat retraksi dada, RR: 38 x/menit.
Terdapat sekret berwarna kuning bercampur ludah
5. Abdomen: pemeriksaan inspeksi perut tampak datar, tidak kembung auskultasi abdomen terdengar bunyi peristaltik usus 18 x/menit, palpasi tidak teraba adanya suatu masa, tidak teraba nyeri tekan pada abdomen, perkusi abdomen terdengar suara hipertimpani.
6. Ekstremitas : akral hangat peregerakan ekstremitas aktif kekuatan otot kuat tidak ada kelainan pada ekstremitas, kulit berwarna normal (sawo matang) mukosa bibir lembab, tidak ada masalah genetalia dan anus

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisis data

Analisis data dilakukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang cocok dan sesuai dengan yang dialami pasien kelolaan. Berikut ini merupakan analisis data yang dilakukan pada An. A:

Table 1
Asuhan Keperawatan Gangguan Pertukaran Gas Dengan Terapi Ballon Blowing Pada Pasien Yang Mengalami Pneumonia Di RSUD Bangli

Data Fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
Data Subjektif : - Ibu pasien mengatakan anaknya sesak sejak 2 hari yang lalu. - Ibu pasien mengatakan anaknya batuk berdahak sejak 3 hari yang lalu. - Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu. Data Objektif : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak lemah - Tampak pernafasan cuping hidung - Terdengar suara tambahan wheezing pada saat bernapas - Pasien terpasang O2 NC 3lpm - Frekuensi napas berubah 39x/menit - SPO2 97% - Nadi 132x/menit	Bakteri, virus jamur ↓ Masuk ke saluran pernapasan bronkhiali ↓ Infeksi ↓ Peradangan membentuk eksudat ↓ Eksudat masuk alveoli (pneumonia) ↓ Difusi ↓ Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ↓ Gangguan pertukaran gas	Gangguan pertukaran gas

Berdasarkan analisis data yang diambil dari fokus pengkajian terhadap pasien An. A, terdapat indikasi kuat yang mengarah pada diagnosa gangguan pertukaran gas, khususnya terkait dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. Pasien An. A mengalami sesak napas (dyspnea), yang merupakan tanda mayor dari gangguan pertukaran gas. Takikardia yang terjadi pada pasien juga dapat menjadi tanda bahwa tubuh berusaha mengkompensasi kondisi yang tidak seimbang dalam pertukaran gas dengan meningkatkan denyut jantung.

Selain tanda dan gejala mayor, terdapat juga beberapa tanda dan gejala minor yang mendukung diagnosa gangguan pertukaran gas, seperti adanya bunyi napas tambahan seperti wheezing atau rales yang mungkin terjadi pada pasien dengan gangguan pernapasan. Semua tanda dan gejala ini mencerminkan adanya gangguan pada pertukaran gas di dalam paru-paru, yang kemungkinan disebabkan oleh pneumonia, seperti yang teridentifikasi dalam riwayat kesehatan pasien.

Lebih lanjut, hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan peningkatan jumlah limfosit dan monosit, yang bisa menjadi respons imun terhadap infeksi paru-paru. Hasil pemeriksaan radiologi rontgen juga memperkuat dugaan adanya pneumonia pada pasien.

Dengan demikian, berdasarkan data yang telah dianalisis, pasien An. A diduga mengalami gangguan pertukaran gas terkait dengan pneumonia, yang dapat disebabkan oleh ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. Hal ini merupakan diagnosa yang sesuai dengan gangguan pertukaran gas

(D.0003) dan dapat menjadi dasar untuk penanganan lebih lanjut dan intervensi medis yang tepat.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisis data yang telah dilakukan, diagnosa keperawatan yang dapat dimunculkan untuk pasien An. A adalah Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi-perfusi, ditandai dengan pasien sesak (dyspnea), tampak pernafasan cuping hidung, tampak gelisah dan lemas, terdapat suara nafas tambahan wheezing, pasien terpasang O2 3lpm, RR39x/menit, SPO2 97%, Nadi 132x/menit.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 2 Perencanaan Keperawatan pada diagnosis Gangguan Pertukaran Gas pada An. A Dengan pneumonis di RSUD Bangli

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi-perfusi, ditandai dengan pasien sesak (dyspnea), tampak pernafasan cuping hidung, tampak gelisah dan lemas, terdapat suara nafas tambahan wheezing, pasien terpasang O2 3lpm, RR39x/menit,	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Pertukaran gas meningkat (L.01003) Kriteria Hasil: - Dispnea menurun : 5 - Bunyi nafas tambahan menurun : 5 - Napas cuping hidung menurun: 5 - Takikardia: 5	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai analisa gas darah 10. Monitor hasil x-ray thoraks Terapeutik

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana
SPO2 97%, Nadi 132x/menit.		1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan pemantauan hasil Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Terapi Oksigen (I.01026): Observasi 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 4. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, Analisa gas darah), jika perlu 5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan 6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi 7. Monitor monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis 8. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 9. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen Terapeutik 1. Bersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trakea, jika perlu 2. Pertahankan kepatenan jalan napas 3. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 4. Berikan oksigen tambahan, jika perlu 5. Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi 6. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien Edukasi 1. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana
		Kolaborasi 1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen 2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur Terapi Tambahan Teknik Ballon Blowing : Observasi 1. Pastikan posisi pasien nyaman 2. Memantau kemampuan pasien dalam melaksanakan teknik tersebut, termasuk frekuensi, kedalaman, dan irama pernapasan. Terapeutik 1. Anjurkan pasien menarik nafas maksimal melalui hidung 2. Merekam kemajuan pasien dalam melaksanakan teknik tersebut. 3. Menyediakan umpan balik positif dan dorongan kepada pasien untuk memotivasi kelanjutan latihan Edukasi 1. Memberikan instruksi dan demonstrasi kepada keluarga dan pasien tentang cara melakukan Teknik Ballon Blowing.

Dalam mengatasi gangguan pertukaran gas yang dialami oleh An. A, seorang anak dengan pneumonia, telah dirumuskan rencana keperawatan yang terfokus pada pemantauan respirasi dan pemberian terapi oksigen. Selama 3 x 24 jam, tujuan utama asuhan keperawatan adalah meningkatkan pertukaran gas pasien. Untuk mencapai tujuan ini, perawat akan melakukan pemantauan secara berkala terhadap frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas An. A.

Selain itu, pola napas yang abnormal seperti bradypnea, takipnea, dan lainnya juga akan dipantau dengan cermat. Pasien akan diinstruksikan dan didemonstrasikan tentang teknik *ballon blowing* untuk membantu pernapasan efektif. Terapi oksigen juga akan diberikan sesuai kebutuhan, dengan perawatan yang mencakup pemantauan aliran oksigen, posisi alat terapi, serta efektivitas terapi oksigen melalui oksimetri dan analisis gas darah jika diperlukan. Selama perawatan, perawat akan memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien dan keluarganya untuk melanjutkan latihan pernapasan menggunakan teknik *ballon blowing* dan penggunaan terapi oksigen di rumah.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tgl 4 Januari 2024, pukul 18.00, dilakukan implementasi keperawatan yang terfokus pada teknik Ballon Blowing untuk An. A. Perawat memberikan instruksi dan demonstrasi kepada An. A dan keluarganya tentang cara melakukan teknik Ballon Blowing. An. A diajak untuk berpartisipasi aktif dalam pembelajaran teknik ini, sementara keluarganya terlibat dalam mendukung dan memberikan dorongan kepada An. A. Selain itu, perawat terus memantau kemampuan An. A dalam melaksanakan teknik tersebut, mencatat kemajuannya, dan memberikan umpan balik positif serta dorongan kepada An. A untuk memotivasi kelanjutan latihan.

Pada tgl 5 Januari 2024, pukul 10:00, implementasi keperawatan terfokus pada terapi oksigen dan teknik Ballon Blowing untuk An. A. Perawat memantau kecepatan aliran oksigen, posisi alat terapi oksigen, dan efektivitas terapi melalui oksimetri serta analisis gas darah. An. A menunjukkan toleransi

yang baik terhadap terapi oksigen. Selain itu, keluarga merasa yakin dalam merawat An. A di rumah dengan menggunakan terapi oksigen dan mendukung kelancaran pelaksanaan teknik Ballon Blowing.

Kemudian, pada tgl 6 Januari 2024, pukul 15.00 fokus implementasi keperawatan masih terpusat pada pemantauan dan pengembangan kemampuan An. A dalam melakukan teknik Ballon Blowing. An. A menunjukkan peningkatan dalam melakukan teknik ini, yang tercermin dari kemajuan yang tercatat dalam catatan perawatan. Keluarga An. A terus memberikan dukungan penuh dalam perawatan An. A dan memotivasi An. A untuk melanjutkan latihan teknik Ballon Blowing guna memperbaiki pertukaran gas dalam tubuhnya. Setiap langkah implementasi keperawatan ini dicatat dengan paraf perawat sebagai bukti pelaksanaan tindakan keperawatan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada An. A meliputi:

1. *Subjective (S)*: Selama 3 x 24 jam perawatan, An. A Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak sesak lagi, batuk nya sudah berkurang namun masih terdapat sekret, demamnya sudah turun, melaporkan peningkatan dalam kemampuan bernapas dan mengurangi rasa sesak napas. Dia juga menyatakan bahwa dia merasa lebih baik secara keseluruhan dan lebih nyaman dalam beraktivitas.
2. *Objective (O)*: Suara nafas tambahan (wheezing) sudah membaik, suhu tubuh pasien 36, 7°C, Pasien tampak tenang, , N: 124x/m, RR: 32x/m. Selama periode perawatan, observasi terhadap An. A menunjukkan

peningkatan dalam banyak parameter yang terkait dengan pertukaran gas. Tingkat kesadaran tetap stabil dan tidak ada keluhan mengenai dispnea, bunyi napas tambahan, pusing, penglihatan kabur, diaforesis, gelisah, atau napas cuping hidung. Tidak ada tanda-tanda takikardia atau sianosis yang terdeteksi. Pola napas An. A terlihat normal, dan warna kulitnya tetap merah muda dan tidak ada tanda-tanda sianosis.

3. *Assessment* (A): Berdasarkan penilaian, terdapat peningkatan yang signifikan dalam parameter-parameter yang diukur terkait dengan pertukaran gas pada An. A selama periode perawatan. An. A menunjukkan peningkatan dalam kemampuan bernapas dan tidak lagi mengalami gejala sesak napas.
4. *Plan* (P): Untuk menjaga dan meningkatkan hasil yang telah dicapai, perawatan lanjutan akan terus berfokus pada pemantauan yang cermat terhadap parameter-parameter yang terkait dengan pertukaran gas. Teknik Ballon Blowing akan terus didorong dan dilaksanakan secara rutin oleh An. A, sementara terapi oksigen akan terus dipantau dan disesuaikan sesuai kebutuhan. Keluarga An. A akan terus didukung dan diberikan edukasi tentang pentingnya penggunaan teknik Ballon Blowing dan terapi oksigen di rumah. Evaluasi lanjutan akan dilakukan secara berkala untuk memastikan bahwa masalah pertukaran gas teratasi secara optimal.