

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 April 2026 pukul 10.00 WITA di Ruang Cilinaya RSD Mangusada. Sumber data pengkajian ini diperoleh dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik, dan rekam medis pasien.

1. Identitas pasien

- a. Nama : An. A
- b. Tanggal lahir : 30 Juli 2019
- c. Umur : 6 tahun
- d. Jenis kelamin : Perempuan
- e. Suku bangsa : Indonesia
- f. Agama : Hindu
- g. Pendidikan : TK
- h. Alamat : Br. Dinas Penggak Sajeng Labasari Abang
- i. No. RM : 504xxx
- j. Tanggal MRS : 13 April 2026
- k. Diagnosa Medis : Pneumonia
- l. Tanggal pengkajian : 14 April 2026

2. Riwayat kesehatan

- a. Keluhan utama

Pasien mengalami batuk disertai sesak napas sejak kemarin

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang diantar oleh orang tuanya ke IGD RSD Mangusada pada tanggal 13 April 2026 pukul 11.30 WITA dengan keluhan sesak napas sejak kemarin dan semakin memburuk pada siang hari. Keluhan disertai batuk, pilek sejak tiga hari lalu dan demam sejak kemarin. Di IGD dilakukan pemeriksaan fisik, pemasangan infus D5 ½ NS 20 tpm, diberikan oksigen dengan nasal canul 3 lpm, dan dilakukan pengecekan darah lengkap dan X-ray Thorax. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital di IGD menunjukkan: S: 37,4°C, N: 145x/menit, SpO₂: 90%, RR: 45x/menit. Setelah mendapatkan penanganan di IGD, pasien dipindahkan ke Ruang Rawat Inap Cilinaya pada hari yang sama pada pukul 15.00 WITA.

Pada saat pengkajian tanggal 14 April 2026 pukul 10.00 WITA, pasien masih mengalami batuk dan pilek. Ibu pasien juga mengatakan anaknya masih mengalami sesak napas dan rewel dan gelisah, serta tampak pernapasan cuping hidung. Pemeriksaan tanda-tanda vital saat pengkajian menunjukkan: S: 36,8°C, N: 135x/menit, SpO₂: 95% (dengan oksigen nasal canul 4 lpm), RR: 34x/menit.

c. Riwayat kesehatan terdahulu

Ibu pasien mengatakan memiliki riwayat sering dirawat rumah sakit dengan keluhan sesak napas dan batuk. Pasien tidak memiliki riwayat operasi, riwayat alergi maupun riwayat kelainan bawaan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi ataupun diabetes melitus.

e. Riwayat kehamilan dan persalinan

Ibu pasien mengatakan bahwa selama kehamilan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas. An. A lahir secara *Sectio Caesarea*

f. Riwayat imunisasi

Ibu pasien mengatakan pasien sudah mendapatkan imunisasi lengkap, seperti BCG, Polio I-III, Hepatitis B I-III, DPT I-DPT III, Campak, HIB

g. Riwayat tumbuh kembang

Ibu pasien mengatakan pasien mulai merangkak pada usia 10 bulan, berdiri usia 12 bulan dan berjalan usia 14 bulan. Tidak ditemukan keterlambatan perkembangan pada anak

h. Perubahan pola kesehatan

Pola kesehatan yang digunakan dalam melakukan pengkajian yaitu pendekatan Gordon. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan, didapatkan data sebagai berikut:

1) Pola manajemen kesehatan

Ibu pasien menyatakan bahwa apabila terdapat anggota keluarga yang mengalami sakit, keluarga akan segera membawa ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk memperoleh penanganan lebih lanjut.

2) Pola nutrisi

Ibu pasien menyatakan bahwa sebelum masuk rumah sakit (MRS), pasien makan tiga kali sehari dengan porsi satu piring habis serta mengonsumsi air putih sebanyak 7-8 gelas per hari. Selama dirawat di rumah sakit, nafsu makan pasien mengalami sedikit penurunan sehingga hanya mampu menghabiskan sekitar $\frac{3}{4}$ porsi makanan.

3) Pola eliminasi

Ibu pasien menyatakan bahwa kebiasaan buang air kecil (BAK) sebelum masuk rumah sakit (MRS) maupun setelah dirawat adalah sekitar 4–5 kali per hari dengan warna urin coklat kekuningan. Pasien juga menyampaikan kebiasaan buang air besar (BAB) satu kali sehari pada pagi hari dengan konsistensi feses padat.

4) Pola istirahat dan tidur

Ibu pasien menyatakan bahwa sebelum dirawat, pasien memiliki kebiasaan tidur di rumah selama 7–8 jam per hari, disertai tidur siang. Selama menjalani perawatan di rumah sakit, pasien hanya dapat beristirahat tidur selama 5–6 jam per hari karena merasa gelisah dan tidak nyaman saat tidur karena sesak yang dialaminya.

3. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : lemah
- b. Tingkat kesadaran : compos mentis
- c. GCS : E4 V5 E6 (15)
- d. Tanda-tanda vital :
 - 1) Nadi : 135x/menit
 - 2) Suhu : 36,8°C
 - 3) SpO₂ : 95% (dengan oksigen nasal canul 4 lpm)
 - 4) Respirasi : 34x/menit
- e. *Head to toe* :
 - 1) Kepala

Bentuk simetris, tidak terdapat kelainan, kulit kepala tampak bersih, warna rambut hitam, tidak terdapat lesi.

2) Mata

Bentuk mata simetris, pergerakan bola mata baik, sklera tampak tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, reflek cahaya +/+, serta penglihatan baik.

3) Hidung

Bentuk simetris, tidak terdapat secret, penciuman baik.

4) Telinga

Bentuk simetris, bersih, tidak terdapat cairan yang keluar melalui telinga, pendengaran baik.

5) Mulut

Bentuk simetris, mukosa kering, gigi lengkap, tidak terdapat pembesaran pada tonsil, kebersihan gigi cukup baik.

6) Leher

Tidak terdapat pembesaran pada kelenjar getah bening, bentuk simetris, tidak terdapat kelainan.

7) Dada

a) Inspeksi : tidak ada lesi dan pembengkakan, terdapat retraksi dada

b) Palpasi : tidak terada penonjolan masa dan nyeri

8) Paru-paru

a) Inspeksi : berbentuk simetris kanan dan kiri

b) Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama

c) Perkusi : sonor

d) Auskultasi : suara napas ronchi

9) Abdomen

a) Inspeksi : tidak tampak asitest, tidak terdapat lesi

b) Auskultasi : bunyi bising usus (+), normal 10x/menit

c) Palpasi : hepar teraba

d) Perkusi : tympani

10) Ekstremitas

Bentuk simetris, pergerakan aktif, tidak terdapat lesi atau odema, akral teraba hangat, warna kulit kemerahan, CRT < 2 detik, tidak terdapat kelainan pada ekstremitas atas dan bawah.

11) Anus dan genetalia

Tidak ditemukan masalah dan kelainan.

4. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3
Hasil Pemeriksaan Penunjang Tanggal 13 April 2026

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
HGB	12.9	10.7-15.6	g/dL
RBC	5.14	3.70-5.80	10 ⁶ /μL
HCT	38.0	31.0-45.0	%
MCV	73.9	69.0-93.0	fL
MCH	25.1	22.0-34.0	pg
MCHC	33.9	32.0-36.0	g/dL
RDW-SD	35.9	37.0-54.0	fL
RDW-CV	13.5	11.5-14.5	%
WBC	22.16	4.50-14.50	10 ³ /μL
Hitung Jenis			
NEUT%	85.2	25.0-60.0	%
LYMPH%	9.8	25.0-50.0	%
BASO%	0.4	0.0-1.0	%
MONO%	3.7	1.0-6.0	%
EOS%	0.9	2.0-4.0	%
IG%	0.4		%
NEUT#	18.9	1.5-7.0	10 ³ /μL

LYMPH#	2.2	1.0-3.7	10 ³ /μL
BASO#	0.1	0.0-0.1	10 ³ /μL
MONO#	0.8	0.0-0.7	10 ³ /μL
EOS#	0.2	0.0-0.4	10 ³ /μL
IG#	0.1		10 ³ /μL
NLR	8.6	<= 3.13	
PLT	436	154-521	10 ³ /μL
PDW	8.0	9.0-17.0	fL
MPV	8.4	9.0-13.0	fL

Hasil pemeriksaan radiologi tanggal: 13 April 2026

a. Thorax PA

- 1) Cor: ukuran dan bentuk kesan normal
- 2) Trachea: letak di tengah, *airway patent*
- 3) Pulmo: corakan bronchovasculer meningkat tampak infiltrat di suprahiller kiri paracardia kanan dan kiri
- 4) Sinus pherenocostalis kanan dan kiri tajam
- 5) Diafragma kanan dan kiri normal
- 6) Skeletal Hemithorak: tak tampak fracture

b. Kesan

- 1) Tak tampak cardiomegaly
- 2) Mengesankan pneumonia

5. Terapi medis

- a. Infus D5 ½ NS 20 tpm
- b. Ceftriaxone 3x1gr
- c. Dexametasone 3x5mg
- d. Combivent 3x/hari

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisis data

Tabel 4
Analisis Data Pola Napas Tidak Efektif pada An. A yang
Menderita Pneumonia dengan Terapi *Windmill Breathing*
di Ruang Cilinya RSD Mangusada

Analisis Data	Data Fokus	Interpretasi (Etiologi)	Masalah Keperawatan
1	2	3	4
Pasien (An. A)	<p>Data subjektif:</p> <p>Ibu pasien mengatakan, pasien mengalami batuk, pilek disertai sesak napas sejak tiga hari sebelum masuk rumah sakit</p> <p>Data objektif:</p> <p>a. Pasien tampak menggunakan otot bantu napas</p> <p>b. Pola napas pasien cepat (takipnea), RR: 34x/menit,</p> <p>c. SpO₂: 95% (dengan oksigen nasal canul 4 lpm).</p> <p>d. Terdapat pernapasan cuping hidung pada pasien</p> <p>e. Pernapasan pasien tampak <i>pursed-lips</i></p>	<p>Faktor lingkungan: paparan asap rokok</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Infeksi oleh kuman/bakteri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Menginfeksi saluran pernapasan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penyempitan/obstruksi pada jalan napas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Peningkatan kerja otot pernafasan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Pola Napas Tidak Efektif</p>	<p>SDKI (D.0005)</p> <p>Pola Napas Tidak Efektif</p>

2. Rumusan diagnosis keperawatan

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas dapat dirumuskan diagnosis keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) dibuktikan dengan Ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk, pilek disertai sesak napas sejak tiga hari sebelum masuk rumah sakit, pasien tampak menggunakan otot bantu napas, pola napas pasien cepat (takipnea) dengan RR: 34x/menit, SpO₂: 95% (dengan oksigen nasal canul 4 lpm). Terdapat pernapasan cuping hidung pada pasien, serta pernapasan pasien tampak *pursed-lips*.

C. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada pasien kelolaan, maka ditetapkan perencanaan keperawatan seperti pada tabel 5 berikut.

Tabel 5
Rencana Asuhan Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif pada An. A yang Menderita Pneumonia dengan Terapi *Windmill Breathing* di Ruang Cilinaya RSD Mangusada

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
SDKI (D.0005) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) dibuktikan dengan Ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk, pilek disertai sesak napas sejak tiga hari sebelum masuk rumah sakit, pasien tampak menggunakan	SLKI (L.01004) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Pola Napas Membaik dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Pernapasan <i>pursed-lip</i> menurun	A. Intervensi Utama SIKI (I.01014) Pemantauan Respirasi Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>Kussmaul</i> , <i>cheyne-stokes</i> , <i>biot</i> , ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif

1	2	3
<p>otot bantu napas, pola napas pasien cepat (takipnea) dengan RR: 34x/menit, SpO₂: 95% (dengan oksigen nasal canul 4 lpm). Terdapat pernapasan cuping hidung pada pasien, serta pernapasan pasien tampak <i>pursed-lip</i> dan adanya pernapasan cuping hidung</p>	<p>5. Pernapasan cuping hidung menurun 6. Frekuensi napas membaik</p>	<p>4. Monitor adanya sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Monitor saturasi oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
<hr/> <p>B. Intervensi Pendukung SIKI (I.01002)</p> <p>Dukungan Ventilasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi semi fowler atau fowler 2. Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin 3. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (nasal kanul, masker wajah, <hr/>		

1	2	3
		masker <i>rebreathing</i> atau <i>non rebreathing</i>
		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkhodilator, <i>jika perlu</i>
		<p>C. Intervensi Inovasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian terapi <i>windmill breathing</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Diberikan dalam 3x pertemuan selama 10-15 menit

D. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi dilakukan berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tindakan keperawatan dilaksanakan selama 3 × 24 jam, dimulai pada tanggal 14 – 17 April 2026, bertempat di Ruang Cilinaya RSD Mangusada. Pelaksanaan intervensi difokuskan pada upaya penanganan masalah keperawatan berupa pola napas tidak efektif yang dialami oleh pasien An. A. Adapun implementasi yang diberikan pada pasien terlampir.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi asuhan keperawatan pada pasien kelolaan setelah diberikan intervensi keperawatan disajikan pada Tabel 6 berikut.

Tabel 6
Evaluasi Asuhan Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif pada An. A
yang Menderita Pneumonia dengan Terapi *Windmill Breathing*
di Ruang Cilinaya RSD Mangusada

Hari/Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan Nama
1	2	3
<p>Jumat, 17 April 2026 Pukul 10.00 WITA</p>	<p>S: Ibu pasien mengatakan anak tampak lebih nyaman bernapas dan tidak lagi terlihat sesak seperti sebelumnya.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi napas anak yaitu: 24x/menit, irama napas teratur b. Tidak tampak penggunaan otot bantu napas c. Saturasi oksigen meningkat menjadi 98% tanpa bantuan oksigen, S: 37,4°C, N: 145x/menit d. Anak mampu melakukan terapi <i>windmill breathing</i> selama ±10 menit sesuai instruksi dengan respons yang baik. e. Tidak terdapat retraksi dinding dada. f. Pasien tampak kooperatif saat melakukan terapi meniup kincir angin dan tidak menunjukkan tanda kelelahan selama intervensi. <p>A: Masalah keperawatan pola napas tidak efektif menunjukkan teratasi sebagian setelah diberikan terapi <i>windmill breathing</i>. Intervensi latihan pernapasan efektif dalam membantu meningkatkan ventilasi paru dan memperbaiki pola napas anak dengan pneumonia.</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terapi <i>windmill breathing</i> dilanjutkan sesuai program keperawatan sebanyak 2–3 kali sehari. b. Lanjutkan pemantauan frekuensi napas, pola napas, dan saturasi oksigen secara berkala. c. Edukasi kepada orang tua dilanjutkan mengenai pentingnya latihan pernapasan sebagai bagian dari perawatan anak selama dirawat. 	