

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Penulisan karya ilmiah ners ini menggunakan satu pasien yang dijadikan kasus kelolaan utama, yaitu pasien dengan diagnosa pneumonia Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Denpasar Timur. Sumber data pengkajian ini diperoleh dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik serta rekam medis pasien.

1. Data Anemis

a. Biodata

1) Identitas Pasien

- a) Nama : An. L
- b) Umur : 4 tahun 4 bulan
- c) Jenis Kelamin : Laki -laki
- d) Suku Bangsa : Indonesia
- e) Agama : Katolik
- f) Pekerjaan : Tidak Bekerja
- g) Pendidikan : Belum sekolah
- h) Alamat : Kupang
- i) Diagnosa medis : Pneumonia Akut
- j) Tanggal Pengkajian : 11 April 2026

2) Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien dikeluhkan sesak sejak 4 hari lalu

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien masuk IGD RSUD Dharma Yadnya pada tanggal 11 April 2026 sekitar pukul 07.00 wita dengan didampingi oleh orangtuanya. Keluhan utama yang dirasakan adalah sesak yang berlangsung selama kurang lebih 4 hari sebelum masuk rumah sakit. Sebelumnya, ibu pasien mengatakan pasien sempat dibawa ke dokter dan mendapat ventolin 100ml 3x 1 sendok takar namun kondisi tidak kunjung membaik sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke IGD RSUD Dharma Yadnya. Pasien terakhir minum ventolin tanggal 10 April 2026 pada pukul 20.00 wita. Setibanya di IGD, pasien mendapat pemeriksaan fisik secara menyeluruh, kemudian dilakukan tindakan pemasangan infus, pemberian terapi obat melalui injeksi, serta pemeriksaan fisik laboratorium berupa darah lengkap serta *rontgen* thorax. Setelah mendapatkan penanganan awal, pasien dianjurkan oleh tenaga medis untuk menjalani perawatan lanjutan dengan rawat inap di ruang baratha agar mendapat penanganan yang lebih intensif. Saat dilakukan pengkajian lebih lanjut, pasien masih dikeluhkan demam dan merasa tubuhnya lemas. Kondisi pasien tampak lemah, pasien tampak mengelurkan dahak namun susah, terdengar suara nafas tambahan *wheezing* dengan tingkat kesadaran composmentis. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan suhu tubuh 36,7%, SpO₂ 94% frekuensi nafas 38x per menit, dan denyut nadi 112 kali / menit. Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 11 April 2026 pada pukul 09.00 wita, ibu pasien mengatakan anaknya masih sesak namun tidak sekeras kemarin, batuk serta sulit mengeluarkan dahak. Secara objektif pasien tampak batuk tidak efektif

dengan produksi sputum meningkat, terdengar suara tambahan *wheezing*, frekuensi nafas 38 kali per menit, dan saturasi 94% , S: 36,4°C, N: 121x/menit, dan anak tampak lemah serta gelisah.

c. Riwayat kesehatan terdahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah di rawat dirumah sakit sebelumnya. Pasien tidak memiliki riwayat operasi, riwayat alergi ataupun riwayat kelainan bawaan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular seperti HIV dan TBC.

e. Riwayat kehamilan dan persalinan

f. ANC (*Prenatal*)

Penyakit yang dialami ibu saat hamil: tidak ada

g. *Natal*/cara persalinan : normal

h. *Post natal*

BBL: 3,2 kg, PBL : 51cm, LK lahir : 32 cm

i. Perubahan pola kesehatan

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

j. Pola manajemen kesehatan

Keluarga pasien mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit, keluarga segera membawa ke fasilitas kesehatan terdekat untuk mendapatkan

penanganan lebih lanjut.

k. Pola Nutrisi

Keluarga pasien mengatakan sebelum MRS, pasien makan sebanyak 3 x sehari dengan porsi sepiring habis dan minum air 5-6 gelas per hari. Saat dirawat di rumah sakit, nafsu makan pasien sedikit menurun sehingga hanya mampu menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi.

l. Pola eliminasi

Pasien mengatakan kebiasaan BAK sebelum MRS dan setelah masuk rumah sakit kurang lebih 4-5 kali per hari, berwarna kuning pekat dan kebiasaan BAB 1 kali sehari setiap pagi hari, dengan konsistensi padat.

m. istirahat dan tidur

Keluarga pasien mengatakan pasien istirahat tidur di rumah selama 7-8 jam per hari dan jam tidur pasien tidak mementu. Selama di rawat hanya dapat istirahat tidur selama 5-6 jam per hari dikarenakan pasien merasa gelisah dan merasa tidak nyaman saat tidur.

n. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum: lemah
2. Tingkat kesadaran : compos mentis
3. GCS : E4 V5 M6 (15)
4. Tanda-tanda vital
 - a) Tekanan darah : tidak terkaji
 - b) Nadi : 112x/menit

- c) Suhu : 36,4°C
- d) Respirasi : 38x/menit
- e) SpO₂ : 94%

b. 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, konjungtiva tampak tidak ikterik, sklera tidak anemis, pupil isokor, reflek cahaya ada, serta penglihatan baik.

3) Hidung

Bentuk simetris, tidak tampak penggunaan otot bantu pernafasan

4) Telinga

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

5) Mulut

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

6) Leher

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

7) Dada

a) Inspeksi : Bentuk simetris, tidak tampak penggunaan otot bantu

pernafasan

b) Palpasi : Taktil fremitus tampak normal, tidak terdapat lesi

c) Perkusi : sonor

d) Auskultasi : Irama nafas reguler, suara nafas normal

8) Abdomen

Bentuk simetris, tidak terdapat distensi abdomen, tidak terdapat lesi atau odema pada perut, bising usus normal 10x permenit, tidak ada acites

9) Ekstremitas

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

10) Anus dan genetelia

Tidak ditemukan masalah dan kelainan

11). Hasil Pemeriksaan Toraks

Kesan Pneumonia

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan data fukos berupa data subjektif dan data objektif yang digunakan untuk menegakakn diagnosis keperawatan.

Tabel 2

Analisis Masalah Data Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif
Dengan Dengan Intervensi *Diaphragmatic Breathing Exercise* Pada Pasien
Pneumonia

Data	Analisis	Masalah
1	2	3
Data Subjektif :	Paparan iritan kronis	Bersihan jalan nafas tidak efektif
1. Ibu pasien mengatakan anaknya mengeluh sesak (<i>dispnea</i>).	(polusi,debu) ↓ Terjadi reaksi	
2. Sulit mengeluarkan dahaknya	peradangan paru ↓	
3. Pola nafas pasien cepat 38x/menit (takipnea)	Produksi mukus meningkat dan	Bersihan jalan nafas tidak efektif
Data Obyektif :	penyempitan bronkus	
1. Pasien tampak tidak mampu batuk	↓ Pneumonia	
2. batuk tidak efektif	↓	
3. sputum berlebih	Sel goblet dan kelenjar	
4. Pasien tampak gelisah	submukosa	
Terdengar suara napas tambahan yaitu <i>wheezing</i>	menghasilkan sekresi berlebih dan terjadi	
5. Pola napas pasien berubah (cepat dan dangkal),	penumpukan cairan di alveoli	
6. Frekuensi napas berubah (38x/menit)	↓ Sekresi tertahan	
7. Didapatkan hasil TTV:	↓	
S : 36,4°C	Sesak , batuk di sertai	
N : 112x/menit	sekret , terdapat bunyi	
SpO ₂ : 94%	<i>wheezing</i> ↓	
	Bersihan jalan nafas tidak efektif	

C. Perencanaan Keperawatan

Tahap selanjutnya yang dapat dilakukan setelah merumuskan diagnosis keperawatan yaitu merancang intervensi keperawatan. Intervensi pada kasus kelolaan terlampir.

1. Tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dan kriteria hasil ditetapkan menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia yang dimana diharapkan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Bersihan Jalan Napas (L. 01001) Meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Batuk efektif meningkat
- b. Produksi sputum menurun
- c. *wheezing* menurun
- d. *Dispnea* menurun
- e. Gelisah menurun
- f. Frekuensi napas membaik
- g. Pola napas membaik

2. Intervensi keperawatan

Intervensi yang diberikan yang sudah disesuaikan dengan pedoman Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yaitu :

- a. Intervensi Utama : Manajemen jalan napas (I.01011)
- b. Intervensi Inovasi : *Diaphragmatic Breathing Exercise*

Intervensi keperawatan pada kasus kelolaan terlampir.

D. Implementasi Keperawatan

Dari intervensi yang sudah direncanakan sebelumnya dengan pedoman SIKI dan SLKI, terdapat 1 Intervensi utama yang sudah dirancang yaitu manajemen jalan napas, adapun intervensi inovasi yang diberikan yaitu *Diaphragmatic Breathing Exercise*. Dimana seluruh intervensi yang sebelumnya dirancang sudah diimplementasikan. Implementasi keperawatan pada kasus kelolaan terlampir.

Implementasi keperawatan yang rutin dilakukan setiap harinya yaitu :

1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) dilakukan sebanyak 2x sehari setiap pagi dan sore.
2. Memonitor suara napas tambahan (*wheezing*) dilakukan sebanyak 2x sehari setiap pagi dan sore
3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) setiap adanya pengeluaran dahak pada pasien
4. Memberikan minuman hangat (diberikan setelah pasien makan)
5. Memberikan posisi semi fowler
6. Memberikan oksigen 4 lt/menit dengan nasal canul
7. Mengajarkan dan memberikan instruksi dalam melakukan batuk efektif dilakukan sebanyak 2x sehari setiap pagi dan sore
8. Mengolaborasikan pemberian bronkodilator dan mukolitik (Nebulizer lasalcom dan Pulmicort : 1 resp @8jam)
9. Mengidentifikasi kemampuan batuk dilakukan sebanyak 2x sehari setiap pagi dan sore

10. Memonitor adanya retensi sputum dilakukan sebanyak 2x sehari setiap pagi dan sore
11. Memonitor adanya sumbatan jalan napas dilakukan sebanyak 2x sehari setiap pagi dan sore
12. Melakukan palpasi kesimetrisan ekspansi paru dilakukan sebanyak 2x sehari setiap pagi dan sore
13. Memonitor saturasi oksigen dilakukan sebanyak 2x sehari setiap pagi dan sore
14. Memberikan terapi diaphragmatic breathing exercise dilakukan sebanyak 2x sehari setiap pagi dan sore

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam pada An. L dengan diagnosa Pneumonia. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 13 April 2026 dengan diagnosis keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif didapatkan beberapa data sebagai berikut.

1. Subjektif
 - a. Pasien mengatakan sesak sudah berkurang
 - b. Sudah mampu untuk batuk
2. Objektif
 1. Batuk efektif meningkat
 2. Produksi sputum menurun
 3. *wheezing* menurun
 4. Gelisah pasien menurun
 5. Produksi sputum menurun
 6. *Dispnea* menurun
 7. Frekuensi napas membaik 20x/menit

8. Pola napas membaik

9. Hasil TTV :

RR : 34 x/menit

N : 100x/menit

SpO₂ : 97% (*room air*)

S : 36,1°C

2. *Assesment*:

a. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif teratasi

3. *Planning*:

a. Pertahankan kondisi pasien

b. Lanjutkan intervensi inovasi (Terapi *Diafragma Breathing exercise*) jika pasien mengalami sesak kembali atau mengalami gangguan pola nafas

c. Persiapan pasien BPL

F. Pelaksanaan Terapi *Diaphragmatic Breathing Exercise*

Pemberian terapi *Diaphragma Breathing Exercise* dalam studi kasus ini dilakukan dengan intervensi inovasi yang dilaksanakan yaitu intervensi *Diaphragmatic Breathing Exercise* pada pasien An. L dengan diagnosis keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif yang dilaksanakan selama 3x24 jam. Terapi ini dilakukan sebanyak 2x/hari selama 15 menit. Pertama pasien diberikan posisi terlentang, menganjurkan pasien meletakkan salah satu tangan di atas perut dan tangan yang lain berada diatas dada, selanjutnya instruksikan pasien untuk menarik napas melalui hidung (perut mengembang) dan membuang napas melalui mulut (perut mengempis). Intervensi inovasi ini sudah sesuai dengan Standar

Operasional Prosedur *Diaphragmatic Breathing Exercise*. Standar Operasional Prosedur *Diaphragmatic Breathing Exercise* terlampir.