

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Maret 2026 pukul 10.00 WITA di Ruang Bakas RSUD Klungkung. Sumber data pengkajian ini diperoleh dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik, dan rekam medis pasien.

1. Identitas pasien

- a. Nama : An. A
- b. Tanggal lahir : 05 Agustus 2023
- c. Umur : 2 tahun
- d. Jenis kelamin : Perempuan
- e. Suku bangsa : Indonesia
- f. Agama : Islam
- g. Pendidikan : -
- h. Alamat : JL Puputan Agung Ix No 4 Sp Kelod Kangin
- i. No. RM : 309xxx
- j. Tanggal MRS : 23 Maret 2026
- k. Diagnosa Medis : Bronkopneumonia
- l. Tanggal pengkajian : 25 Maret 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 RSUD Klungkung pada tanggal 23 Maret 2026 pukul 14.00 WITA dengan keluhan sesak napas sejak kemarin dan. Keluhan disertai batuk, pilek, sejak dua hari lalu dan demam sejak kemarin, pasien sempat di ajak ke bidan terdekat sudah di berikan obat dari bidan. Di IGD dilakukan pemeriksaan fisik, di berikan nebul combivent . Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital di IGD menunjukkan: S: 36,5C, N: 147x/menit, SpO2: 93%, RR: 28x/menit. Setelah mendapatkan penanganan di IGD, pasien di berikan untuk pulang dan di KIE jika kambuh kembali pasien di sarankan untuk kembali ke IGD dan di sarankan untuk rawat inap. Pasien datang Kembali ke IGD pada tanggal 25 Maret 2026 pada pukul 09.30 wita dengan keluhan batuk, pilek, sesak dan sempat muntah saat batuk dan berisi dahak bercampur makanan .Di IGD pasien di berikan nebul combivent lagi . Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital di IGD menunjukkan: S: 36,4C, N: 140x/menit, SpO2: 93%, RR: 42x/menit. Setelah di berikan penanganan di IGD pasien di pindahkan ke ruang rawat inap Bakas RSUD Klungkung. Pada saat pengkajian tanggal 25 Maret 2026 pukul 14.00 WITA, pasien masih mengalami batuk dan pilek. Ibu pasien juga mengatakan anaknya masih mengalami sesak napas dan rewel dan gelisah,. Pemeriksaan tanda-tanda vital saat pengkajian menunjukkan: S: 36C, N: 145x/menit, SpO2: 96%, RR: 42x/menit.

c. Riwayat kesehatan terdahulu

Ibu pasien mengatakan memiliki Riwayat MRS pada saat umur satu setengah tahun 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 ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti asma yang di miliki oleh ibunya

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 dan lebih dominan untuk minum susu SGM dan air putih

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 : 145x/menit
 - 2) Suhu : 36,0°C
 - 3) SpO₂ : 96%
 - 4) Respirasi : 25x/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 dadad

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 asites, 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 4.

Hasil Pemeriksaan Penunjang Tanggal 23 April 2026

Hasil pemeriksaan radiologi tanggal: 3 April 2026

Nama Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan
HGB	13.1	10.7-15.6	g/dL
RBC	5.1	3.70-5.80	$10^6/\mu\text{L}$
HCT	37.5	31.0-45.0	%
MCV	73.7	69.0-93.0	fL
MCH	25.8	22.0-34.0	pg
MCHC	35.0	32.0-36.0	g/dL
RDW-SD	35.9	37.0-54.0	fL
RDW-CV	11.3	11.5-14.5	%

WBC	7.84	4.50-14.50	10 ³ /μL
Hitung Jenis			
NEUT%	51	25.0-60.0	%
LYMPH%	35	25.0-50.0	%
BASO%	1.84	0.0-1.7	%
MONO%	11.8	4.4-12.7	%
EOS%	0.28	0.600-7.30	%
IG%	0.4		%
NEUT#	10.5	1.5-7.0	10 ³ /μL
LYMPH#	3.0	1.0-3.7	10 ³ /μL
BASO#	0.1	0.0-0.1	10 ³ /μL
MONO#	0.9	0.0-0.7	10 ³ /μL
EOS#	0.4	0.0-0.4	10 ³ /μL
IG#	0.3		10 ³ /μL
NLR	3.5	≤ 3.13	
PLT	272	154-521	10 ³ /μL
PDW	16	9.0-17.0	fL
MPV	6.87	9.0-13.0	fL

a. Thorax AP

- 1) Cor: tak tampak membesar, CTR 50,2%
- 2) Pulmo: corakan bronchovascular meningkat tampak infiltrat pada perihilar dan parakardial kanan kiri
- 3) Sinus pericardialis kanan dan kiri tajam
- 4) Diafragma kanan dan kiri normal

5) Skeletal Hemithorak: tak tampak fraktur

b. Kesan

1) Tak tampak cardiomegaly

2) Mengesankan gambar pneumonia

5. Terapi medis

a. Infus D5 ½ NS 12 tpm

b. Ampicilin 4 x 500 gr

c. Dexametasone 3x2 mg

d. Lasalcom ½ ampl / 6 jam

e. Paracetamol sirup 5 ml K/P

B. Analisa Keperawatan

Tabel 5.
Analisis Data Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada An. A yang Menderita *Bronkopneumonia* dengan *Tenik Chest Thysiotherapy* di Ruang Bakas RSUD Klungkung

Analisis Data	Data Fokus	Interpretasi (Etiologi)	Masalah Keperawatan
Pasien (An. A)	Data subjektif: Ibu pasien mengatakan, pasien mengalami sesak disertai batuk berdahak susah dikeluarkan, demam sejak tiga hari sebelum masuk rumah sakit Data objektif: Pola napas pasien	Bronkopneumonia ↓ Inflamasi Paru ↓ Sputum berlebih ↓ Sekresi tertahan ↓ Obstruksi jalan napas ↓ Sesak napas (Wheezing)	SDKI (D.0001) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Analisis Data	Data Fokus	Interpretasi (Etiologi)	Masalah Keperawatan
	cepat (takipnea), batuk tidak efektif, sputum berlebih, terdapat suara napas tambahan (Wheezing), frekuensi napas berubah TTV S: 36C N: 145x/menit SpO2: 93% RR: 42x/menit	↓ Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	

1. Rumusan diagnosis keperawatan

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas dapat dirumuskan diagnosis keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan dibuktikan dengan pasien mengalami sesak, batuk berdahak sulit dikeluarkan, pola napas pasien cepat (takipnea), batuk tidak efektif, sputum berlebih, terdapat suara napas tambahan (Wheezing), frekuensi napas

C. Perencanaan Keperawatan

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

Tabel 6.
Rencana Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada An. A yang Menderita Bronkopneumonia dengan Teknik Chest Physiotherapy di Ruang Bakas RSUD Klungkung

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
SDKI (D.0001) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan dibuktikan dengan pasien mengalami sesak, batuk berdahak sulit dikeluarkan, pola napas pasien cepat (takipnea), batuk tidak efektif, sputum berlebih, terdapat suara napas tambahan (Wheezing), frekuensi napas	SLKI (L.01004) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Ronkhi menurun 4. Frekuensi nafas membaik 20 x/menit	Intervensi utama : Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor suara napas (wheezing, ronkhi) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Menganjurkan minuman hangat Edukasi 1. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkhodilator, jika perlu Intervensi Pendukung SIKI (I.12372) Edukasi Fisioterapi Dada Observasi

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi Terapeutik 1. Persiapkan materi dan media edukasi 2. Jadwalkan waktu yang tepat untuk Edukasi 2. Jelaskan kontra indikasi fisioterapi dada (mis. eksaserbasi PPOK akut, osteoporosis) 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur fisioterapi dada 4. Jelaskan segmen paru-paru yang mengandung sekresi berlebih 5. Anjurkan mengeluarkan sekresi melalui pernapasan dalam 6. Ajarkan batuk selama dan setelah prosedur A. Intervensi Inovasi 1. Pemberian <i>chest physiotherapy</i> a. Postural drainage Menggunakan gaya gravitasi untuk mengalirkan secret dari segmen paru ke saluran utama,

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		b. Perkusi (claping/tepukan) Dilakukan dengan tangan membentuk mangkuk (<i>cupping</i>) pada dinding dada di atas segmen paru yang terinfeksi. c. Vibrasi (getaran) Dilakukan bersamaan dengan ekspirasi (napas keluar) membantu melonggarkan dan memindahkan sekret/lendir dari saluran napas ke jalan napas yang lebih besar agar mudah dikeluarkan melalui batuk atau suction

A. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi dilakukan berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tindakan keperawatan dilaksanakan selama 3×24 jam, dimulai pada tanggal 25 – 28 Maret 2026, bertempat di Ruang Bakas RSUD Klungkung. Pelaksanaan intervensi difokuskan pada upaya penanganan masalah keperawatan berupa bersihan jalan napas tidak efektif yang dialami oleh pasien An.

A. Adapun implementasi yang diberikan pada pasien terlampir.

B. Evaluasi Keperawatan

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

Tabel 7.
Evaluasi Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada An. A yang Menderita Bronkopneumonia dengan *Tenik Chest Thysiotherapy* di Ruang Bakas RSUD Klungkung

Hari/Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan Nama
Jumat, 27 Maret 2026 Pukul 10.00 WITA	S: Ibu pasien mengatakan sesak anaknya berkurang, dahak mampu dikeluarkan dengan banyak, mampu batuk efektif, nyaman dengan posisi setengah duduk O: - Dispnea menurun (4) - Batuk efektif meningkat (4) - Pola napas membaik (4) - Wheezing menurun (3) - Produksi sputum menurun (4) - Frekuensi napas membaik (4) A: Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif menunjukkan teratasi sebagian setelah diberikan terapi <i>Chest Fisiiotherapy</i>. Intervensi ini membantu melepaskan atau mengeluarkan dahak dari paru-paru agar tidak terjadi penumpukan dan sumbatan jalan napas	

Hari/Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan Nama
	P: c. Terapi <i>Chest Fisiotherapy</i> dilanjutkan sesuai program keperawatan sebanyak 2–3 kali sehari dengan durasi 5-10 menit tiap sesi d. Lanjutkan pemantauan frekuensi napas, produksi sputum, dan saturasi oksigen secara berkala. e. Edukasi kepada orang tua dilanjutkan mengenai pentingnya latihan batuk efektif untuk mengurangi adanya retensi sputum yang menyebabkan sesak memberat selama perawatan	