

BAB 3

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Bab ini menjelaskan tentang proses asuhan keperawatan dan penerapan terapi non farmakologis terkait efektivitas pemberian teknik batuk efektif untuk mengencerkan dahak. Pada tindakan asuhan keperawatan ini dengan pasien bersihan jalan nafas tidak efektif terdiri dari proses pengkajian dengan menggunakan format pengkajian, melakukan analisis data, menegakkan diagnosa serta melakukan rencana keperawatan hingga implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengambilan kasus ini dilakukan di RSUD Prof. dr. Soekandar. Pengambilan data dan asuhan keperawatan dilakukan di ruang anak dengan satu pasien dengan diagnosa medis bronkopneumonia.

3.1 Pengkajian

I. Anamnesis

1) Identitas pasien

Pasien bernama An.S umur 12 tahun, Pada tanggal 22 November 2025 masuk rumah sakit dan dilakukan pengkajian pada tanggal 23 November 2025. Diagnosa medis bronkopneumonia.

2) Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke IGD RSUD Prof. dr. Soekandar pada tanggal 22 November 2025 pukul 00.40, dengan keluhan dada berdebar, merasakan sesak dan semakin memberat sejak dua hari terakhir. Pasien juga mengatakan bahwa dia selalu batuk dan susah mengeluarkan dahak, badan lemas, dan nafsu makan menurun. Ibu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit, pasien sering makan rambut nenek selama 2 hari terakhir. Kemudian pasien di IGD dilakukan pemeriksaan TTV dan didapatkan hasil TD: 100/79 mmHg, N: 112 x/menit, S: 36,8°C, RR: 28x/menit, SpO2: 97%, pasien terpasang O2 nassal kanul 3 liter/menit, terpasang infus PZ di tangan kiri, pasien dilakukan pemeriksaan EKG, dilakukan injeksi IV santagesik 3x1, ondansetron 2x1, pemberian nebulizer (combivent). Setelah diobservasi, pasien kemudian dipindahkan ke ruangan (rawat inap) pada jam 12.00 WIB. Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 November 2025 jam 09.00 WIB. Saat pengkajian, didapatkan data bahwa pasien mengatakan sesak, batuk berdahak, sulit mengeluarkan dahak. Pasien terpasang infus pz 500 ml di tangan sebelah kiri. Hasil TTV: TD: 105/70 mmHg, N: 87 x/menit, S : 36,4°C, RR: 27x/menit SpO2 : 98%.

3) Keluhan utama

Pasien mengeluh sesak dan batuk berdahak sulit dikeluarkan

4) Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan jika ada salah satu anggota keluarga nya yang sering merokok di dekatnya. Pasien sebelumnya tidak memiliki riwayat penyakit paru.

5) Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat maupun makanan.

6) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada sakit menular dan menurun di keluarga. Keluarga mengatakan tidak ada yang menderita penyakit serupa.

II. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

1. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

1) Observasi

Keadaan umum : Pasien tampak terpasang infus pz di tangan kiri,

Terpasang O2 nassal kanul 3 liter/menit

Kesadaran : Compos mentis, GCS: E4V5M6

TTV : Tanggal 23 November 2025

TD : 105/70 mmHg

N : 87 x/menit

S : 36,4°C

RR : 27x/menit

SpO2: 98%

BB : 34 Kg

TB : 112 cm

Tabel 3.1 Pengkajian Sistem

Pengkajian Sistem	
B1 (Breathing)	DS: Pasien mengatakan dada berdebar sesak dan batuk berdahak,sulit mengeluarkan dahak DO: Inspeksi: bentuk dada simetris, pola napas cepat dalam, pergerakan dinding dada normal, ada tarikan otot bantu, RR:27x/menit.Terpasang O2 nassal kanul 3 liter/menit, SpO2 98%. Px tampak kesulitan untuk mengeluarkan dahak. Dahak yang dikeluarkan berwarna kuning kental. Auskultasi : terdengar vesikuler pada kedua lobus atas, terdengar suara napas tambahan ronkhi dan wheezing pada lapang paru bawah kanan Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan, pemeriksaan vocal fremitus kanan dan kiri sama, ekspansi dada simetris Perkusi : terdengar suara redup pada lapang paru
B2 (Blood)	DS : Pasien mengatakan badan lemas, dan dada berdebar sesak. DO : Inspeksi : tidak ada lesi, sklera putih tidak ada ictus cordis, S: 36,4 C TD : 105/70 mmHg. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, akral hangat, CRT < 2 detik.nadi 87x/menit Perkusi : suara perkusi jantung pekak. Auskultasi : bunyi jantung S1 dan S2 tunggal
B3 (Brain)	DS: Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman, maupun komunikasi. DO: Inspeksi : Kesadaran composmentis, keadaan umum cukup, pupil isokor (3mm/3mm), GCS E4V5 M6 Palpasi : konjungtiva merah muda

B4 (Bladder)	DS: Pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada proses eliminasi uri, intake cairan $\pm$ 2000 cc/24 jam . DO: Inspeksi: Pasien memakai pampers, dengan warna urine kuning jernih, dan bau khas. Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih, tidak ada distensi kandung kemih. Perkusi: Terdapat nyeri ketuk pada pinggang belakang.
B5 (Bowel)	DS: Pasien mengatakan BAB 1 kali/hari teratur dengan konsistensi feses lembek berbentuk, warna kuning, bau khas. DO: Inspeksi: Mukosa bibir lembab, tidak terpasang NGT, mual, tidak muntah, tidak ada nyeri telan, bentuk abdomen simetris, berat sebelum sakit 35 kg, saat ini berat badan pasien 34 kg. Auskultasi: bising usus 17x/menit. Palpasi: Tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi: Suara tympani
B6 (Bone)	DS: Pasien mengeluh mudah lelah saat melakukan aktivitas, jika berjalan dari bed menuju ke kamar mandi mudah ngos-ngosan. DO: Inspeksi : Terpasang infus di tangan sebelah kiri, tidak ada odem pada ekstremitas, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi tulang, kekuatan otot 5 -5- 5- 5 Palpasi : Akral hangat, nadi kuat, turgor kulit baik

2. Hasil laboratorium

Hasil pemeriksaan: Darah Lengkap

Tabel 3.2 Bacaan Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hematologi		
Hemoglobin	11.1	11.7 – 15.5 g/dl
Lekosit	13.10	3.6 – 11.0
Laju endap darah	-	0 – 20
Eosinofil	0	1 – 4 %
Basophil	0	0 – 1 %
Neutrophil staf (Diff)	0	2 – 5 %
Neutrofil Segmen	87	50 – 70%
Limfosit	10	25 – 50%
Monosit	3	2 – 8 %
Hematokrit	34	35 – 47%
Trombosit	157.0	150 – 450
MCV	79	80 – 100 fl
MCH	26	26 – 34
MCHC	33	32 – 36 g/dl
Eritrosit	4.29	4.5 – 6.5
Kimia Klinik		
SGOT / AST	22.6	0 – 50 U/L
SGPT / ALT	19.9	0 – 50 U/L
GDS	578	<200 mg/dl
BUN	34.7	8 – 18 mg/dl
Kreatinin	1.65	0.45 – 0.75 mg/dl
Natrium (Na)	122	135 – 155 mmol/L
Kalium (K)	4.1	3.5 – 5.0 mmol/L
Clorida (C)	92	95 – 108 mmol/L

3. Hasil pemeriksaan: Foto Thorax

Cor : Besar dan bentuk normal

Pulmo : Tampak infiltrat peribronkhial/bercak berawan di kedua lapang paru

Kesimpulan : Bronkopneumonia

4. Terapi Medis

1. Infus KaEN 3B 1800cc /24 jam (14 tpm)
2. Injeksi Ceftriaxone 2x1g (IV)
3. Injeksi Paracetamol 3x500mg (IV)
4. Injeksi Ondancetron 2x4 mg (IV)
5. Nebul combivent 3x1

3.2 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Pasien mengatakan sesak - Pasien mengatakan batuk, tetapi kadang kala tidak bisa batuk untuk mengeluarkan dahak DO : - Terdapat suara nafas tambahan ronkhi area bawah lapang kanan paru - Terdapat sputum atau dahak berwarna hijau kental - Batuk inefektif - RR : 27x/menit - SPO2 : 98% - Hasil Foto thorax dengan kesimpulan bronkopneumonia	Bakteri (streptococcus, staphylococcus, influenza, klebsiella) ↓ Masuk melalui pernafasan bawah ↓ Infeksi saluran pernapasan bawah ↓ Proses peradangan ↓ Merusak epitel bersilia, sel gobien ↓ Kuman pathogen mencapai bronciole terminalis ↓ Akumulasi sekret di bronkus ↓ Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001)

3.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil dari pengkajian dan analisa data yang telah dilakukan peneliti, dapat disimpulkan diagnosa keperawatan dari kasus tersebut adalah bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001) berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas ditandai dengan dyspnea, batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, suara nafas tambahan ronkhi, frekuensi nafas berubah 27x/menit.

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan (SDKI,SLKI,SIKI)

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas efektif Kriteria Hasil: 1. Batuk efektif meningkat (5) 2. Produksi sputum menurun (5) 3. Ronkhi menurun (5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 5. Pola Nafas membaik (5) SLKI (L.01001)	SIKI Manajemen Jalan Napas (I.08238) Observasi 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis.gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna) Terapeutik 4. Posisikan <i>semi-fowler</i> atau <i>fowler</i> 5. Berikan minum hangat 6. Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> 7. Berikan oksigen Edukasi 8. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> 9. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>

3.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

Hari Ke-	Tanggal dan Jam	Implementasi	Paraf
1.	23-11-2025	Observasi :	N
	09.00	1. Memonitor pola pernafasan klien Hasil : Frekuensi nafas cepat, RR 26x/menit	
	09.15	2. Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : Terdapat bunyi nafas tambahan (ronkhi di lapang paru kanan)	
	09.20	3. Memonitor sputum Hasil : Sputum kental warna kuning kehijauan	
	09.30	Terapeutik :	
	09.40	4. Mengatur posisi semi fowler Hasil : Klien merasa nyaman dengan posisi setengah duduk	
	09.45	5. Memberikan oksigen sesuai kebutuhan Hasil : Terpasang nasal kanul 3 lpm	
	09.50	6. Memberikan terapi nebulizier Hasil : Pasien mendapatkan combivent nebuliezer 1 amp selama 15 menit	
	10.00	Edukasi : 7. Mengedukasi tentang pemberian batuk efektif Hasil : Pasien memahami maksud dan tujuan pemberian edukasi teknik batuk efektif	
	10.05	8. Mengajarkan penerapan batuk efektif dengan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mecucu (dibulatkan selama 8 detik. Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke 3. Pertahankan posisi klien untuk condong ke depan. Hasil: Pasien melakukan sesuai arahan perawat, pasien batuk dan mengeluarkan dahak berwarna kuning kurang lebih 2 cc konsistensi menggumpal.	
		Kolaborasi : 9. Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator/ mukolitik/ekspektoran Hasil : Terapi yang didapatkan klien yaitu 1. Infus KaEN 3B 1800cc /24 jam (14 tpm) 2. Injeksi Ceftriaxone 2x1g (IV) 3. Injeksi Paracetamol 3x500mg (IV) 4. Injeksi Ondancetron 2x4 mg (IV)	

		5. Nebul combivent 3x1	
2.	24-11-2025	Observasi :	N
	08.00	1. Memonitor pola pernafasan klien	
	08.10	Hasil : Frekuensi nafas cepat, RR 25x/menit	
		2. Memonitor bunyi nafas tambahan	
	08.15	Hasil : Terdapat bunyi nafas tambahan (ronchi di lapang paru kanan)	
		3. Memonitor sputum	
		Hasil : Sputum kental warna kuning kurang lebih 3 cc	
	08.20	Terapeutik :	
		Mengatur posisi semi fowler	
	08.30	4. Hasil : Klien merasa nyaman dengan posisi setengah duduk	
		Memberikan oksigen sesuai kebutuhan	
		Hasil : Terpasang nasal kanul 3 lpm	
		5. Memberikan terapi nebulizier	
	08.35	Hasil : Pasien mendapatkan terapi nebulizier combivent 1 amp selama 15 menit dengan posisi semi fowler	
	08.50	Edukasi :	
		6. Mengedukasi tentang pemberian batuk efektif	
		Hasil : Pasien memahami pemberian edukasi teknik batuk efektif	
		7. Mengajarkan penerapan batuk efektif dengan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir meucu (dibulatkan selama 8 detik. Mengajarkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke 3. Pertahankan posisi klien untuk condong ke depan.	
	09.00	Hasil : Pasien melakukan sesuai arahan perawat, pasien batuk dan mengeluarkan dahak berwarna kuning kurang lebih 3 cc konsistensi kental.	
		Kolaborasi :	
		8. Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator/ mukolitik/ekspektoran	
		Hasil : Terapi yang didapatkan klien yaitu	
		1. Infus KaEN 3B 1800cc /24 jam (14 tpm)	
		2. Injeksi Ceftriaxone 2x1g (IV)	
		3. Injeksi Paracetamol 3x500mg (IV)	
		4. Injeksi Ondancetron 2x4 mg (IV)	
		5. Nebul combivent 3x1	

3.	25-11-2025	Observasi :	N
	08.00	1. Memonitor pola pernafasan klien Hasil : Frekuensi 23x/menit	
	08.10	2. Memonitor bunyi nafas tambahan Hasil : Bunyi nafas tambahan (ronkhi di lapang paru	
	08.15	kanan) berkurang	
		3. Memonitor sputum	
		Hasil : Sputum berwarna putih encer dengan kurang	
		lebih 3 cc, dahak keluar tiap kali batuk	
	08.25	Terapeutik :	
		4. Mengatur posisi semi fowler	
	08.30	Hasil : Klien merasa nyaman dengan posisi setengah	
		duduk	
	08.35	5. Memberikan oksigen sesuai kebutuhan	
		Hasil : Pasien sudah tidak terpasang nasal kanul	
		6. Memberikan terapi nebulizier	
	08.40	Hasil : Nebulizier combivent 1 amp dengan posisi	
		semi fowler	
		Edukasi :	
	09.00	7. Mengedukasi tentang pemberian batuk efektif	
		Hasil : Pasien sudah bisa menjawab pertanyaan yang	
		diajukan oleh perawat terkait dengan tujuan	
		pemberian batuk efektif	
		8. Mengajarkan penerapan batuk efektif dengan tarik	
		nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan	
		selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut	
		dengan bibir mecucu (dibulatkan selama 8 detik.	
		Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah	
		tarik nafas dalam yang ke 3. Pertahankan posisi klien	
		untuk condong ke depan.	
	09.05	Hasil : Pasien melakukan sesuai arahan perawat,	
		pasien dapat mengeluarkan dahak tiap kali batuk dan	
		dahak berwarna putih kurang lebih 3 cc, konsistensi	
		encer, dahak sudah mudah keluar tiap kali batuk.	
		Kolaborasi :	
		9. Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator/	
		mukolitik/ekspektoran	
		Hasil : Terapi yang didapatkan klien yaitu	
		1. Infus KaEN 3B 1800cc /24 jam (14 tpm)	
		2. Injeksi Ceftriaxone 2x1g (IV)	
		3. Injeksi Paracetamol 3x500mg (IV)	
		4. Injeksi Ondancetron 2x4 mg (IV)	
		5. Nebul combivent 3x1	

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

Hari ke	Tanggal dan jam	Evaluasi	Paraf
1.	24-11-2025 08.00	S : Pasien mengatakan masih sesak dan batuk O: 1. Kesadaran compos mentis 2. Pola Nafas Cepat, RR : 25x/menit 3. SpO2: 99% 4. Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/ menit 5. Terdapat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronkhi di lapang paru kanan 6. Dahak berwarna kuning dan menggumpal, sekitar 2 cc 7. Px masih perlu arahan dari perawat tentang batuk efektif, dan dahak masih sulit dikeluarkan 8. Thorax : bronkopneumonia A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan 1. Monitor pola nafas 2. Monitor bunyi nafas tambahan 3. Monitor sputum 4. Berikan oksigen 5. Anjurkan posisi semi fowler 6. Berikan nebulizier 7. Anjurkan tehnik batuk efektif 8. Kolaborasi pemberian ekspektoran/ mukolitik.	N
2.	25-11-2025 08.00	S : Pasien mengatakan masih batuk tetapi sesak berkurang. O : 1. Kesadaran compos mentis 2. Pola Nafas Membaik, RR : 23x/menit 3. SpO2: 98% 4. Terpasang O2 nasal 3 liter/menit 5. Terdapat bunyi nafas tambahan wheezing ronkhi di lapang paru kanan 6. Batuk efektif meningkat namun dahak yang dikeluarkan sudah banyak 7. Dahak berwarna kuning encer sekitar 3 cc 8. Thorax : bronkopneumonia A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor pola nafas 2. Monitor bunyi nafas tambahan	N

		3. Monitor sputum 4. Anjurkan posisi semi fowler 5. Berikan oksigen 6. Berikan nebulizier 7. Anjurkan tehnik batuk efektif 8. Kolaborasi untuk pemberian ekspektoran/mukolitik	
3.	26-11-2025 08.00	S : Pasien mengatakan batuk dan sesak berkurang O : 1. Kesadaran compos mentis 2. Pola Nafas Membaik, RR : 21x/menit 3. SpO2 : 99% 4. Ronkhi di lapang paru kanan berkurang, tidak ada wheezing 5. Tidak terpasang oksigen. 6. Px sudah bisa melakukan batuk efektif, setiap kali batuk, dahak sudah bisa dikeluarkan 7. Konsistensi dahak encer, berwarna kuning kurang lebih 1 cc setiap kali batuk, produksi sputum mulai menurun A : Masalah sudah teratasi P : Intervensi dihentikan	N

