

BAB III

LAPORAN KELOLAAN KASUS UTAMA

Rumah Sakit Bali Mandara adalah rumah sakit yang berada di bawah naungan Pemerintah Provinsi Bali dan beralamat di Jalan Bypass Ngurah Rai, Sanur Kauh, Denpasar Selatan, Kota Denpasar, Bali. Rumah sakit ini berperan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang menyediakan berbagai layanan, seperti rawat jalan, rawat inap, instalasi gawat darurat, pelayanan penunjang medis, hingga pelayanan dokter spesialis. Selain itu, Rumah Sakit Bali Mandara memiliki komitmen dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien melalui dukungan tenaga medis profesional serta sarana dan prasarana yang modern guna memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat.

Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis memaparkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada satu orang pasien dengan Pneumonia dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif yang dilaksanakan pada tanggal 13 April 2026 di Ruang Rawat Inap Kelas 3 Jepun RSUD Bali Mandara. Ruang Rawat Inap Kelas 3 Jepun terdapat delapan kamar, dengan kapasitas tiga sampai empat *bed* per kamar, dan terdapat empat puluh lima orang perawat di ruangan tersebut.

Beberapa kendala yang dihadapi peneliti selama melakukan asuhan keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif dengan terapi inhalasi sederhana aromaterapi *peppermint* pada pasien pneumonia di ruang jepun yaitu kondisi kamar pasien yang berada dalam satu ruangan dengan pasien lain saat pemberian aromaterapi dapat mengganggu pasien lain yang tidak menyukai bau tersebut, dan

aktivitas pelayanan yang tinggi membuat peneliti perlu melakukan komunikasi kordinasi yang baik agar penelitian tetap berjalan tanpa mengganggu pelayanan ruangan.

A. Pengkajian Keperawatan

Informasi pengkajian keperawatan pada karya ilmiah ini didapatkan melalui wawancara langsung dengan pasien, keluarga, dan rekam medik dari pasien yang mengalami pneumonia dengan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif pada tanggal 13 April 2026 pukul 08.30 WITA di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Pengkajian dilakukan setelah pasien dan keluarga pasien menyetujui *informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden) yang telah disiapkan peneliti sebagai bukti bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Pada tanggal 10 April 2026 pukul 20.00 WITA, pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Bali Mandara dengan keluhan utama sesak napas. Setibanya di IGD, pasien diterima oleh perawat IGD dan segera dilakukan pengkajian awal untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien. Berdasarkan hasil anamnesis, pasien mengeluhkan sesak napas yang dirasakan semakin mengganggu aktivitasnya. Selanjutnya, perawat IGD melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi guna menilai kondisi sistem pernapasan serta kondisi umum pasien. Setelah proses pengkajian dan pemeriksaan fisik selesai dilakukan, keluarga pasien diarahkan untuk melengkapi data administrasi di bagian resepsionis sebagai persiapan proses rawat inap. Selama menunggu proses administrasi, pasien mendapatkan tindakan medis sesuai dengan instruksi dokter. Tindakan yang diberikan meliputi pemasangan infus untuk terapi cairan dan akses

pemberian obat, pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium, pemberian oksigen dengan nasal canul 4 lpm, serta pemberian terapi nebulizer menggunakan Lasalcom dengan dosis 3×1 respul guna membantu mengurangi keluhan sesak napas dan memperbaiki fungsi pernapasan pasien. Pada pukul 21.15 WITA, pasien dibawa ke instalasi radiologi untuk menjalani pemeriksaan foto rontgen toraks sebagai pemeriksaan penunjang dalam menegakkan diagnosis dan mengetahui kondisi paru-paru pasien. Setelah pemeriksaan radiologi selesai dilakukan, pasien kembali ke IGD dan menunggu ketersediaan ruang rawat inap di Ruang Jepun. Pada tanggal 11 April 2026 sekitar pukul 02.00 WITA, pasien diantar oleh perawat IGD menuju Ruang Rawat Inap Jepun. Setibanya di ruangan tersebut, pasien dipindahkan dari brankar ke tempat tidur perawatan yang telah disiapkan. Selanjutnya, perawat ruangan melakukan serah terima pasien dari perawat IGD dan melanjutkan pemantauan serta perawatan sesuai kondisi dan kebutuhan pasien selama menjalani rawat inap.

Pada tanggal 13 April 2026, dilakukan pengkajian keperawatan terhadap pasien di ruang rawat inap. Pengkajian diawali dengan wawancara untuk mengidentifikasi keluhan utama yang dirasakan pasien. Saat wawancara, pasien mengeluhkan sesak napas yang masih dirasakan, terutama saat beraktivitas. Pasien juga mengatakan mengalami batuk berdahak, namun dahak sulit dikeluarkan sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman pada saluran pernapasan, pasien menyampaikan bahwa dirinya memiliki riwayat penyakit Tuberkulosis (TB) paru yang didiagnosis pada bulan Maret 2025. Pasien menjelaskan bahwa selama menjalani pengobatan TB, ia mengikuti program terapi yang telah ditetapkan oleh tenaga kesehatan dan mengonsumsi obat anti tuberkulosis (OAT) secara teratur sesuai anjuran. Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan

tanda-tanda vital dan status respirasi pasien. Pemeriksaan saturasi oksigen menggunakan pulse oximetry menunjukkan nilai saturasi oksigen (SpO₂) sebesar 94% dengan bantuan terapi oksigen melalui nasal kanul. Perawat juga melakukan inspeksi untuk mengamati pola napas, frekuensi napas, kedalaman napas, serta adanya penggunaan otot bantu pernapasan, didapat frekuensi napas pasien 27x/menit. Pemeriksaan dilanjutkan dengan palpasi untuk menilai ekspansi dada dan kesimetrisan pergerakan dinding dada selama proses inspirasi dan ekspirasi. Kemudian dilakukan perkusi pada area lapang paru untuk menilai kondisi jaringan paru dan kemungkinan adanya kelainan. Setelah itu, dilakukan auskultasi menggunakan stetoskop pada beberapa lapang paru anterior dan posterior untuk menilai suara napas. Hasil auskultasi menunjukkan adanya suara napas tambahan berupa wheezing yang mengindikasikan penyempitan jalan napas. Pada pemeriksaan kepala didapatkan rambut berwarna hitam dan sedikit beruban, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan normal, pupil isokor. Pada pemeriksaan leher didapatkan bentuk normal, trakea letak di tengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening di leher. Pemeriksaan abdomen tidak kembung, bising usus normal. Pemeriksaan ekstremitas dan kulit didapatkan kulit teraba hangat, warna kulit normal, membrane mukosa lembab, edema tungkai tidak ada, sensibilitas normal, dan kekuatan otot normal, nyeri tidak ada, *capillary refill time* < 3 detik.

Dari hasil pengkajian diperoleh data identitas pasien dengan inisial Tn. W usia 56 tahun, jenis kelamin laki-laki, status sudah menikah dan memiliki 3 orang anak, kewarganegaraan Indonesia, agama Hindu, Pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan

sebagai wirausaha. Diagnosis medis yakni Obs. Dyspneu ec Susp. Pneumonia Aspirasi
+ Riwayat Ca Thyroid Susp. Metastase Paru + PPOK EA.

B. Diagnosis Keperawatan

Penegakkan diagnosis keperawatan yang sistematis dilakukan berdasarkan tiga tahap, yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis keperawatan pada pasien kelolaan dengan diagnosis medis Pneumonia:

Table 3
Analisis Data Tn. W dengan yang mengalami Pneumonia di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara

Data Keperawatan	Nilai Normal	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	2	3	4
DS :	DS :	Kondisi klinis terkait: Infeksi saluran napas (Pneumonia)	Bersihkan jalan napas tidak efektif
a.Pasien mengatakan sesak saat bernapas	a.Pasien mengatakan tidak merasa sesak saat bernapas	↓	
b.Pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahak	b. Pasien mengatakan mampu mengeluarkan dahak dengan mudah	Hipersekresi jalan napas	
DO :		↓	
c. Pasien tampak tidak mampu batuk atau batuk tidak efektif	c. Pasien mampu batuk efektif	Pasien tampak batuk tidak efektif, terdapat, suara tambahan wheezing, pasien tampak gelisah,	
d. Terdengar bunyi napas tambahan wheezing	d. Bunyi napas vesikuler normal (tanpa ronchi/wheezing).	frekuensi napas 27x/menit, SpO2 94% dengan nasal canul	
e. Pasien tampak gelisah	e. Pasien tampak tenang	↓	
f. Frekuensi napas 27x/menit	f. Frekuensi napas normal 16–20 kali/menit	Bersihkan jalan napas tidak efektif	
g. SpO2 94% dengan nasal canul	g. Nilai normal SpO2 95-100%		

Berdasarkan data pada tabel analisis data, maka diagnosis keperawatan yang dapat dirumuskan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dibuktikan dengan pasien tampak tidak mampu batuk secara efektif, terdapat suara napas tambahan wheezing, pasien tampak gelisah, pasien tampak lemas, dan terdapat sputum berlebih.

C. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai acuan dalam menyusun perencanaan keperawatan dalam mengatasi masalah keperawatan Tn. W yang juga ditambahkan intervensi inovasi berdasarkan konsep *evidence based practice* dan penelitian terkait, berikut susunan rencana keperawatan pada Tn. W:

Table 4
Rencana Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada Pasien dengan Pneumonia di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan Keperawatan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1	2	3	4
	SDKI (D.0001) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas yang dibuktikan dengan batuk tidak efektif,	SLKI Setelah intervensi selama 3x24 jam maka Bersihan Jalan Nafas Membaik dengan kriteria hasil:	L.01001 Intervensi utama: Manajemen jalan nafas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan Keperawatan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1	2	3	4
	tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering, dispnea, sulit bicara, ortopnea, gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, dan pola napas berubah	1. Batuk efektif meningkat(5) 2. Produksi sputum menurun dari 2 ml menjadi 0 ml (5) 3. Wheezing menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5.Frekuensi nafas membaik dari 27x/menit menjadi 20x/menit (5)	2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Posisikan Semi- Fowler atau Fowler 2. Berikan minuman hangat 3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4. Berikan Oksigen, Jika perlu Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak komtraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan Keperawatan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1	2	3	4

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian

- Levoflaksasim dengan
dosis 1x750 mg (IV)

- Nebul lasalcom dengan
dosis 3x1 respul

Intervensi pendukung:

Pemberian aromaterapi

peppermint satu kali
sehari

SIKI (I.01006)

Latihan Batuk Efektif

Observasi :

5. Identifikasi

kemampuan batuk

6. Monitor adanya

retensi sputum

7. Monitor tanda dan

gejala infeksi saluran
napas

8. Monitor input dan

output cairan

Terapeutik :

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan Keperawatan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1	2	3	4
			4. Atur posisi semi-fowler atau fowler 5. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 6. Buang sekret pada tempat sputum <i>Edukasi :</i> 6. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 7. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama empat detik, ditahan selama dua detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama delapan detik 8. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga tiga kali 9. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ketiga

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan Keperawatan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1	2	3	4
			<i>Kolaborasi :</i> Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan pada pasien Tn. W dilakukan pada tanggal 13-16 April 2026 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Implementasi keperawatan yang telah dilakukan kepada Tn. W untuk mengatasi masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif yaitu : memonitor pola napas (frekuensi) setiap 4 jam, memonitor bunyi napas tambahan (wheezing), memonitor sputum, memonitor saturasi oksigen, memonitor kemampuan batuk efektif, memposisikan *semi-fowler* atau *fowler* dengan meninggikan bagian kepala tempat tidur, melatih cara batuk efektif, menganjurkan pasien untuk meminum air hangat, berkolaborasi dalam pemberian nebulizer setiap 8 jam, menjelaskan tujuan dan prosedur pemberian Aromaterapi Peppermint pada pasien dan keluarga pasien, mengajarkan pasien untuk melakukan terapi inhalasi sederhana dengan Aromaterapi *Peppermint* satu kali sehari, menganjurkan pasien untuk menerapkan terapi inhalasi sederhana dengan Aromaterapi Peppermint secara mandiri. Pemaparan proses pelaksanaan implementasi secara rinci terlampir.

E. Evaluasi Keperawatan

Table 5
Evaluasi Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada Pasien dengan
Pneumonia Di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara

Hari, Tanggal, Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
1	2
Kamis, 16 April 2026 11.00 WITA	Subjektif : - Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang - Pasien mengatakan kondisi kesehatannya sudah mulai membaik dan merasa lega karena sudah bisa mengeluarkan dahak - Pasien mengatakan sudah mampu batuk dengan efektif - Pasien mengatakan mampu mengeluarkan dahak - Pasien mengatakan sudah merasa rileks dan nyaman Objektif : - Pasien tampak sudah bisa melakukan teknik batuk efektif - Sputum yang dapat dikeluarkan pada hari ketiga pemberian aromaterapi peppermint sebanyak 4 ml dengan konsistensi kental seperti lender dan berwarna putih kekuningan

-
- Suara napas tambahan wheezing menurun
 - Pasien tampak tenang dan tidak gelisah
 - Frekuensi napas pasien membaik 20x/menit

Assesment

- Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi

Planning

- Anjurkan makan bergizi tinggi protein dan cukup cairan
- Edukasi batuk efektif untuk membantu mengeluarkan sekret
- Edukasi penggunaan inhalasi sederhana dengan aromaterapi peppermint bila keluhan batuk dan sesak dirasakan.
- Kolaborasi pemberian obat

Eutirox dengan dosis 1x150 mg (PO)

Amlodipin dengan dosis 1x10 mg (PO)

Vitamin D 1x1000 (PO)
