

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini, peneliti memaparkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada satu orang pasien dengan PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronik) dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif yang dilaksanakan pada tanggal 13-16 April 2026 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara.

A. Pengkajian Keperawatan

Berikut adalah data pengkajian keperawatan dari pasien yang dikelola, yang disajikan dalam tabel di bawah ini.

1. Identitas pasien

- a. Nama : Tn.S
- b. Tanggal lahir/usia : 31 – 12 – 1951 / 75 tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Kewarganegaraan : WNI
- e. Agama : Hindu
- f. Pendidikan : SMA
- g. Tanggal MRS : 12 April 2026
- h. Diagnosa medis : PPOK
- i. Tanggal pengkajian : 13 April 2026
- j. Ruangan : Jepun, RSUD Bali Mandara

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh sesak nafas.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien datang ke IGD RSUD Bali Mandara pada 12 April 2026 pukul 20.00 WITA dengan keluhan sesak napas yang semakin memberat, disertai lemas dan penurunan aktivitas sehari-hari. Awalnya sesak muncul saat aktivitas sedang, kemudian memberat hingga dirasakan saat aktivitas ringan dan saat istirahat. Pasien telah menggunakan salbutamol di rumah, namun keluhan tidak membaik. Saat di IGD didapatkan tanda vital: TD 150/90 mmHg, Nadi 108 x/menit, RR 28 x/menit, Suhu 36,5°C, dan SpO₂ 88% tanpa oksigen. Pasien mendapat terapi oksigen melalui nasal kanul 4 L/menit, nebulisasi salbutamol 2,5 mg dan ipratropium bromide 0,5 mg, infus NaCl 0,9%, serta methylprednisolone 62,5 mg IV. Dilakukan pemeriksaan darah lengkap dan foto toraks. Selanjutnya pasien dipindahkan ke Ruang Jepun pada pukul 22.07 WITA untuk perawatan lanjutan.

Pengkajian pada 13 April 2026 pukul 10.00 WITA menunjukkan pasien sadar compos mentis, masih mengeluh sesak napas, badan lemas, dan batuk dan ada dahak. Tanda vital didapatkan TD 140/80 mmHg, Nadi 106 x/menit, RR 26 x/menit, Suhu 36°C, dan SpO₂ 90% dengan nasal kanul 4 L/menit.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien sudah terdiagnosa PPOK sejak ± 5 tahun yang lalu dan sering mengalami batuk kronis disertai sesak napas yang hilang timbul. Riwayat rawat inap sebelumnya karena pasien mengalami sesak napas. Pasien tidak memiliki

riwayat penyakit menular seperti tuberkulosis paru. Pasien memiliki riwayat merokok lama sekitar $\pm$ 30 tahun, dengan konsumsi rokok $\pm$ 1 bungkus perhari dan baru berhenti sejak 5 tahun terakhir.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga seperti hipertensi, diabetes militus, ataupun penyakit menular.

3. Pola kebutuhan dasar

a. Respirasi

Pada pasien PPOK Tn. S ditemukan keluhan sesak napas terutama saat aktivitas dan memberat saat berjalan. Pasien mengalami batuk efektif dan ada sekret, frekuensi napas 26x/menit dengan irama teratur. Ditemukan retraksi dinding dada. Pasien menggunakan oksigen nasal kanul 4 liter/menit dengan saturasi oksigen 90%.

b. Sirkulasi

Pada pasien tidak ditemukan edema maupun distensi vena jugularis. Suara jantung S1 dan S2 terdengar normal dengan irama reguler. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 106x/menit, suhu 36°C, akral hangat, CRT kurang dari 3 detik, serta turgor kulit normal.

c. Nutrisi/cairan

Pada pasien didapatkan nafsu makan baik dengan konsumsi nasi tiga kali sehari dan makan secara mandiri. Tidak terdapat keluhan mual, muntah, atau kesulitan menelan. Mukosa bibir tampak lembab, kekuatan otot mengunyah dan menelan baik, abdomen tidak kembung, dan bising usus normal. Berat

badan pasien 54 kg dengan tinggi badan 160 cm dan IMT 21,5 yang termasuk kategori gizi normal.

d. Eliminasi

Pada pasien pola berkemih normal dengan frekuensi sekitar 6 kali per hari, urine berwarna kuning jernih, serta tidak ditemukan gangguan perkemihan. Pola buang air besar tidak mengalami gangguan bermakna dengan frekuensi 1 kali per hari, konsistensi feses lembek berwarna kecoklatan, dan tidak terdapat perdarahan ataupun masalah pada area anus.

e. Aktivitas dan istirahat

Pada pasien keadaan umum tampak baik dengan mobilisasi mandiri dan pergerakan aktif. Pasien tidur sekitar 8 jam per hari, tidur siang, serta tidak mengalami kesulitan ataupun gangguan tidur. Namun aktivitas dapat menurun akibat sesak napas yang muncul saat melakukan aktivitas tertentu

f. Neurosensori

Pada pasien tidak ditemukan gangguan pada kepala, mata, telinga, maupun hidung. Tingkat kesadaran *compos mentis*, fungsi kognitif stabil, memori baik, tidak terdapat gangguan penglihatan maupun pendengaran, dan pasien tampak kooperatif.

g. Reproduksi/seksualitas

Pada pasien tidak ditemukan kelainan atau gangguan pada sistem reproduksi, tidak terdapat gangguan seksual maupun penyakit menular seksual

h. Nyeri/ketidaknyamanan

Pada pasien tidak ditemukan keluhan nyeri, baik akut maupun kronis. Pasien juga tidak menunjukkan tanda menarik diri ataupun depresi sehingga kenyamanan pasien masih relatif baik.

i. Integritas ego

Pasien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan berharap dapat kembali beraktivitas seperti biasa. Pasien menyadari adanya perubahan setelah sakit yaitu mudah sesak napas dan cepat lelah. Suasana hati, orientasi, konsentrasi, proses pikir, dan interaksi sosial pasien masih dalam keadaan normal

j. Pertumbuhan dan perkembangan

Pada pasien tidak ditemukan riwayat prematuritas, gangguan endokrin, kelainan kongenital, penyakit infeksi, maupun efek samping terapi.

k. Kebersihan diri

Pasien mampu melakukan aktivitas kebersihan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian, membersihkan diri, dan menggunakan toilet. Motivasi melakukan kebersihan diri juga berasal dari diri sendiri.

l. Penyuluhan dan pembelajaran

Pasien mampu berkomunikasi dengan jelas, memahami informasi yang diberikan, dan mengikuti anjuran pengobatan. Saat mengalami stres pasien cenderung memilih tidur sebagai mekanisme koping.

m. Interaksi sosial

Pasien tinggal bersama keluarga, tidak memiliki riwayat trauma maupun kekerasan, serta tidak mengalami gangguan komunikasi. Pengambilan keputusan dalam keluarga dilakukan oleh kepala keluarga.

n. Keamanan dan proteksi

Pada pasien kulit berwarna normal, membran mukosa lembab, tidak ditemukan luka, hematoma, maupun gangguan integritas kulit. Pasien tampak rileks dan tidak menunjukkan tanda ketegangan.

4. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum: lemah

b. Tingkat kesadaran: *compos mentis*

c. GCS: E4 V5 E6 (15)

d. Tanda-tanda vital

1) Nadi: 106x/menit

2) Suhu: 36,0°C

3) SpO₂: 90% (dengan oksigen nasal canul 4 lpm)

4) Respirasi: 26x/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, konjungtiva tampak tidak ikterik, sklera 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

Berbentuk simetris dengan irama nafas irreguler, suara nafas ronkhi, terdapat retraksi dada, RR: 26x/menit.

8) Abdomen

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

9) 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.

10) Anus dan genetalia

Tidak ditemukan masalah dan kelainan.

5. Pemeriksaan penunjang

Tabel 5
Hasil Pemeriksaan Penunjang Tanggal 12 April 2026

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
HGB	12.5	13.5 – 17.5	g/dL
RBC	4.84	4.50 - 5.90	10 ⁶ /μL
HCT	38.7	40.0 - 52.0	%
MCV	80.0	80.0 - 100.0	fL
MCH	25.8	26.0 - 34.0	pg
MCHC	32.3	32.0 - 36.0	g/dL
RDW-SD	37.6	37.0 - 54.0	fL
RDW-CV	13.2	11.6 - 14.6	%
WBC	10.62	4.10-11.00	10 ³ /μL
Hitung Jenis			
NEUT%	71.1	50.0 - 70.0	%
LYMPH%	16.6	25.0 - 40.0	%
BASO%	0.07	0.0 - 0.10	%
MONO%	8.7	2.0 - 8.0	%
EOS%	2.9	2.0 - 4.0	%
NEUT#	7.56	1.5 - 7.0	10 ³ /μL
LYMPH#	1.76	1.0 - 3.70	10 ³ /μL
BASO#	0.07	0.0 - 0.10	10 ³ /μL
MONO#	0.92	0.0 - 0.70	10 ³ /μL
EOS#	0.31	0.0 - 0.40	10 ³ /μL

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
PLT	386	150 - 440	$10^3/\mu\text{L}$
PDW	8.5	9.0 - 17.0	fL
MPV	8.9	9.0 - 13.0	fL

Hasil pemeriksaan radiologi pada tanggal 12 April 2026

Hasil pemeriksaan foto thorax AP :

- Soft tissue yang tervisualisasi tak tampak kelainan
- Pulmo :

Tampak peningkatakan corakan bronkovaskular bilateral

Tampak hiperinflasi paru dengan diafragma sedikit mendatar

Tidak tampak infiltrat maupun nodul pada kedua paru

Hilus bilateral normal

- Tampak sudut costofrenicus bilateral lancip
- Cor : bentuk dan ukuran normal, CTR < 50%
- Sistema tulang yang tervisualisasi intact, tak tampak kelainan

Kesan :

- Tidak tampak infiltrat aktif maupun efusi pleura
- Besar cor normal

5. Terapi medis

- a. NaCl 0,9% 500ml dengan dosis 10tpm (IV)
- b. Nebulisasi salbutamol 2,5 mg + ipratropium bromide 0,5 mg
- c. Vitamin B kompleks 1 tab (po)
- d. Methylprednisolone 62,5mg (iv)
- e. Azithromycin 500 mg (po)

B. Diagnosis Keperawatan

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

1. Analisis data

Tabel 6
Analisis Data Tn. S dengan PPOK yang Mengalami Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara

Data Fokus	Data Normal	Masalah Keperawatan
Data Subjektif :	Data subjektif :	SDKI (D.0001)
a. Pasien mengatakan sesak nafas semakin memberat, terutama saat beraktivitas	1. Tidak mengalami dipsnea (sesak nafas)	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
b. Pasien mengatakan sesak nafas berkurang saat duduk dibandingkan saat berbaring	2. Tidak mengalami orthopnea	
Data objektif :	Objektif :	
a. Saat dikaji pasien tampak batuk dan ada sputum	1. Tidak ada sputum berlebih	
b. Terdengar bunyi napas tambahan yaitu <i>wheezing</i>	2. Tidak terdengar bunyi napas tambahan	
c. Pola napas pasien cepat (takipnea)	3. Pola napas membaik	
d. Frekuensi napas pasien berubah RR : 26x/menit	4. Frekuensi napas membaik	

2. Identifikasi masalah

Tabel 7.
Analisa masalah keperawatan Tn. S dengan PPOK yang Mengalami Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara

Masalah Keperawatan	Proses Terjadinya Masalah
Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	<p>Infeksi kronis dan paparan iritan</p> <p>↓</p> <p>Menginfeksi saluran pernapasan</p> <p>↓</p> <p>Hipersekresi jalan napas</p> <p>↓</p> <p>Obstruksi atau penyempitan jalan napas</p> <p>↓</p> <p>Adanya bunyi napas tambahan, dispnea, dan peningkatan frekuensi napas</p> <p>↓</p> <p>Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif</p>

3. Rumusan diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisis data, maka diagnosa keperawatan yang dirumuskan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak nafas, pasien mengatakan sesak napas berkurang saat duduk dibandingkan saat berbaring, tampak adanya batuk dan sputum berlebih, terdengar bunyi napas tambahan yaitu *wheezing*, pola napas pasien cepat (*takipnea*), frekuensi napas tampak berubah dengan RR : 26x/menit.

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. S yang juga ditambahkan intervensi inovasi berdasarkan konsep *evidence based practice* dan penelitian terkait, berikut susunan rencana keperawatan pada Tn. S:

Tabel 8
Rencana Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada Pasien dengan PPOK Di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
SDKI (D.0001)	SLKI (L.01004)	A. Intervensi Utama
Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak nafas, pasien mengatakan sesak napas berkurang saat duduk dibandingkan saat berbaring, tampak adanya batuk dan sputum berlebih, terdengar bunyi napas tambahan yaitu <i>wheezing</i> , pola napas pasien cepat (<i>takipnea</i>), frekuensi napas tampak	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Bersihan Jalan Napas Membaik dengan kriteria hasil: 1. Produksi sputum menurun 2. Wheezing menurun 3. Dipsnea menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi 1. Monitor upaya napas (frekuensi, kedalaman, upaya napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (<i>mis.gurgling</i> , mengi, <i>wheezing</i> , ronkhi kering 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Posisikan semi-fowler atau fowler 2. Berikan minum hangat

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
berubah dengan RR : 26x/menit		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> <p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>Kussmaul, chyne-stroke, biot</i>, aktasik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya sputum 5. Monitor adanya sumbatana jalan napas 6. Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		Edukasi
		1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
		C. Intervensi Inovasi
		1. Pemberian posisi <i>orthopnea</i>
		- Diberikan dalam 3x pertemuan selama 10-15 menit
		2. Pemberian <i>hand held fan therapy</i>
		- Diberikan dalam 3x pertemuan selama 10-15 menit

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan pada pasien Tn. S dilakukan selama 3 x 24 jam, dimulai pada tanggal 13-16 April 2026 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Pelaksanaan intervensi difokuskan pada upaya penanganan masalah keperawatan berupa bersihan jalan napas tidak efektif yang dialami oleh pasien Tn. S. Adapun implementasi yang diberikan pada pasien terlampir.

E. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan pada Tn. S sesuai dengan rencana keperawatan selama lima hari, adapun evaluasi sumatif dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 9
Evaluasi Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif pada Pasien dengan PPOK Di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara

Hari, Tanggal, Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
Sabtu, 16 April 2026	<p>Subjektif :</p> <p>10.15 WITA - Pasien mengatakan lebih nyaman dan tidak sesak seperti sebelumnya</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kooperatif saat melakukan posisi <i>orthopnea</i> dan <i>hand held fan therapy</i> - Pasien tampak tidak menunjukkan tanda kelelahan selama melakukan intervensi - Tampak tidak adanya sputum yang berlebih - Tidak terdengar bunyi napas tambahan - Pola napas membaik - Frekuensi napas membaik (RR : 20x/menit) <p><i>Assesment :</i></p> <p>Masalah keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif teratasi</p> <p><i>Planning :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan pemantauan frekuensi napas, suara napas, dan saturasi oksigen untuk menilai efektivitas bersihan jalan napas

Hari, Tanggal, Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
	<ul style="list-style-type: none"> - Terapi kombinasi posisi <i>orthopnea</i> dan <i>hand held fan therapy</i> dilanjutkan sesuai program keperawatan jika keluhan sesak mulai dirasakan - Edukasi kepada pasien dan keluarga pasien mengenai pentingnya latihan pernapasan sebagai bagian dari perawatan