

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN: PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) MELALUI PEMBERIAN
FISIOTERAPI DADA TERHADAP PENINGKATAN SATURASI
OKSIGEN DI RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II
RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada Program
Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut



INTAN PURNAMA

KHGD24020

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN: PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) MELALUI PEMBERIAN FISIOTERAPI DADA TERHADAP PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN DI RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT

NAMA : INTAN PURNAMA

NIM : KHGD24020

Garut, September 2025

Menyetujui,
Pembimbing

Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN: PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) MELALUI PEMBERIAN
FISIOTERAPI DADA TERHADAP PENINGKATAN SATURASI
OKSIGEN DI RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II
RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT**

INTAN PURNAMA, S.KEP

ABSTRAK

Latar belakang: PPOK merupakan penyakit pernapasan yang ditandai dengan keluhan meliputi sesak napas, batuk dan adanya produksi dahak akibat kelainan saluran napas yang menyebabkan seiring berjalannya waktu hambatan aliran udara dan sesaknya bertambah berat. Dalam melakukan tindakan pengeluaran sputum agar proses pernapasan berjalan dengan baik guna mencukupi kebutuhan oksigen dalam tubuh yaitu salah satunya dengan intervensi keperawatan yang bisa diterapkan untuk mengeluarkan sputum pada jalan napas adalah dengan fisioterapi dada. **Tujuan:** studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui penerapan fisioterapi dada untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien PPOK di RSUD Al-Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat. **Metode:** Metode penelitian yang di gunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini menggunakan laporan studi kasus dengan EBP. Pada penulisan metode ilmiah sesuai dengan kaidah dari proses keperawatan yang meliputi: Pengkajian, Analisa data, Intervensi keperawatan, Implementasi serta Evaluasi. **Hasil:** Hasil analisis kasus pada pasien Ny.A dengan PPOK didapatkan pasien mengeluh sesak disertai batuk berdahak yang sulit dikeluarkan dengan masalah keperawatan prioritas bersihan jalan napas tidak efektif yang diberikan intervensi manajemen jalan napas dan pemberian fisioterapi dada selama 3 hari berturut-turut diperoleh keluhan sesak menurun dan saturasi oksigen meningkat. **Kesimpulan:** Dari analisis asuhan keperawatan menunjukkan bahwa pemberian fisioterapi dada dapat meningkatkan saturasi oksigen. **Saran:** Saran dari penelitian ini yaitu untuk melakukan intervensi lebih mendalam terkait penerapan fisioterapi dada terhadap pasien PPOK.

Kata kunci: PPOK, sesak, fisioterapi dada.

Nursing Care Analysis of Mrs. A with Respiratory System Disorders: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) through Chest Physiotherapy to Improve Oxygen Saturation in Abdurrahman Bin Auf II Ward, Al-Ihsan Hospital, West Java Province
Nursing Care Analysis of Mrs. A with Respiratory System Disorders: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) through Chest Physiotherapy to Improve Oxygen Saturation in Abdurrahman Bin Auf II Ward, Al-Ihsan Hospital, West Java Province

INTAN PURNAMA, S.KEP

ABSTRACT

Background: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a respiratory disorder characterized by symptoms such as shortness of breath, coughing, and sputum production caused by airway abnormalities that, over time, lead to airflow obstruction and worsening dyspnea. To facilitate sputum expectoration and ensure optimal respiratory function in meeting the body's oxygen needs, one of the nursing interventions that can be applied to help remove sputum from the airways is chest physiotherapy. **Objective:** This case study aims to determine the application of chest physiotherapy in improving oxygen saturation levels in COPD patients at Al-Ihsan Regional Hospital, Bandung, West Java Province. **Method:** The research method used in preparing this final scientific paper was a case study report based on Evidence-Based Practice (EBP). The writing process followed the scientific method according to the nursing process, which includes assessment, data analysis, nursing interventions, implementation, and evaluation. **Results:** The case analysis of Mrs. A, a patient with COPD, revealed complaints of shortness of breath accompanied by productive cough with difficulty expectorating sputum. The priority nursing problem identified was ineffective airway clearance. After providing airway management and chest physiotherapy interventions for three consecutive days, the patient's shortness of breath decreased, and oxygen saturation levels improved. **Conclusion:** Based on the nursing care analysis, the implementation of chest physiotherapy was proven to be effective in increasing oxygen saturation in COPD patients. **Suggestion:** It is recommended that further interventions be carried out to explore more deeply the implementation of chest physiotherapy for COPD patients to optimize airway clearance and improve respiratory function.

Keywords: COPD, dyspnea, chest physiotherapy.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul "Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan Gangguan Sistem Pernapasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Melalui Pemberian Fisioterapi Dada Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat". Dan tidak lupa sholawat serta salam semoga senantiasa dilimpahkan kepada junjungan Nabi besar Muhammad SAW beserta keluarga dan umatnya. Karya Ilmiah Akhir ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan ujian sidang keserjanaan Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, nasehat, dorongan beserta motivasi baik bersifat moril maupun materil dari berbagai pihak yang menurut penulis sangat berharga dan juga membantu dalam kelancaran penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini. Untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE.,M.Si Ketua umum pengurus yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut
5. Ibu Sulastini, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing utama yang telah memberikan waktu, arahan, motivasi serta masukan bagi penulis.
6. Seluruh jajaran Dosen dan Staf Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
7. Yang paling berharga kedua orang tua penulis yaitu Bapak Supriatna dan Mamah Pipih Hartini, terimakasih atas do'a yang selalu mengiringi serta pengorbanan dan kasih sayang yang telah diberikan, semoga Allah SWT selalu memberikan kesehatan, perlindungan dan dipanjangkan umurnya agar senantiasa mendampingi penulis.
8. Satu-satunya saudara kandung laki-laki penulis yaitu adik Yogi Hadiansah, terimakasih atas do'a dan dukungannya.
9. Saudara dan keluarga besar penulis yang selalu memberikan do'a dan dukungannya.
10. Teman dekat penulis yang selalu menemani dan memberikan *support*.
11. Rekan-rekan Angkatan 2024 Program Studi Ners, pihak lain yang telah membantu dan memberikan saran untuk kelancaran penulisan skripsi ini.
12. Kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Mudah-mudahan segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dapat dibalas oleh Allah SWT dengan berlipat ganda. Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini bisa bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan sangat diharapkan.

Garut, September 2025

Penulis,

Intan Purnama

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL

LEMBAR PENGESAHAN.....i

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....ii

ABSTRAK.....iii

ABSTRACK.....iv

KATA PENGANTAR.....v

DAFTAR ISIviii

DAFTAR TABELx

DAFTAR BAGANxi

BAB I PENDAHULUAN 1

1.1. Latar Belakang..... 1

1.2 Tujuan Penulisan..... 6

1.2.1 Tujuan Umum..... 6

1.2.2 Tujuan Khusus..... 6

1.3 Manfaat Penulisan..... 8

1.3.1 Manfaat Teoritis..... 8

1.3.2 Manfaat Praktis..... 8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 9

2.1. Konsep Penyakit PPOK..... 9

2.1.1. Definisi.....9

2.1.2. Klasifikasi PPOK.....10

2.1.3. Etiologi.....10

2.1.4. Manifestasi Klinis..... 12

2.1.5. Patofisiologis PPOK..... 13

2.1.6. Pathway PPOK.....16

2.1.7. Komplikasi PPOK.....18

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang PPOK..... 19

2.1.9 Penatalaksanaan.....21

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan PPOK..... 24

2.2.1. Pengkajian Keperawatan.....24

2.2.2.	Diagnosis Keperawatan.....	30
2.2.4.	Implementasi Keperawatan.....	42
2.2.5.	Evaluasi Keperawatan.....	42
2.3	Konsep Fisioterapi Dada.....	43
2.3.1	Pengertian Fisioterapi Dada.....	43
2.3.2	Tujuan Fisiterapi Dada.....	43
2.3.3	Indikasi dan Kontraindikasi Fisioterapi Dada.....	44
2.3.4	Tindakan Fisioterapi Dada.....	45
2.3.5	Standar Operasional Prosedur Fisioterapi Dada.....	50
2.4	Evidence Based Practice (EBP)	52
2.4.1	Hasil Analisis.....	52
2.4.2	Analisis Jurnal.....	54
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN		55
3.1	Tinjauan Kasus.....	55
3.1.1.	Pengkajian.....	55
3.1.2	Diagnosa Keperawatan.....	70
3.1.3	Rencana Tindakan Keperawatan.....	71
3.1.4	Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi keperawatan.....	78
3.1.5	Catatan Perkembangan.....	86
3.2.	Pembahasan.....	92
3.2.1	Pengkajian Data dan Analisa Data.....	92
3.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	93
3.2.3	Perencanaan Keperawatan.....	96
3.2.4	Implementasi Keperawatan.....	98
3.2.5	Evaluasi.....	101
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN		103
4.1.	Kesimpulan.....	103
4.2.	Saran.....	105
DAFTAR PUSTAKA.....		106
DAFTAR LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi PPOK.....	10
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	32
Tabel 2.3 SOP Fisioterapi Dada.....	50
Tabel 2.4 EBP.....	52
Tabel 3.1 Tingkat Keparahan PPOK.....	62
Tabel 3.2 Pola Makan & Minum.....	65
Tabel 3.3 Pola Eliminasi.....	65
Tabel 3.4 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	66
Tabel 3.5 Pola Istirahat Tidur	66
Tabel 3.6 Pola Hygiene.....	66
Tabel 3.7 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	67
Tabel 3.8 Terapi Medis.....	68
Tabel . 3.9 Analisa Data	69
Tabel 3.10 Rencana Tindakan Keperawatan.....	71
Tabel 3.11 Implementasi & Evaluasi Keperawatan.....	78
Tabel 3.12 Catatan Perkembangan.....	86

DAFTAR BAGAN

2.1 Bagan Pathway PPOK.....	16
2.2 Genogram.....	58

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Sistem pernapasan merupakan serangkaian proses kompleks di dalam tubuh manusia yang bertanggung jawab atas pertukaran gas penting, seperti oksigen (O_2) yang sangat dibutuhkan untuk proses metabolisme sel. Melalui serangkaian struktur anatomi yang melibatkan paru-paru trakea, bronkus dan kapiler darah, oksigen diserap dari udara yang dihirup dan diangkut ke dalam aliran darah, sementara karbon dioksida (CO_2) hasil samping dari metabolisme dibuang keluar dari tubuh melalui proses yang terbalik. Ini adalah proses vital yang memastikan sel-sel tubuh mendapatkan pasokan oksigen yang cukup dan menghilangkan limbah karbondioksida untuk menjaga keseimbangan kimia yang diperlukan untuk fungsi tubuh yang optimal (Linda et al., 2024).

Namun, sistem pernapasan dapat mengalami gangguan akibat infeksi, polusi udara, alergi, kelainan bawaan, hingga gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok. Beberapa penyakit umum yang menyerang sistem pernapasan antara lain asma, bronkitis, pneumonia, tuberkulosis, dan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK). Penyakit-penyakit ini dapat menurunkan kualitas hidup dan bahkan mengancam jiwa jika tidak ditangani dengan tepat. Oleh karena itu, penting untuk memahami bagaimana sistem pernapasan bekerja serta bagaimana menjaga kesehatannya.

Salah satunya adalah Penyakit Paru obstruktif kronik (PPOK). PPOK merupakan penyakit pernapasan yang ditandai dengan keluhan meliputi sesak napas, batuk dan adanya produksi dahak akibat kelainan saluran napas (bronkitis, bronkiolitis) dan/atau alveoli (emfisema) menyebabkan seiring berjalannya waktu hambatan aliran udara dan sesaknya bertambah berat (Antariksa et al, 2023). Menurut Kementerian Kesehatan, PPOK adalah pengalaman sesak napas yang terasa memberat saat beraktivitas dan/atau seiring bertambahnya usia yang disertai dengan batuk berdahak dan nilai indeks brinkman >200.

PPOK tidak ditangani maka dapat menyebabkan kematian, berdasarkan data *World Health Organization* (2021) mengatakan bahwa PPOK masuk kedalam 10 besar kematian di tahun 2019 menempati peringkat ke-3, pada peringkat ke-1 penyakit *Ischaemic Heart Disease* peringkat ke-2 yaitu stroke dan penyakit ke-3 yaitu *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Menurut *Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease* (2020) secara epidemiologi, diketahui prevalensi PPOK terus meningkat seiring dengan peningkatan jumlah perokok. Factor penyebab utama seseorang terkena PPOK adalah merokok berkaitan dengan hal tersebut, Indonesia disebut sebagai salah satu negara yang memiliki jumlah perokok aktif yang tinggi.

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 didapatkan prevalensi PPOK di Indonesia sebesar 3,7% atau sekitar 9,2 juta jiwa individu yang menderita PPOK (Kemenkes, 2020). Di tahun 2018, provinsi Jawa Barat termasuk 10 besar provinsi yang mengalami angka kejadian PPOK tertinggi. Menurut Dinas

Kesehatan Jawa Barat, PPOK merupakan penyakit tidak menular yang terus meningkat jumlah penderitanya (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2021). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bandung, jumlah kasus PPOK sejak tahun 2016 hingga tahun 2020 terus mengalami peningkatan yang signifikan. Tercatat jumlah kasus PPOK di kota Bandung pada tahun 2016 yaitu sebanyak 279 kasus, dan terus meningkat hingga pada tahun 2020 terdapat 6.731 kasus PPOK yang ditemukan di kota Bandung (Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2021).

Dari komplikasi yang dapat muncul akibat PPOK, maka diperlukan asuhan keperawatan sebagai upaya preventif untuk mengatasi komplikasi atau masalah yang muncul mengurangi sesak nafas yang merupakan gejala utama dari penyakit PPOK, selain tindakan farmakologis juga dapat dilakukan tindakan keperawatan salah satunya adalah bersihan jalan napas tidak efektif. Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan mengeluarkan sputum atau spasme di jalan napas untuk membebaskan jalan napas lebih paten yang disebabkan oleh dua faktor yaitu fisiologis dan situasional, pada faktor fisiologis disebabkan karena adanya spasme atau sputum jalan jalan napas, hipersekresi jalan napas, benda asing di dalam jalan napas, respon alergi dan dari faktor situasional disebabkan oleh merokok aktif, merokok pasif, terpajan polutan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Untuk itu, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan proses atau tahapan kegiatan dalam perawatan yang diberikan langsung pada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan tujuan membantu individu,

keluarga, masyarakat untuk mandiri. Dalam melakukan tindakan mobilisasi pengeluaran sputum agar proses pernapasan berjalan dengan baik guna mencukupi kebutuhan oksigen dalam tubuh yaitu salah satunya dengan intervensi keperawatan yang bisa diterapkan untuk mengeluarkan sputum pada jalan napas adalah dengan fisioterapi dada.

Fisioterapi dada merupakan salah satu tindakan untuk membantu mengeluarkan dahak di paru dengan menggunakan pengaruh gaya gravitasi. Fisioterapi dada dilakukan dengan pemberian postural drainase yang bisa mengalirkan sekresi ke jalan napas besar. Selama pemberian posisi tersebut, maka dilakukan teknik *clapping* atau perkusi dada kemudian diselingi dengan vibrasi agar dapat melepaskan atau mengeluarkan sekret yang menempel pada dinding bronkus. Selanjutnya, tindakan diakhiri dengan pemberian batuk efektif yang dapat mengeluarkan sputum dengan maksimal. Mengenai pengaruh fisioterapi dada terhadap ekspektorasi sputum dan peningkatan saturasi oksigen penderita PPOK, pemberian fisioterapi dada dapat meningkatkan ekspektorasi sputum lebih baik daripada hanya pemberian batuk efektif (Astriani et al., 2020).

Fisioterapi dada dapat membantu klien untuk bernapas lebih bebas dan memperoleh lebih banyak oksigen kedalam tubuh. Efek dari fisioterapi dada adalah meningkatkan volume tidal paru-paru, peningkatan saturasi oksigen dan penurunan tekanan CO₂. Metode ini dapat membantu klien untuk bernapas lebih bebas dan memperoleh lebih banyak oksigen ke dalam tubuh (Malini, 2020). Hal ini sejalan oleh penelitian Setiawan et al., (2021), penerapan fisioterapi

dada sangat efektif dalam upaya pengeluaran sekret data memperbaiki ventilasi pada paru pasien dengan fungsi paru yang terganggu, sehingga saturasi oksigen pada pasien dapat meningkat.

Saturasi oksigen mempunyai arti sangat penting bagi ketersediaan oksigen dalam jaringan dan merupakan indikator pertama untuk menunjukkan kejadian hipoksemia karena sekitar 98% oksigen yang berada dalam darah terikat dengan hemoglobin dan dapat diketahui dengan pengukuran saturasi oksigen (Guyton dan Hall, 2020). Hal ini didukung dengan hasil penelitian didapatkan adanya pengaruh hasil intervensi fisioterapi dada dan batuk efektif menunjukkan adanya pengaruh hasil untuk indikator saturasi oksigen, kuantitas lendir dan frekuensi pernapasan diperoleh nilai $p=0,001$ ($p<0,05$) menunjukkan bahwa ada perbedaan secara signifikan, sebelum dan sesudah intervensi pada peningkatan saturasi oksigen dalam darah terhadap pasien PPOK.

Asuhan keperawatan dilakukan di RSUD Al-Ihsan yang merupakan salah satu rumah sakit rujukan di Jawa Barat. Disana terdapat beberapa ruangan untuk penanganan penyakit dalam salah satunya Abdurrahman Bin Auf II, setiap bulannya banyak sekali pasien yang rawat inap dengan penyakit PPOK. Berdasarkan uraian masalah diatas, maka penulis menarik kesimpulan untuk mengambil judul penelitian “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan Gangguan Sistem Pernapasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Dengan Pemberian Intervensi Fisioterapi Dada Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan Gangguan Sistem Pernapasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Melalui Pemberian Intervensi Fisioterapi Dada Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan laporan ini meliputi:

1. Melakukan pengkajian pada Ny. A dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat pada Ny. A dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. A dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny. A dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

5. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny. A dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
6. Menganalisis penerapan *evidence based practice* melalui intervensi fisioterapi dada dalam melakukan asuhan keperawatan kepada Ny. A yang mengalami Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

Hasil karya tulis ilmiah akhir ini diharapkan mampu menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya di bidang Keperawatan Medikal Bedah terutama mengenai intervensi fisioterapi dada pada penderita PPOK.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Penulis

2. Karya akhir ilmiah Ners ini sebagai bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, pengalaman dan menambah keterampilan atau kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan fisioterapi dada pada pasien PPOK.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai landasan untuk melakukan intervensi pada penderita PPOK serta diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pasien PPOK.

3. Bagi Institut Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi dalam meningkatkan mutu pendidikan dan sebagai bahan pertimbangan untuk memperkaya pengetahuan dan bahan ajar intervensi fisioterapi dada pada pasien PPOK.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit PPOK

2.1.1. Definisi

Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) merupakan gangguan paru-paru jangka panjang yang ditandai oleh penyempitan aliran udara di saluran pernapasan, bersifat progresif dan tidak dapat kembali normal sepenuhnya, meskipun pada beberapa kasus dapat membaik sebagian. Kondisi ini merupakan peradangan yang berkembang secara perlahan (Anas et al., 2024).

PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik) adalah suatu istilah yang digunakan untuk mengelompokkan penyakit paru-paru yang berlangsung lama, ditandai dengan peningkatan resistensi terhadap aliran udara akibat obstruksi jalan napas. Penyakit dalam kelompok ini adalah asma bronkial sebagai salah satu penyakit dasar yang dapat menyebabkan obstruksi jalan napas permanen jika tidak terkontrol (Alsayed et al., 2023).

Asma bronkial yang menyebabkan PPOK adalah fenomena klinis di mana penyakit asma yang kronik, berulang, atau tidak terkontrol mengalami perubahan struktural pada saluran napas dan/atau paparan iritan berulang sehingga berkembang menjadi obstruksi aliran udara yang tidak sepenuhnya reversible. Keadaan yang mirip atau berada dalam spektrum *asthma-COPD overlap* (Rutting, S., et al 2022).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) merupakan gangguan sistem pernapasan yang terjadi karena adanya peradangan yang bias diobati tetapi tidak dapat kembali normal sepenuhnya.

2.1.2. Klasifikasi PPOK

Menurut GOLD dalam Simanjuntak & Serepina (2023), klasifikasi tingkat keparahan keterbatasan jalan napas pada PPOK berdasarkan nilai FEV1 (Forced Expiratory Volume in First Second) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Tingkat Keparahannya PPOK

Tingkat Keparahannya	Nilai
Tingkat I: PPOK Ringan	FEV1 $\geq$ 80% dengan gejala batuk dan dahak kronis.
Tingkat II: PPOK Sedang	50% $\leq$ FEV1 < 80%, gejala mulai progresif, batuk kronis, sesak napas saat beraktivitas.
Tingkat III: PPOK Berat	30% $\leq$ FEV1 < 50%, terjadi eksaserbasi berulang, kualitas hidup buruk, batuk kronis, kelelahan, sesak napas, penurunan aktivitas.
Tingkat IV: PPOK Sangat Berat	FEV1 < 30%, kualitas hidup sangat tergantung, kejang dapat mengancam jiwa.

2.1.3. Etiologi

Di seluruh dunia faktor risiko PPOK yang paling sering ditemui adalah merokok tembakau. Orang yang tidak merokok juga dapat mengembangkan PPOK. PPOK adalah hasil interaksi kompleks dari pajanan kumulatif jangka panjang terhadap gas dan partikel berbahaya, dikombinasikan dengan berbagai faktor pejamu termasuk genetika, hiper-

responsif saluran napas, dan pertumbuhan paru yang buruk selama masa kanak-kanak. Risiko berkembangnya PPOK berhubungan dengan faktor-faktor sebagaimana berikut:

a. Asap tembakau

Perokok sigaret memiliki prevalensi gejala pernapasan dan kelainan fungsi paru yang lebih tinggi, tingkat penurunan tahunan yang lebih besar pada VE_{P1}, dan tingkat kematian PPOK yang lebih besar daripada bukan perokok. Jenis tembakau lainnya (misalnya, pipa, cerutu, pipa air dan marijuana juga merupakan faktor risiko PPOK, serta asap tembakau lingkungan.

b. Polusi udara dalam ruangan

Polusi udara dalam ruangan yang dihasilkan dari pembakaran kayu dan bahan bakar biomas lainnya yang digunakan untuk memasak dan memanaskan di tempat tinggal yang berventilasi buruk, merupakan faktor risiko yang terutama mempengaruhi wanita di negara berkembang. Ada kekurangan penelitian tentang PPOK terkait biomas, meskipun ada bukti terbatas dari studi observasional bahwa beralih ke bahan bakar memasak yang lebih bersih atau mengurangi pajanan dapat mengurangi risiko PPOK pada non-perokok.

c. Eksposur dalam pekerjaan. Pajanan di tempat kerja termasuk debu organik dan anorganik, bahan kimia dan asap, merupakan faktor risiko yang kurang dihargai untuk PPOK. Individu dengan paparan inhalasi

pestisida dosis tinggi memiliki insiden gejala pernapasan, obstruksi saluran napas dan PPOK yang lebih tinggi.

- d. Polusi udara luar ruangan. Polusi udara luar ruangan juga berkontribusi pada beban total partikel yang dihirup paru, meskipun tampaknya memiliki efek yang relatif kecil dalam menyebabkan PPOK. Ada hubungan yang signifikan antara tingkat ambien partikel dan kejadian PPOK.
- e. Faktor genetik. Faktor genetik seperti defisiensi hereditas yang parah dari alpha1 antitrypsin (AATD); gen yang mengkode matriks metalloproteinase (MMP-12) dan glutathione S-transferase juga telah dikaitkan dengan penurunan fungsi paru atau risiko PPOK.
- f. Usia dan jenis kelamin. Penuaan dan jenis kelamin wanita meningkatkan risiko PPOK.
- g. Pertumbuhan dan perkembangan paru-paru. Faktor apa pun yang memengaruhi pertumbuhan paru selama kehamilan dan masa kanak-kanak (berat lahir rendah, infeksi pernapasan, dll.) berpotensi meningkatkan risiko individu terkena PPOK.

2.1.4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang biasa dialami pasien PPOK dengan gangguan pembersihan jalan napas meliputi:

- a. Batuk kronis selama minimal 3 bulan dalam setahun, terjadi berselang atau setiap hari, dan sering berlangsung sepanjang hari.
- b. Produksi sekret/sputum secara kronis.

- c. Lelah dan lesu.
- d. Dispnea progresif sepanjang waktu, semakin buruk bila beraktivitas, berolahraga, atau saat terjadi infeksi pernapasan.
- e. Penurunan toleransi terhadap aktivitas fisik/mudah lelah (Ikawati, 2016).

Menurut Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (2023), tanda dan gejala PPOK meliputi:

- a. Sesak progresif (semakin berat seiring waktu), bertambah dengan aktivitas, dan persisten.
- b. Batuk kronis, bisa hilang timbul dan mungkin tidak berdahak.
- c. Batuk kronis berdahak; setiap batuk kronis berdahak dapat mengindikasikan PPOK.
- d. Riwayat paparan faktor risiko, terutama asap rokok, debu, bahan kimia, asap dapur, atau paparan di tempat kerja.

2.1.5. Patofisiologis PPOK

Menurut muttaqin (2018) menyatakan bahwa hambatan aliran udara yang progresif memburuk merupakan perubahan fisiologis utama pada PPOK karena memburuknya resistensi aliran udara secara progresif yang disebabkan oleh perubahan saluran napas anatomis pada bagian proksimal, perifer, parenkim, dan vaskularisasi paru akibat proses inflamasi kronik dan perubahan struktural paru.

Radikal bebas memainkan peran penting dalam kerusakan sel dan merupakan akar dari berbagai penyakit paru-paru. PPOK dianggap sebagai penyakit yang berhubungan dengan interaksi genetik lingkungan. Merokok, polusi udara, dan paparan di tempat kerja merupakan faktor risiko penting yang menunjang terjadinya penyakit ini. Prosesnya terjadi dalam rentang waktu lebih dari 20–30 tahun.

Faktor pencetus PPOK, seperti partikel berbahaya yang terhirup bersama udara, akan masuk ke dalam saluran pernapasan dan mengendap hingga menumpuk. Partikel-partikel tersebut menempel pada lapisan lendir yang melapisi mukosa bronkus, sehingga menghambat aktivitas silia. Akibatnya, pergerakan cairan yang melapisi mukosa berkurang, yang mengiritasi sel mukosa dan merangsang kelenjar mukosa, yang membesar dan menyebabkan hiperplasia sel goblet hingga terjadi produksi lendir yang berlebihan. Produksi lendir yang berlebihan dapat meningkatkan infeksi dan menghambat penyembuhan, yang mengakibatkan lingkaran setan hipersekresi lendir. Batuk kronis yang produktif adalah gejala klinisnya.

PPOK adalah penyakit pernapasan yang terjadi karena inflamasi kronik akibat zat-zat beracun dan polusi yang terinhalasi ke dalam tubuh. Zat-zat beracun atau berbahaya yang dimaksud dapat berupa asap rokok, asap pabrik, debu, dan polusi. Zat tersebut merupakan pencetus terbesar orang terkena penyakit obstruksi saluran napas seperti asma, bronkitis maupun emfisema.

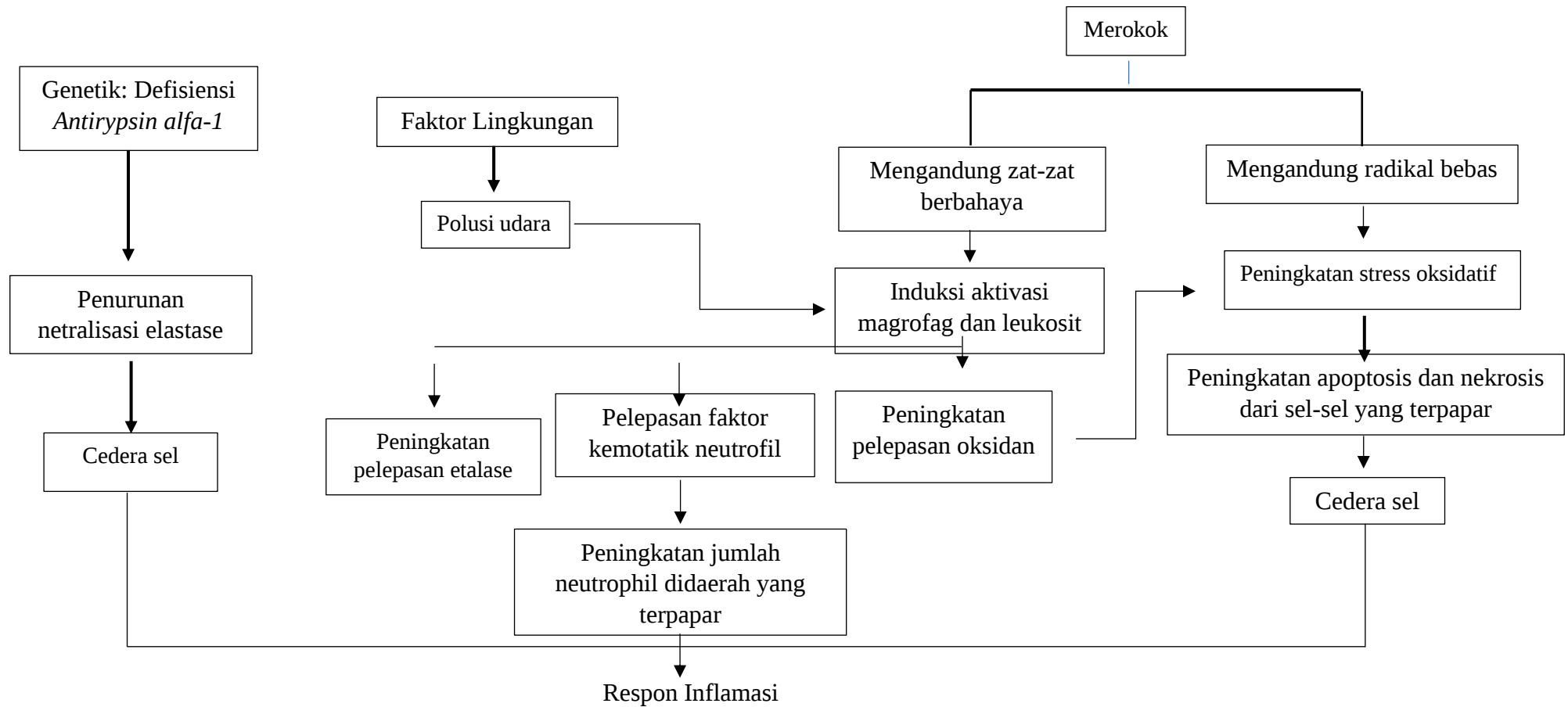
Pada Asma kronik pada sebagian pasien tidak hanya berupa peradangan yang bersifat reversible, jika kondisi inflamasi berlangsung lama, sering terjadi eksaserbasi, atau terjadi paparan iritan maka terjadi perubahan struktural (airway remodelling) dan perubahan imunologis yang akhirnya menghasilkan obstruksi aliran napas yang tidak sepenuhnya reversible. Fenomena klinis ini sering dikelompokkan sebagai *asthma with fixed airflow obstruction* atau bagian dari *asthma-COPD overlap (ACO)*.

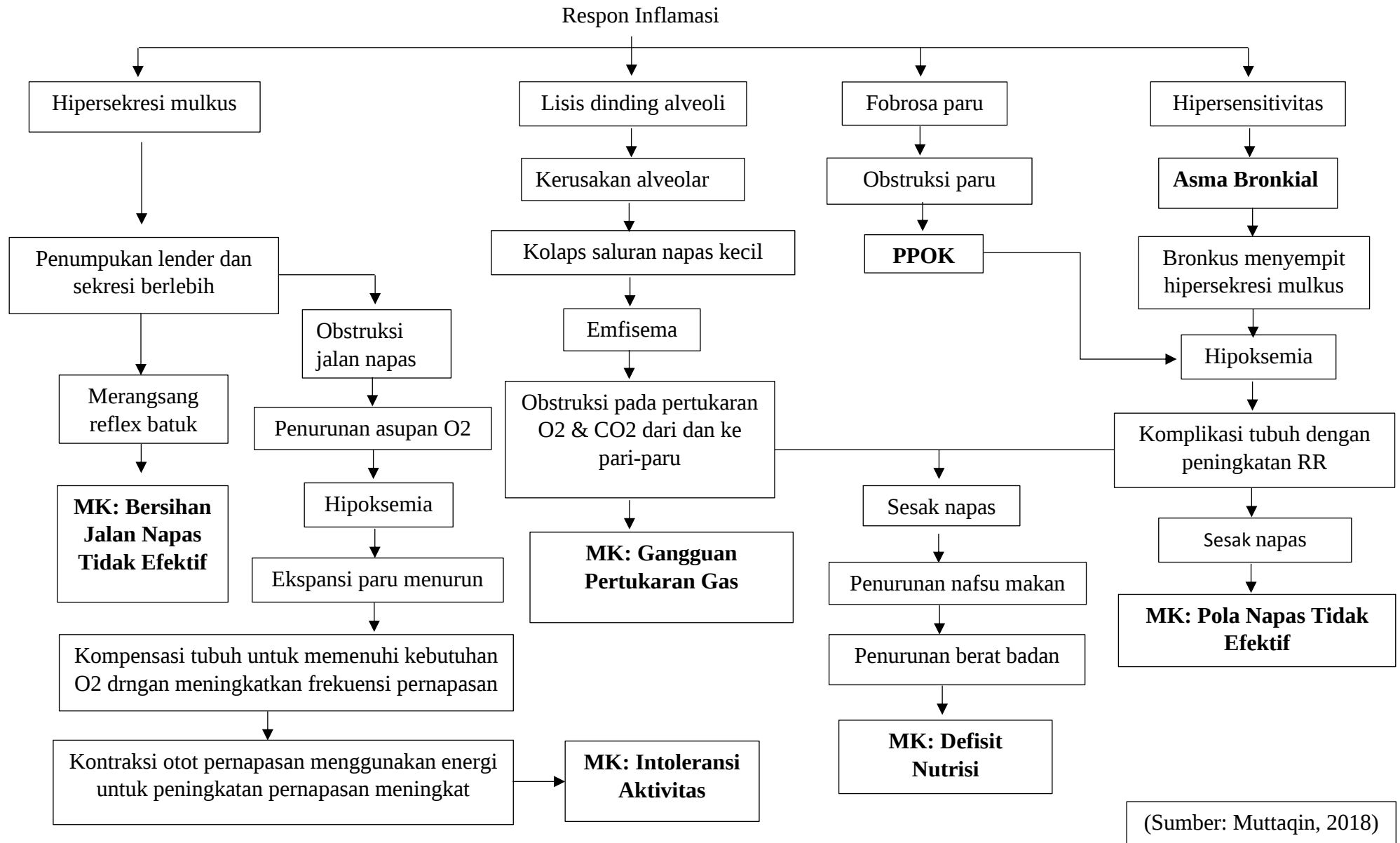
Pada bronkitis dan bronchiolitis, terjadi penumpukan lendir dan sekresi yang sangat banyak sehingga menimbulkan sumbatan pada jalan napas. Bronkitis kronis menyebabkan pembesaran kelenjar mukosa bronkus, peradangan, hipertrofi otot polos pernapasan, dan distorsi yang diakibatkan oleh fibrosis. Pada asma, jalan napas bronkial menyempit dan membatasi jumlah udara yang mengalir ke dalam paru-paru. Pada emfisema, obstruksi pada pertukaran oksigen dan karbondioksida terjadi akibat kerusakan dinding alveolus yang disebabkan oleh over ekstensinya ruang udara di dalam paru.

Emfisema didefinisikan sebagai pelebaran rongga udara distal bronkiolus terminalis, yang disertai dengan kerusakan pada dinding alveolar, yang mengakibatkan berkurangnya kelenturan elastis paru-paru (Muttaqin, 2018).

2.1.6. Pathway PPOK

Bagan 2.1 Pathway PPOK





2.1.7. Komplikasi PPOK

PPOK merupakan penyakit progresif, fungsi paru memburuk dari waktu ke waktu, bahkan dengan perawatan yang terbaik. Gejala dan perubahan obstruksi saluran napas harus dipantau untuk menentukan modifikasi terapi dan menentukan komplikasi. Pada penilaian awal saat kunjungan harus mencakup gejala khususnya gejala baru atau perburukan dan pemeriksaan fisik. Komplikasi pada PPOK merupakan bentuk perjalanan penyakit yang progresif dan tidak sepenuhnya reversibel (Kemenkes, 2021).

a. Gagal napas

1) Gagal napas kronik

Hasil analisis gas darah PO_2 60 mmHg, dan pH normal, tata laksana:
Jaga keseimbangan PO_2 dan PCO_2 .

2) Bronkodilator adekuat

Terapi oksigen yang adekuat terutama waktu aktivitas atau waktu tidur.

3) Antioksidan

Latihan pernapasan dengan pursed lips breathing dan posisi condong ke depan.

4) Gagal napas akut pada gagal napas kronik. Infeksi berulang mengakibatkan:

(a) Hipertensi pulmoner

(b) Kor pulmonale

(c) Gagal jantung kongestif

(d) Pneumotoraks

Gagal napas akut pada gagal napas kronik ditandai oleh:

- 1) Sesak napas atau tanpa sianosis
- 2) Sputum bertambah dan purulent
- 3) Demam
- 4) Kesadaran menurun
- 5) Infeksi berulang
- 6) Kor pulmonale

Pada pasien PPOK produksi sputum yang berlebihan menyebabkan terbentuk koloni kuman, hal ini memudahkan terjadinya infeksi berulang, pada kondisi kronik ini imunitas menjadi lebih rendah, ditandai dengan menurunnya kadar limfosit darah. Ditandai oleh P. Pulmonal pada EKG, hematokrit $>50\%$, dapat disertai gagal jantung kanan. Hematokrit polisitemia (hematokrit $>55\%$) dapat terjadi oleh karena hipoksemia arteri terutama pada perokok. Nilai hematokrit yang rendah menunjukkan prognosis yang buruk pada pasien PPOK dan memerlukan pengobatan oksigen jangka panjang. Anemia juga ditemukan pada pasien PPOK.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang PPOK

a. Pengukuran fungsi paru

- 1) Kapasitas inspirasi menurun
- 2) Volume residu: meningkat pada emfisema, bronkial dan asma

3) FEV1 selalu menurun = derajat obstruksi progresif penyakit paru obstruktif kronis

4) FVC awal normal menurun pada bronkitis dan asma

5) TLC normal sampai meningkat sedang (predominan pada emfisema)

b. Analisa gas darah

PaO₂ menurun, PCO₂ meningkat, sering menurun pada asma. Nilai pH normal, asidosis, alkalosis respiratorik ringan sekunder.

c. Pemeriksaan laboratorium

1) Hemoglobin (Hb) dan hematokrit (Ht) meningkat pada polisitemia sekunder

2) Jumlah darah merah meningkat

3) Pulse oksimetri SaO₂ oksigenasi menurun

4) Elektrolit menurun karena pemakaian diuretic

d. Pemeriksaan sputum

Pemeriksaan gram kuman/kultur adanya infeksi campuran. Kuman patogen yang biasa ditemukan adalah streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, dan Moraxella catarrhalis.

e. Pemeriksaan radiologi thorax foto (AP dan Lateral)

Menunjukkan adanya hiperinflasi paru, pembesaran jantung dan bendungan area paru. Pada emfisema paru didapatkan diafragma dengan letak rendah dan mendatar ruang udara retrosternal (foto lateral), jantung tampak bergantung memanjang menyempit.

f. Pemeriksaan Bronkhogram

Menunjukkan dilatasi bronkus kolaps bronkial pada ekspirasi kuat

g. EKG

Kelainan EKG yang paling awal terjadi adalah rotasi clock wise jantung.

Bila sudah terdapat kor pulmonal, terdapat deviasi aksis ke kanan dan P-pulmonal pada hanteanan II, III, dan Avf. Voltase QRS rendah. Di V1 rasio R/S lebih dari 1 dan di V6 V1 rasio R/S kurang dari 1. Sering terdapat RBBB inkomplet (Muttaqin, 2018).

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien PPOK menurut Soeroto & Suryadinata (2022) diantaranya:

a. Non farmakologi

1) Berhenti merokok

Menurut PDPI (2023) strategi untuk membantu pasien berhenti merokok adalah 5A:

- a) Ask (tanyakan): mengidentifikasi semua perokok pada setiap kunjungan.
- b) Advise (nasihati): dorongan kuat pada semua perokok untuk berhenti merokok.
- c) Assess (nilai): keinginan untuk usaha berhenti merokok (misal: dalam 30 hari ke depan).

- d) Assist (bimbing): bantu pasien dengan rencana berhenti merokok, menyediakan konseling praktis, merekomendasikan penggunaan farmakoterapi.
- e) Arrange (atur): buat jadwal kontak lebih lanjut.

2) Rehabilitasi PPOK

Tujuan program rehabilitasi untuk meningkatkan toleransi kelelahan dan memperbaiki kualitas hidup penderita PPOK. Penderita yang dimasukkan ke dalam program rehabilitasi adalah mereka yang telah mendapatkan pengobatan optimal yang disertai: simptom pernapasan berat, beberapa kali masuk ruang rawat darurat, kualitas hidup yang menurun. Program rehabilitasi terdiri dari 3 komponen yaitu: latihan fisik, psikososial, dan latihan pernapasan.

3) Terapi oksigen

Pemberian terapi oksigen merupakan hal yang sangat penting untuk mempertahankan oksigen seluler dan mencegah kerusakan sel baik di otot maupun di organ lainnya.

4) Nutrisi

Malnutrisi sering terjadi pada PPOK, kemungkinan karena bertambahnya kebutuhan energi akibat kerja muskulus respirasi yang meningkat karena hipoksemia kronik dan hiperkapnia menyebabkan terjadi hipermetabolisme. Kondisi malnutrisi akan menambah mortaliti PPOK karena berkorelasi dengan derajat penurunan fungsi paru dan perubahan analisis gas darah.

b. Farmakologi

1) Bronkodilator

Bronkodilator adalah pengobatan yang berguna untuk meningkatkan FEV1 atau mengubah variabel spirometri dengan cara mempengaruhi tonus otot polos pada jalan napas.

Macam-macam bronkodilator:

- a) β_2 agonist (short-acting dan long-acting)
- b) Antikolinergik
- c) Methylxanthine
- d) Kortikosteroid
- e) Phosphodiesterase-4 inhibitor

2) Vaksin

Vaksin *pneumococcus* direkomendasikan untuk pasien PPOK usia > 65 tahun.

3) Alpha-1 *Augmentation Therapy*

Terapi ini ditujukan bagi pasien usia muda dengan defisiensi *alpha-1* antitripsin herediter berat.

4) Antibiotik

Penggunaannya untuk mengobati infeksi bakteri yang mencetuskan eksaserbasi.

5) Mukolitik (mukokinetik, mukoregulator) dan antioksidan

Ambroksol, erdosteine, carbocysteine, ionated glycerol, dan N-acetylcysteine dapat mengurangi gejala eksaserbasi.

- 6) Immunoregulators (immunostimulators, immunomodulators)
- 7) Vasodilator
- 8) Narkotik (morfin)

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan PPOK

2.2.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada sistem pernapasan adalah salah satu komponen proses keperawatan sebagai suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan sistem pernapasan klien menurut Muttaqin (2018). Pokok utama pengkajian meliputi:

a. Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

Terdiri dari: nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, status marital, tanggal masuk rumah sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, diagnosa medis, dan alamat.

2. Identitas Penanggung Jawab

Terdiri dari: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan klien, alamat.

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Termasuk dalam keluhan utama pada sistem pernapasan, yaitu: batuk, batuk berdarah, produksi sputum berlebih, sesak napas, dan nyeri dada.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat merupakan penuntun pengkajian fisik yang berkaitan dengan informasi tentang keadaan fisiologis, psikologis, budaya, dan psikososial untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah atau keluhan secara lengkap. Maka perawat dianjurkan menggunakan analisa *symptom* PQIRST:

a) Provokatif dan paliatif

Pada penderita PPOK yang memperberat keluhan yaitu saat melakukan aktivitas dan berbaring seperti bangun dari tidur, dan yang meringankan yaitu berbaring dengan posisi semi fowler.

b) Kualitatif atau Kuantitatif

Pada penderita PPOK keluhan dirasakan hilang-timbul. Kualitas sesak yang dirasakan pada umumnya sedang atau tergantung berat penyakit serta seberapa parah infeksi yang terjadi.

c) Region atau Area Radiasi

Lokasi keluhan yang dirasakan dan penyebarannya pada penderita PPOK keluhan dirasakan di daerah dada.

d) Severity atau Skala

Pada penderita PPOK sangat mengganggu aktivitas kesehariannya, di mana pernapasan lebih dari 24x/menit.

e) Timing

Pada penderita PPOK keluhan dirasakan pada saat melakukan aktivitas.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Penyakit yang pernah diderita pada masa lalu, seperti: riwayat merokok dan riwayat batuk kronis, tempat tinggal atau bekerja di area polusi udara berat

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada klien dengan PPOK perlu dikaji tentang riwayat penyakit alergi yang lain pada anggota keluarganya karena hipersensitivitas pada penyakit PPOK ini lebih ditentukan oleh faktor genetik dan lingkungan.

c. Data Biologis

1. Pola nutrisi

Dikaji tentang frekuensi makan, porsi makan, riwayat alergi terhadap suatu jenis makanan tertentu dan jenis minuman, jumlah minuman, adakah pantangan.

2. Pola eliminasi

a) Buang Air Besar (BAB)

Kaji frekuensi BAB, warna, bau, konsistensi feses dan keluhan klien yang berkaitan dengan BAB (Doenges 2014).

b) Buang Air Kecil (BAK)

Biasanya pada pasien PPOK tidak ada masalah dengan pola eliminasi BAK.

3. Pola istirahat tidur

Waktu tidur, lamanya tidur setiap hari, apakah ada kesulitan dalam tidur. Pada klien PPOK sering sesak dan hal ini mungkin akan mengganggu istirahat tidur klien.

4. Pola personal hygiene

Dikaji mengenai frekuensi dan kebiasaan mandi, mencuci rambut, gosok gigi dan memotong kuku. Pada klien PPOK personal hygiene tidak dibantu atau dibantu sebagian.

5. Pola aktivitas

Kaji kegiatan dalam beraktivitas yang dilakukan di lingkungan keluarga dan masyarakat: mandiri/tergantung.

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat keperawatan klien. Dalam pemeriksaan fisik dapat menentukan status kesehatan klien dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana keperawatan.

1. Sistem Pernapasan

Lakukan pemeriksaan dengan cara melihat keadaan umum sistem pernapasan dan nilai adanya tanda-tanda abnormal seperti sianosis, pucat, kelelahan, sesak napas, sifat batuk, penilaian produksi sputum, dan lainnya.

2. Sistem Kardiovaskuler

Pada klien PPOK dapat terjadi pembengkakan pada ekstremitas bawah, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi jantung, takikardia berat, atau disritmia. Distensi vena leher, edema dependen, bunyi jantung redup, serta perubahan warna kulit (pucat, sianosis, kuku tabuh).

3. Sistem Pencernaan

Pada klien dengan sesak napas, sangat potensial terjadi kekurangan pemenuhan nutrisi karena dispnea saat makan, laju metabolisme meningkat, dan kecemasan.

4. Sistem Perkemihan

Pada klien PPOK perlu dilakukan pengukuran volume output urine karena berkaitan dengan intake cairan.

5. Sistem Endokrin

Pada klien PPOK tidak ada masalah yang terjadi dengan sistem endokrin.

6. Sistem Persarafan

Tingkat kesadaran perlu dikaji, termasuk pemeriksaan GCS.

7. Sistem Integumen,

8. Perlu dikaji adanya permukaan kasar, kering kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembaban, pengelupasan, perdarahan, pruritus, eksim.

9. Sistem Muskuloskeletal

Dikaji adanya edema ekstremitas, tremor.

10. Sistem Reproduksi

Pada klien PPOK libido menurun.

e. Data Psikologis

1. Status emosional

Dikaji tentang emosi klien. Pada klien PPOK biasanya terjadi ansietas karena kurangnya pengetahuan tentang penyakit.

2. Konsep diri

a) Citra tubuh: persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, dan penampilan tubuh.

b) Identitas diri: kesadaran tentang diri yang diperoleh dari observasi dan penilaian terhadap dirinya.

c) Peran diri: sikap perilaku, nilai, dan tujuan yang dihubungkan dengan fungsi individu dalam kelompok sosial.

d) Ideal diri: persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku.

e) Harga diri: penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis kesesuaian tingkah laku.

3. Mekanisme koping

Perilaku untuk melindungi diri dari pengalaman menakutkan, terdiri dari:

- a) Regresi berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
 - b) Proyeksi sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi
 - c) Menarik diri
- f. Data Sosial dan Budaya

Pengkajian ini mencakup pola komunikasi, gaya hidup, hubungan sosial, faktor sosiokultural.
- g. Data Spiritual

Mencakup agama yang dianut, aktivitas ibadah selama sakit, sikap terhadap petugas kesehatan, dan keyakinan klien terhadap penyakit yang dideritanya.
- h. Data Penunjang

Meliputi farmakoterapi dan prosedur diagnostik medis seperti pemeriksaan darah, urine, radiologi, dan USG.
- i. Analisa Data

Analisa data adalah pengelompokan data klien untuk menemukan masalah kesehatan/keperawatan.

2.2.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (suatu kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti dan menjaga status kesehatan,

menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah (Nursalam, 2015).

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul adalah:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sekret, sekresi tertahan, menurunnya kemampuan batuk.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.
3. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh, faktor psikologis (keengganan makan).
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) Definisi Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Penyebab Fisiologis: 1. Spasme jalan napas 2. Benda asing dalam jalan napas 3. Sekresi yang tertahan 4. Proses infeksi 5. Respon alergi Situasional: 3) Merokok aktif 4) Merokok pasif 5) Terpajan polutan Gejala & tanda mayor Subjektif: - Objektif: 1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih	Jalan Napas (L.01002) Kemampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas paten. Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum berkurang 3. Tidak ada bunyi napas tambahan 4. Dispnea menurun 5. Gelisah menurun 6. Frekuensi napas membaik 7. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01001) Observasi: 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (ronchi, wheezing, dsb) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Monitor saturasi oksigen Terapeutik: 5. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 6. Pertahankan kepatenan jalan napas 7. Berikan minum hangat 8. Berikan fisioterapi dada, jika perlu 9. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15detik jika perlu 10. Berikan Oksigen Jika perlu Edukasi: 11. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 12. Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi: 13. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.	1. Perubahan seperti takipnea, dispnea dan penggunaan otot bantu napas mengindikasikan adanya pernapasan abnormal akibat dari distress pernapasan karena hipoksemia. 2. Bunyi napas tambahan seperti ronki dan wheezing menandakan adanya sumbatan. 3. Sputum abnormal mengindikasikan infeksi atau sumbatan. 4. Saturasi oksigen perlu dipantau untuk mencegah hipoksia. 5. Untuk mencegah hipoksia, mendukung ventilasi mencegah aspirasi 6. Posisi Fowler mempermudah ekspansi paru. 7. Membantu mengencerkan secret sehingga mudah dikeluarkan. 8. Fisioterapi dada membantu drainase sekret. 9. Penghisapan lendir dilakukan bila jalan napas tidak paten 10. Meringankan kerja paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh 11. Untuk menjaga keseimbangan dalam tubuh.

	4. Mengi, wheezing dan/ronchi kering Gejala dan tanda Minor Subjektif: 1. Dispnea 2. Sulit bicara 3. Ortopnea Objektif: 1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi napas menurun 4. Frekuensi napas berubah 5. Pola napas berubah			12. Agar klien tahu, untuk mempermudah mengeluarkan secret/sputum 13. Untuk menghilangkan spasme bronkus, menurunkan viskositas secret, memperbaiki ventilasi, dan membantu mengencerkan dahak
2.	Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) Definisi: Kelebihan atau kekurangan oksigen dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler. Penyebab: 1. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, 2. Perubahan membran alveolus-kapiler. Gejala & Tanda Mayor Subjektif: 1. Dispnea Objektif: 1. PCO₂ meningkat/ menurun 2. PO₂ menurun	Pertukaran Gas (L.01003) Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. Takikardia menurun 4. PCO₂ membaik 5. PO₂ membaik 6. pH arteri membaik	Terapi Oksigen (I.01026) Observasi: 1. kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran priodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 4. Monitor efektifitas terapi (Mis: oksimetri, AGD), jika perlu 5. monitor kemampuan melepas oksigen saat makan 6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi 7. Monitor monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis	1. kesesuaian laju aliran oksigen akan menghasilkan FiO₂ maksimal yang akan dicapai oleh hidung, jika laju oksigen terlalu cepat dapat menyebabkan kekeringan/ iritasi dan ketidaknyamanan. 2. Memastikan alat terapi sesuai dengan indikasi kebutuhan pasien 3. Pengawasan klinis diperlukan untuk mengamati perbaikan klinis dan saturasi oksigen pasien dan mencegah terjadinya komplikasi. 4. Hal ini dilakukan sebagai indikator keberhasilan terapi 5. Untuk mengetahui pasien dapat melakukan secara mandiri dengan benar 6. Hipoventilasi dapat menyebabkan karbon dioksida tidak bias keluar dari aliran darah

	3. Takikardia 4. pH arteri meningkat/ menurun 5. bunyi napas tambahan Gejala & Tanda Minor Subjektif: 1. pusing		8. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 9. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen Terapeutik 10. Bersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trakea, jika perlu 11. Pertahankan kepatenan jalan napas 12. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 13. Berikan oksigen tambahan, jika perlu 14. Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi 15. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien Edukasi 16. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah Kolaborasi 17. Kolaborasi penentuan dosis oksigen 18. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur.	sehingga terjadi peningkatan karbondioksida dalam darah (hiperkapnia) 7. Atelektasis dapat menyebabkan hipoksia (menurunnya kadar oksigen dalam tubuh), serta penurunan tekanan darah yang drastis 8. Tingkat kecemasan sangat berpengaruh terhadap kenyamanan proses terapi 9. Mengetahui adanya iritasi akibat penggunaan oksigen 10. Untuk mengoptimalkan aliran oksigen yang diberikan 11. Oksigen tambahan diberikan jika pasien mengalami sesak 12. Untuk memudahkan pasien dalam beraktivitas 13. Agar pasien dan keluarga mampu menggunakan oksigen dengan benar untuk mencapai oksigen yang efektif 14. Agar pasien mendapatkan kebutuhan oksigen yang sesuai dengan yang diperlukan
--	--	--	--	--

3.	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) Definisi: Pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Penyebab: 1. Depresi pusat pernapasan 2. Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan) 3. Deformitas dinding dada 4. Deformitas tulang dada 5. Gangguan neuromuskular 6. Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang) 7. Imaturitas neurologis 8. Penurunan energi 9. Obesitas 10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru 11. Sindrom hipoventilasi 12. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 keatas) 13. Cedera pada medula spinalis 14. Efek agen farmakologis 15. Kecemasan	Pola napas membaik (L.01004) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik	Pemantauan Respirasi (I.01014) Pemantauan respirasi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengumpulkan dan menganalisis data untuk memastikan kepatenan jalan napas dan keefektifan pertukaran gas. Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai analisa gas darah 10. Monitor hasil x-ray thoraks	1. Untuk mengetahui adanya perubahan irama dan kedalaman napas akibat atelectasis, menunjukkan penggunaan otot aksesori dan peningkatan kerja pernapasan 2. Perubahan seperti takipnea, dyspnea dan penggunaan otot aksesori dapat mengindikasikan adanya pernapasan abnormal akibat dari distress pernapasan karena hipoksemia 3. Dengan batuk efektif dapat Gerakan sekret mudah untuk dikeluarkan 4. Peningkatan produksi sputum dapat mempengaruhi akan kepatenan jalan napas 5. Peningkatan produksi sputum yang kental dengan jumlah banyak atau benda asing yang membuat ventilasi tidak maksimal 6. Untuk membandingkan gerakan dinding dada sewaktu bernapas, bila ada kelainan ekspansi dada serta fremitus akan berkurang dan tidak sama 7. Untuk mengetahui adanya bunyi napas yang abnormal seperti ronchi yang berindikasi akumulasi sekret, wheezing penyempitan jalan napas 8. Untuk mengetahui keseimbangan asam basa, kadar oksigen dan karbondioksida dalam tubuh bila PaO₂ menurun maka PaCO₂ meningkat menunjukkan perlunya
----	--	---	---	---

			Terapeutik 11. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 12. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 14. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.	penanganan lebih adekuat atau perubahan terapi 9. Untuk melihat adanya sumbatan jalan napas pada paru yang membuat pertukaran gas tidak adekuat 10. Pemantauan oksigenasi harus dilakukan secara berkala agar mendapatkan hasil yang akurat 11. Pentingnya dokumentasi hasil pemantauan untuk memastikan perbandingan dengan data sebelumnya 12. Untuk dijadikan acuan evaluasi rencana asuhan keperawatan 13. Untuk mengurangi kecemasan dan memberikan pemahaman kepada keluarga tentang tindakan apa saja yang akan dilakukan 14. Untuk memberikan informasi kepada keluarga tentang kondisi terbaru pasien dan mengurangi kecemasan keluarga
4.	Gangguan Pola Tidur (D.0055) Definisi: Gangguan pola tidur merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.	Pola tidur mrmbaik (L.05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil:	Dukungan tidur(I.05174) Dukungan tidur adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur.	1. Mengkaji kebiasaan tidur, tidur yang tidak berkualitas dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan 2. Membantu dalam mengidentifikasi masalah pengganggu tidur. Tidur yang terganggu dapat menyebabkan kelelahan dan penurunan produktivitas siang hari 3. Karena dapat memicu gangguan pencernaan, menyebabkan naiknya asam lambung. Selain itu kopi, teh, dan alkohol memberikan efek stimulan kafein

	Penyebab: 1. Hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/Tindakan) 2. Kurang control tidur 3. Kurang privasi 4. Restraint fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur	1. Keluhan sulit tidur menurun. 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga	dan nikotin yang mengganggu kualitas tidur 4. Untuk memberikan situasi kondusif untuk tidur 5. Tidur siang akan menyulitkan bagi seseorang 6. Untuk tidur di malam hari 7. Untuk meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis 8. Menyesuaikan jadwal pemberian obat agar tidak mengganggu tidur pasien 9. Tidur yang cukup dan berkualitas berkontribusi seseorang merasa lebih segar, energik untuk melakukan aktivitas 10. Memberikan pemahaman pada keluarga mengenai pentingnya istirahat tidur 11. Dengan menepati waktu tidur yang konsisten, tubuh akan terbiasa dengan rutinitas, meningkatkan kualitas tidur dan membuat tidur lebih nyenyak 12. Agar menghindari gangguan pencernaan yang dapat mengganggu tidur 13. Mendengarkan murottal saat tidur dapat menciptakan ketenangan, relaksasi dan mengurangi kecemasan 14. Jika masih sulit tidur, agar bias tertidur nyenyak 15. Agar meningkatkan kualitas tidur 16. Merilekskan otot-otot
--	--	--	--	---

			Edukasi 11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	
5.	Defisit Nutrisi (D.0019) Definisi: Defisit nutrisi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Penyebab: 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan	Status nutrisi membaik (L.03030) Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Manajemen nutrisi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang. Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai	1. Dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat 2. Untuk mengetahui pasien intoleransi dan alergi makanan 3. Meningkatkan keinginan untuk makan 4. Mencukupi kalori sesuai kebutuhan pasien dapat membantu proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi 5. Bila pemenuhan nutrisi melalui oral tidak dapat terlaksana dengan baik dibutuhkan

	3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi (mis: finansial tidak mencukupi) 6. Faktor psikologis (mis: stres, keengganan untuk makan)	3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 16. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi	selang nasogastric untuk pemenuhan nutrisi yang lebih optimal 6. Membantu mengidentifikasi anoreksia dan kelemahan yang dapat mengakibatkan penurunan berat badan yang serius 7. Membantu mengidentifikasi malnutrisi protein dan kalori pasien. Khususnya bila berat badan kurang dari normal 8. Untuk mengevaluasi status nutrisi sehingga dapat memberikan diet yang tepat 9. Meningkatkan kenyamanan mulut sehingga meningkatkan perasaan nafsu makan 10. Makanan yang menarik yang tersaji dalam keadaan baik akan meningkatkan keinginan untuk makan 11. Makanan yang tinggi serat selain mencegah konstipasi juga membantu penyerapan nutrisi 12. Untuk memenuhi kebutuhan energi yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh sehingga dapat digunakan untuk menambah berat badan agar kembali mencapai berat badan normal atau ideal dan meningkatkan tambahan nutrisi yang adekuat
--	---	---	--	--

			18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	13. Membantu dalam pemulihan kondisi pasien 14. Untuk membantu pemenuhan nutrisi lebih mudah dan membantu dalam hal pencegahan aspirasi 15. Meningkatkan rasa keterlibatan, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien 16. Untuk mengatasi atau menghilangkan rasa mual atau muntah
6.	Intoleransi Aktivitas (D.0056) Definisi: Intoleransi aktivitas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penyebab: 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton	Toleransi aktivitas meningkat (L.05047) Toleransi aktivitas meningkat berarti respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga meningkat Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan Lelah menurun 2. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Energi (I.05178) Manajemen energi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan. Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik	1. Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan 2. Untuk mengetahui status kelelahan baik secara fisik maupun psikis 3. Menghindari kelelahan akibat kurang istirahat 4. Mengetahui bagian yang membuat pasien merasa tidak nyaman ketika melakukan aktivitas sehingga mendapat pemeriksaan dan/atau penanganan yang tepat 5. Memberikan rasa aman dan nyaman kepada klien 6. Untuk menghilangkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien 7. Dengan posisi bedrest atau tirah baring diharapkan pasien berada lebih optimal

			5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	dan beban kerja paru berkurang dan dapat memulihkan energi kembali 8. Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi 9. Untuk mengidentifikasi rencana tindakan selanjutnya yang dapat dilakukan oleh perawat 10. Memiliki kemampuan mengatasi masalah (coping skill) bermanfaat untuk mencegah komplikasi kesehatan yang mungkin nanti akan timbul 11. Kalori yang adekuat dapat meningkatkan toleransi aktivitas dan mencegah kelelahan
--	--	--	---	---

Sumber: Buku SDKI, SLKI & SIKI

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik atas pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan dalam mengatasi masalah yang muncul pada pasien/keluarga. Ukuran yang diberikan pada pasien/keluarga dapat berupa dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi baik kesehatan fisik maupun mental, pendidikan kesehatan dan lainnya untuk mencegah masalah keperawatan yang muncul. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi, pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nursalam, 2015).

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi juga merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang terjadi dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif).

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan, meliputi Subjek, Objek, *Assessment*, *Planning* (SOAP) atau Subjek, Objek, *Assessment*, *Planning*, *Intervensi*, *Evaluasi-Revisi* (SOAPIE-R) (Nursalam, 2015).

2.3 Konsep Fisioterapi Dada

2.3.1 Pengertian Fisioterapi Dada

Fisioterapi dada merupakan kombinasi penggunaan postural drainage dan teknik lainnya yang dapat memudahkan pengeluaran sekret dari jalan napas. Adapun teknik tambahan yang dimaksudkan adalah berupa perkusi manual, vibrasi, menekan dada, batuk, ekspirasi panjang, dan latihan pernapasan (Hockenberry & Wilson, 2016). Fisioterapi dada menggunakan prinsip gravitasi untuk membantu mengalirkan sekret keluar dari paru-paru dan menyebabkan refleks batuk. Pelaksanaan fisioterapi pada rumah sakit dapat menjadi tanggung jawab perawat maupun fisioterapis respirasi (Mardiyanti, 2018).

2.3.2 Tujuan Fisiterapi Dada

Tujuan dari tindakan fisioterapi dada berdasarkan (Hockenberry & Wilson, 2016) adalah untuk memfasilitasi pengeluaran sekret,

mengencerkan sekret, menjaga kepatenan jalan napas, dan mencegah obstruksi pada pasien dengan peningkatan produksi sputum. Sedangkan Mardiyanti (2018) menyatakan tujuan dari fisioterapi dada adalah:

1. Mencegah obstruksi saluran pernapasan dengan mengatasi penumpukan sekret yang akan mempengaruhi respirasi
2. Menjaga kebersihan saluran pernapasan dan ventilasi melalui mobilisasi secret
3. Mengajarkan dan merangsang batuk efektif
4. Mengajarkan relaksasi
5. Mengurangi biaya dan energi melalui breathing retraining
6. Memperbaiki ketahanan dan toleransi umum
7. Memelihara atau memperbaiki mobilisasi dada

2.3.3 Indikasi dan Kontraindikasi Fisioterapi Dada

a. Indikasi Fisioterapi Dada

Tindakan ini dapat dilakukan pada pasien dengan terdapat penumpukan sekret pada saluran napas yang dibuktikan dengan adanya pengkajian fisik, X-Ray, data klinis dan sulit mengeluarkan sekret yang terdapat pada saluran pernapasan yaitu seperti pasien PPOK, emphysema, fibrosis, asma, chest infection, pasien bed rest atau post operasi. (Smeltzer, 2015).

b. Kontra indikasi

Kontra indikasi fisioterapi dada pada pasien dengan fraktur iga, perdarahan dan emboli paru, pneumothorax, penyakit jantung,

deformitas struktur dinding dada dan tulang belakang, osteoporosis, serta trauma medula servikal. Ketika melakukan fisioterapi dada penting artinya untuk memastikan bahwa pasien telah nyaman, pasien tidak menggunakan pakaian yang ketat dan pasien tidak baru saja makan. Tindakan dihentikan jika terjadi gejala-gejala merugikan seperti nyeri meningkat, nafas pendek meningkat, kelemahan, kepala pening atau hemoptisis (Smeltzer, 2015).

2.3.4 Tindakan Fisioterapi Dada

Berdasarkan implementasi dilakukan tindakan fisioterapi dada setiap hari dapat membantu membersihkan dan mengeluarkan sekret serta melonggarkan jalan napas, fisioterapi dada dilakukan dengan cara 3 teknik yaitu postural drainage, vibrasi (getaran) dan perkusi (ketukan) (Maidartati, 2020).

Selain itu, perawat juga mengajarkan pasien untuk melakukan napas dalam dan batuk efektif, batuk efektif merupakan salah satu tindakan keperawatan yang efektif untuk membantu mengeluarkan dahak yang melekat pada jalan napas dan menjaga paru-paru agar tetap bersih jika fisioterapi dada dilakukan dengan benar (Muttaqin, 2018). Adapun langkah-langkah untuk melakukan fisioterapi dada:

a. Postural drainage

Postural drainage adalah teknik pembersihan saluran napas yang membantu orang dengan produksi lendir dari paru-paru. Paru-paru

terdiri dari lima lobus, tiga di sisi kanan dan dua di sisi kiri rongga dada. Setiap lobus dibagi lagi menjadi beberapa segmen. Tujuan postural drainage adalah untuk membantu menguras lendir dari masing-masing lobus ini ke saluran udara yang lebih besar sehingga bisa terbatuk dengan mudah. Postural drainage umumnya dilakukan selama tiga sampai lima menit pada setiap segmen dengan bantal untuk memposisikan dengan berbagai macam posisi, yaitu:

1) Lobus atas segmen apical

Untuk mengeringkan lendir dari segmen apikal lobus atas, mintalah orang tersebut duduk dalam posisi nyaman di tempat tidur, bersandar pada bantal di kepala tempat tidur. Perawat kemudian akan melakukan perkusi dan vibrasi di area sekitar tulang belikat di kedua sisinya.

2) Segmen atas lobus belakang

Pasien duduk dengan nyaman di kursi atau sisi tempat tidur dan bersandar di atas bantal. Seperti sebelumnya, perkusi dan vibrasi dengan kedua tangan di atas punggung atas pada sisi kanan dan kiri.

3) Segmen atas lobus depan

Pada posisi ini, orang tersebut akan berbaring terlentang di atas tempat tidur dengan bantal yang letaknya nyaman di bawah kepala dan kaki. Perkusi dan vibrasi dilakukan pada sisi kanan dan kiri bagian depan dada.

4) Lingular

Pasien berbaring di sisi kanan, menghadap ke bawah ke kaki ranjang, dengan pinggul dan kaki disandarkan pada bantal. Tubuh harus diputar sekitar seperempat putaran ke arah belakang. Bantal juga bisa diletakkan di belakang orang tersebut. Kaki harus sedikit ditekuk dengan bantal lain yang diletakkan di antara kedua lutut. Perawat akan melakukan perkusi dan vibrasi tepat di luar daerah puting susu.

5) Lobus tengah

Untuk posisi lobus tengah, orang tersebut akan telungkup di sisi kirinya, miring ke arah belakang dengan lengan kanan menghadap ke atas.

Kaki dan pinggul harus diangkat setinggi mungkin. Bantal bisa diletakkan di bagian belakang dan antara kaki yang sedikit bengkok.

Perawat akan melakukan perkusi dan vibrasi tepat di luar area payudara.

6) Lobus anterior

Dalam posisi ini, orang tersebut akan berbaring ke sisi kanan, menghadap ke bawah menghadap kaki ranjang, dengan bantal disandarkan di belakang. Pinggul dan kaki harus ditinggikan dengan bantal. Lutut harus sedikit ditekuk dengan bantal yang

diletakkan di antaranya. Perawat akan melakukan perkusi dan vibrasi di atas tulang rusuk bawah di sisi kiri dan ulang sisi kanan.

7) Segmen basal posterior

Untuk posisi ini, orang tersebut akan berbaring pinggul dan kaki ditinggikan di bantal. Perawat akan melakukan perkusi dan vibrasi bagian bawah punggung di sisi kiri dan kanan tulang belakang, berhati-hati untuk menghindari tulang belakang dan tulang rusuk bawah.

8) Segmen basal bilateral

Untuk posisi ini, orang tersebut akan berbaring di sisi kanan, mencondongkan tubuh seperempat putaran dengan pinggul dan kaki ditinggikan dengan diberi bantal. Kaki bagian atas mungkin tertekuk di atas bantal untuk mendapatkan dukungan dan kenyamanan. Perawat akan melakukan perkusi dan vibrasi bagian paling atas dari bagian bawah rusuk kiri, mengulangi di sisi kanan.

9) Segmen superior lobus bawah

Untuk posisi terakhir ini, pasien akan berbaring telungkup di atas tempat tidur. Dua bantal harus diletakkan dibawah pinggul. Perawat akan melakukan perkusi dan vibrasi bagian bawah tulang belikat pada sisi kanan dan sisi kiri tulang belakang (Leader, 2020).

b. Perkusi

Perkusi menggunakan tangan telungkup dan bergantian menepuk kedua tangan di dinding dada penderita. Tangan tidak boleh

rata tapi ditangkupkan sepanjang waktu seolah-olah memegang cairan di dalamnya. Teknik perkusi harus kuat dan ritmis tapi tidak boleh melibatkan rasa sakit. Jika ada rasa sakit, tangan mungkin tidak ditangkupkan dengan benar dan perlu dilunakkan atau disesuaikan. Bila dilakukan dengan benar, kita harus mendengarkan suara cekung dengan setiap perkusi.

Perkusi dada harus dilakukan diatas tulang dada, atau punggung bawah dimana berpotensi melukai organ dalam. Jangan perkusi diatas kulit telanjang (Potter & perry 2015).

c. Vibrasi

Cara melakukan vibrasi yaitu perawat harus meletakan tangan datar dengan kuat diatas segmen paru yang akan dikeringkan. Kemudian dengan kaki lengan dan bahu harus menerapkan tekanan ringan dan menciptakan gerakan gemetar yang cepat (Potter & Perry 2015).

d. Batuk efektif

Penting bagi orang yang dilakukan fisioterapi dada untuk dilakukan batuk efektif dengan cara menarik napas dalam-dalam dan menghebuskan napas perlahan tapi kuat melalui mulut sebanyak 3 kali diikuti batuk dengan kekuatan dari dalam sehingga lender dapat keluar (Leader, 2020).

2.3.5 Standar Operasional Prosedur Fisioterapi Dada

Table 2.3 SOP Fisioterapi Dada

Definisi	Mobilisasi sekresi jalan napas melalui perkusi, getaran dan drainase postural.
Diagnosa Keperawatan	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Gangguan Pertukaran Gas Gangguan Ventilasi Spontan
Luaran Keperawatan	Bersihan Jalan Napas Meningkat Pertukaran Gas Meningkat Ventilasi Spontan Meningkat
Prosedur	
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan e. Sarung tangan bersih f. Bengkok berisi cairan desinfektan g. Tisu h. Suplai oksigen, jika perlu i. Set suction, jika perlu 4. Lakukan kebersihan tangan 5 langkah 5. Pasang sarung tangan bersih 6. Periksa status pernapasan (meliputi frekuensi napas, kedalaman napas, karakteristik sputum, bunyi napas tambahan) 7. Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum 8. Gunakan bantal untuk mengatur posisi 9. Lakukan perkusi dengan posisi tangan ditelungkupkan selama 3-5 menit	

10. Hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara wanita, daerah insisi, tulang rusuk yang patah
11. Lakukan vibrasi dengan posisi tangan rata bersamaan dengan ekspirasi melalui mulut
12. Lakukan penghisapan sputum, jika perlu
13. Anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai
14. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
15. Lepaskan sarung tangan
16. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
17. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan, karakteristik sputum dan respon pasien

Sumber: Buku SOP PPNI (2021)

2.4 Evidence Based Practice (EBP)

2.4.1 Hasil Analisis

Tabel 2.4 EBP

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Sampel(N)	Hasil Penelitian
1.	Ramli et al, 2023 Aspiration Health Journal	Pengaruh Teknik clapping, vibrasi, napas dalam terhadap saturasi oksigen pada pasien PPOk di IGD RSUD dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Tanjung Selor	Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah quasi experiment dengan one group pretest and posttesr design	50 orang penderita PPOK yang berkunjung ke IGD RSUD dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Tanjung Selor	Diperoleh hasil uji normalitas saturasi oksigen sebelum dengan nilai-p sbesar 0,098: sesudah nilai p sebesar 0,064 Kesimpulan: terdapat pengaruh fisioterafi dada terhadap saturasi oksigen pada pasien PPOK di IGD IGD RSUD dr. H. Soemarno Sosroatmodjo Tanjung Selor Tidak dicantumkan berapa kali dan berapa lama dilakukannya Fisioterafi dada
2.	Astriani et al., (2020) Jurnal Keperawatan Silampari	Teknik Clapping dan Vibrasi Meningkatkan Saturasi Oksigen Pasien PPOK	Untuk mengetahui pengaruh clapping dan vibrasi dada terhadap saturasi oksigen pada pasien PPOK	Quasi eksperimental design menggunakan one group pre-post test design	26 responden seluruh pasien PPOK. Hasil: Hasil menunjukkan dengan program komputer menunjukkan p value 0,000 ($p < 0,05$). Kesimpulan: terdapat pengaruh teknik clapping dan vibrasi terhadap saturasi oksigen pasien PPOK di ruang IGD Rumah Sakit Kerta Husada
3.	Nurmayanti et al., (2020) Jurnal Keperawatan Silampari	Pengaruh Fisioterapi Dada dan Batuk Efektif terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen dalam Darah pada Pasien PPOK	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pemberian fisioterapi dada dan batuk efektif terhadap peningkatan saturasi oksigen dalam darah pada pasien PPOK	Desain penelitian ini Quasi Eksperimen dengan menggunakan metode observasi dengan pendekatan desain One Group Pre – Post Test	29 responden pasien PPOK yang dirawat di RS Islam Jakarta Cempaka Putih. Hasil: Hasil statistik uji T berpasangan (wilcoxon test) untuk nilai $p=0,001$ ($p < 0,05$). Simpulan, ada pengaruh pemberian fisioterapi dada dan batuk efektif terhadap peningkatan saturasi oksigen dalam darah sebelum dan sesudah intervensi pada pasien PPOK. Diberikan terapi sebanyak 2x dalam 1 haru

4.	Ank, Selma and Kivan Cevik (2021) Journal of Clinical And Experimental Investigations	Effect of Postural Drainage and Deep Breathing-Cough Exercises on Oxygen Saturation, Triflo Volume and Pulmonary Function Test in Patients with COPD	The aim of this study was to examine the effect of postural drainage and deep breathing-coughing exercises on oxygen saturation, triflo volume and pulmonary function test applied to patients with chronic obstructive pulmonary disease.	Quasi-experimental design using a pre test post test with control group design	100 patients with COPD who were diagnosed with COPD. As a result of the analyzes performed, there was a statistically significant difference in the oxygen saturation, triflo volume and pulmonary function test of the patients on all days before and after exercise. Conclusions: Postural drainage and deep breathing-coughing exercises are effective in increasing oxygen saturation, triflo volume, pulmonary function tests. Dilakukan 2x pagi dan sore selama 7 hari
5.	Basri, Rabia, Muhammad Tahir, Maryam Naseem (2019) Journal of Medical Sciences	Short-Term Effects Of Chest Physiotherapy In Acute Exacerbation Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)	To find out the short-term effects of chest physiotherapy in acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)	Quasi-experimental design using a pre test post test with control group design	60 patients suffering from obstructive Pulmonary disease. Patients in both the groups reported significant improvement after 2 weeks of treatment program compared to baseline on all outcome measures except PEFr that was not significantly improved in control group. Compared to control group, experimental group showed more improvement on PEFr ($P < 0,05$), SaO₂ ($P > 0,05$) and on VAS for breathlessness ($P < 0,05$). It was about three times better results over the control group. Conclusion: Active chest physiotherapy technique along with medical treatment is more effective in acute exacerbation of COPD than medical treatment alone. Tidak dicantumkan berapa kali hanaya dilakukan secara aktif bersama obat, dan dilakukan pengecekan

2.4.2 Analisis Jurnal

Didapatkan dari lima jurnal penelitian penulis yang dianalisis, untuk metode penelitian yang digunakan dari lima jurnal ini menggunakan metode quasi experimental. Menurut Sugiyono (2019) quasi eksperimen atau eksperimen semu merupakan penelitian yang mendekati eksperimen sungguhan yang bertujuan untuk menguji secara langsung pengaruh suatu variabel terhadap variabel lain.

Tujuan dari kelima jurnal untuk mengetahui pengaruh fisioterapi dada terhadap peningkatan saturasi oksigen dan frekuensi napas terhadap pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK). Dengan hasil yang sama adanya pengaruh fisioterapi dada terhadap peningkatan saturasi oksigen dan bersihan jalan nafas pada pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). dari lima penelitian ini menunjukkan adanya perubahan signifikan: “terdapat pengaruh sebelum dan sesudah dilakukan fisioterapi dada terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)”.

Tetapi dari kelima jurnal tersebut juga memiliki perbedaan waktu dan berapa lama pemberian fisioterapi dada, ada 2 jurnal yang tidak mencantumkan berapa lama dan berapa kali dalam sehari untuk melakukan fisioterapi dada, dan juga terdapat 2 jurnal yang melakukan intervensi selama 2 kali dalam sehari, dan 1 jurnal hanya mencantumkan diberikan secara aktif tanpa ada keterangan yang lengkap.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1. Pengkajian

Waktu pengkajian : 14.30 WIB

A. Identitas

a) Identitas Klien

Nama	: Ny. A
Tanggal Lahir	: 22-09-1968
Umur	: 56 Tahun
Pendidikan	: SMA
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawain	: Menikah
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda/Indonesia
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Cideng Barat, Rt 05 / Rw 07 Bojongmalaka, Kec.Baleendah
Tanggal Masuk RS	: 1 Mei 2025 09;00
NO CM	: 00942XXX
No. Kamar	: 2A
Diagnosa Medis	: PPOK dengan Asma Bronkhial

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. T
Tanggal Lahir	: 11 Juni 1987
Umur	: Tahun
Pendidikan	: SMA
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda/Indonesia
Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Alamat	: Cideng Barat, Rt 05 / Rw 07 Bojongmalaka, kec.Baleendah
Hubungan dengan klien	: Saudara Kandung

A. Keluhan Utama

Ny. A mengatakan Sesak disertai batuk

B. Riwayat Kesehatan**1. Alasan pasien masuk rumah sakit**

Ny. A mengatakan merasa sesak saat beraktifitas dirumah, sesak semakin bertambah dan dibawa ke IGD RSUD Al-Ihsan pada tanggal 1 Mei 2025 sekitar pukul 10:00 WIB dan diharuskan untuk rawat inap di ruang Abdurrahman Bin Auf II.

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan saat ini

Pada saat pengkajian tanggal 1 Mei 2025, klien mengeluh sesak disertai batuk berdahak, sesak bertambah pada saat beraktivitas dan berkurang pada saat beristirahat. Sesak dirasakan seperti tertimpa benda berat dan sulit bernapas. Sesak dirasakan didada dengan sesak sedang. Sesak dirasakan secara tiba-tiba dan terus menerus dengan durasi waktu tidak bias ditentukan

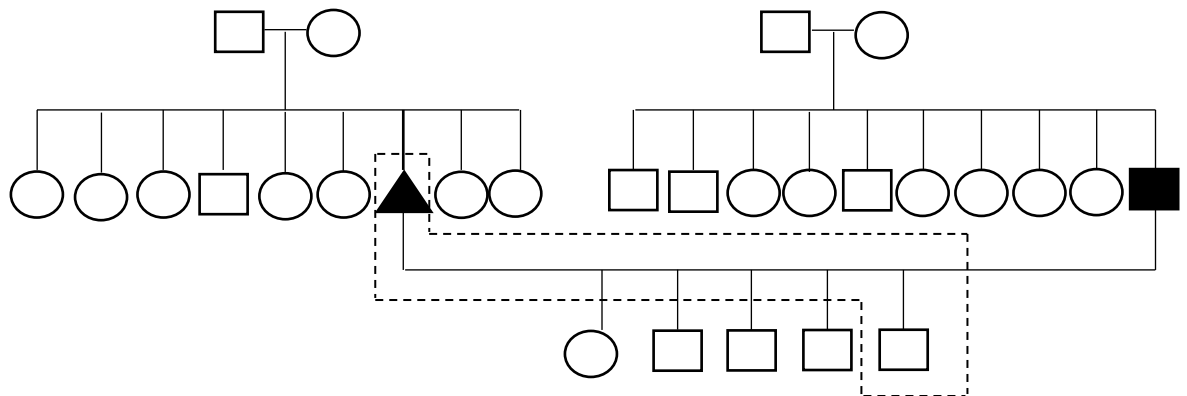
b. Riwayat kesehatan masa lalu

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit asma sejak 2 tahun yang lalu, dan dalam 1 tahun terakhir sering kambuh hingga keluar masuk rumah sakit, dan juga klien memiliki alergi dingin, jika kambuh biasanya klien bersin-bersin batuk hingga timbul kemerahan

c. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarganya yang memiliki penyakit asma tetapi memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, tetapi tidak memiliki penyakit yang bersifat menular seperti TBC, HIV/AIDS, Hepatitis dll.

Genogram



Keterangan:

	: Laki-laki
	: Perempuan
	: Pasien
	: Garis serumah
	: Garis pernikahan
	: Garis keturunan

C. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum	: Lemas
Tingkat Kesadaran	: ☒ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Coma
GCS	: E4M6 V5 (15)
TTV	
Tekanan darah	: 135/89 mmHg
Nadi	: 112 x/menit
Suhu	: 36,7°C
RR	: 27x/menit

SPO2 : 89%

BB awal : 85kg, sekarang 60 kg

TB : 158 cm

1) Sistem Pernafasan

Saat di inspeksi hidung simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak terdapat kotoran, terdapat otot bantu napas, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, terdapat batuk dengan produksi sputum yang tertahan. Saat di palpasi tidak ada nyeri tekan dan edema. Saat di perkusi suara hipersonor di kedua lapang paru. Saat auskultasi terdapat suara napas tambahan (*wheezing, ronkhi*) klien terpasang NRM 10 Lpm.

2) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi dada simetris, tidak terdapat pembengkakan, tidak terdapat lesi, palpasi tidak terdapat benjolan, perkusi pada area jantung pekak, auskultasi bunyi jantung s1 (lub) diikuti s2 (dub), tidak terdapat bunyi jantung tambahan, irama jantung reguler.

3) Sistem Persyarafan

- Fungsi cerebral

Kesadaran: Composmentis GCS (E4M6V5)

- Fungsi kranial

N I: Penciuman baik.

N II: Ketajaman penglihatan baik, lapang pandang baik.

N III: Tidak terdapat edema pada kelopak mata, ptosis (-), celah mata sempit (-), dan bola mata tidak menonjol.

N IV: Pupil isokor, reaksi pupil terhadap cahaya positif, ukuran pupil normal

N V: Wajah simetris, mulut simetris, kontraksi otot pengunyahan baik.

N VI: Pasien dapat mengikuti arahan pergerakan bola mata dengan baik.

N VII: Nn.M dapat menyebutkan rasa asin.

N VIII: Pendengaran baik dan keseimbangan baik.

N IX: Terdapat reflek muntah.

N X: Reflek menelan baik.

N XI: Nn.M tidak mengalami parase.

N XI: Pergerakan lidah baik, dan ketika menjuluran lidah tidak terdapat
parese.

4) Sistem Muskuloskeletal

Tidak terdapat kelainan pada bentuk tulang dan sendi, tidak terdapat kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, tidak terdapat lesi, kekuatan otot kuat ekstremitas atas dan bawah

5	5
5	5

5) Sistem Integumen

Saat dilakukan pengkajian turgor kulit baik, tidak terdapat lesi, tidak terdapat edema, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, kondisi kulit disekitar pemasangan infus tidak ada hematoma. Rambut tampak bersih berwarna hitam dan beruban, keadaan kuku tampak bersih, warna kulit sawo matang, tidak ada tanda-tanda radang, tidak terdapat dekubitus pada kulit. Turgor kulit normal < 2 detik, Akral terasa hangat.

6) Sistem Perkemihan

Saat dilakukan pengkajian, tidak terjadi poliuria, BAK warna kuning khas urine, klien tidak menggunakan kateter urine, tidak terdapat penegangan kandung kemih.

7) Sistem Gastrointestinal

Mulut simetris, mukosa bibir lembab tampak pucat, bentuk abdomen datar, bunyi peristaltic normal, bising usus 9 x/menit, tidak ada pembesaran hepar, tidak asites, perkusi terdengar suara timpani.

8) Sistem Penginderaan

Mata : Mata simetris, konjungtiva anemis, pupil isokor, dirangsang dengan cahaya pupil miosis, lapang pandang baik, ketajaman penglihatan baik, pergerakan bola mata baik.

Hidung : Hidung simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak terdapat kotoran dan lesi, tidak terdapat pembengkakan sinusitis, tidak terdapat nyeri tekan, dan penciuman baik, terdapat otot bantu napas, memakai oksigen NRM.

Telinga : Terilinga simetris kanan dan kiri, tidak terdapat lesi, telinga bersih, pendengaran baik klien dapat mendengar suara dengan jelas.

9) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran para tiroid.

10) Sistem Imunitas

Klien tidak memiliki alergi obat-obatan, makanan, tetapi alergi dingin.

11) Sistem Reproduksi

Saat dilakukan pengkajian, klien berjenis kelamin perempuan dan sudah menopause.

12) Sistem Hematologi

Saat dilakukan pengkajian tidak terdapat perdarahan tidak ada, petekie tidak ada, purpura tidak ada, mimisan tidak ada, perdarahan gusi tidak ada, tidak terdapat echimosis.

E. Aspek Psikologis

1) Status Keparahan PPOK

Tabel 3.1 Tingat Keparahan PPOK

Tingkat Keparahan	Nilai	
Tingkat I: PPOK Ringan	Dengan gejala batuk dan dahak kronis.	
Tingkat II: PPOK Sedang	Gejala mulai progresif, batuk kronis, sesak napas saat beraktivitas.	√
Tingkat III: PPOK Berat	Terjadi eksaserbasi berulang, kualitas hidup buruk, batuk kronis, kelelahan, sesak napas, penurunan aktivitas.	
Tingkat IV: PPOK Sangat Berat	Kualitas hidup sangat tergantung, kejang dapat mengancam jiwa.	

2) Status Emosi

Klien tampak, tingkah laku klien tampak gelisah. Suasana yang membahagiakan klien ketika berkumpul dengan keluarga. Stressing yang membuat perasaan klien tidak nyaman ketika batuk tetapi susah untuk mengeluarkan dahak dan terasa tidak nyaman.

3) Gaya Komunikasi

Klien tampak berhati-hati dalam bicara, pola komunikasi spontan, klien tidak menolak untuk diajak berkomunikasi, komunikasi jelas, klien tidak menggunakan bahasa isyarat.

4) Pola Interaksi

Klien berespon pada pengkaji dan keluarga, orang yang dekat dan dipercaya klien yaitu saudara dan anak-anaknya, klien tampak aktif saat berinteraksi, tipe kepribadian klien terbuka.

5) Pola Pertahanan

Klien mengatakan ketika ada masalah sering mengungkapkan kepada anaknya.

6) Dampak di Rawat di Rumah Sakit

Selama di rumah sakit klien lemah hanya terbaring di tempat tidur, klien tidak bias melakukan aktivitas seperti sebelumnya.

F. Aspek Psikososial dan Spiritual

1) Data Psikososial

a. Persepsi klien tentang penyakit

Klien mengatakan penyakitnya adalah ujian dari Allah SWT. klien hanya berharap agar segera pulih dan cepat sembuh.

b. Konsep diri

1) Identitas diri

Klien mengatakan ia seorang perempuan sekaligus seorang ibu.

2) Harga diri

Klien mengatakan merasa dirinya berharga dan tidak ada masalah terhadap harga dirinya.

3) Peran diri

Klien mengatakan berperan sebagai seorang Ibu.

4) Ideal diri

Klien berharap kondisinya bias segera pulih kembali.

5) Hubungan/komunikasi

Klien mengatakan klien mampu berinteraksi dan mengenal lingkungan dengan baik, klien memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya.

2) Data Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien beragama islam, dan meyakini akan norma yang dianutnya.

b. Kegiatan ibadah

Sebelum di rawat di rumah sakit klien melaksanakan shalat 5 waktu dan melaksanakan kegiatan agama lainnya, namun saat dirawat klien hanya mampu shalat di bed dan berdo'a untuk kesembuhannya.

G. Aktivitas Sehari-hari (sebelum dan selama sakit)

1) Pola Makan dan Minum

Tabel 3.2 Pola Makan dan Minum

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	Pola Makan Jenis Porsi Frekuensi Diet Khusus Makanan Disukai Kesulitan Menelan Gigi Palsu Nafsu Makan Usaha mengatasi masalah	Nasi putih, ayam, tahu, tempe, sayur, dll 1 porsi 3x/hari Tidak ada Sayur-sayuran Tidak ada Tidak ada Baik Tidak ada	Bubur, ayam, tahu, tempe, sayur, dll 2- 3 sendok 3x/hari Tidak ada Sayur-sayuran Tidak ada Tidak ada Berkurang Tidak ada
2.	Pola Minum Jenis Frekuensi Jumlah Kebutuhan Cairan Jumlah Tetesan Pantangan Minuman yang disukai Usaha mengatasi masalah	Air putih, teh, ±7 gelas/hari 250 ml/gelas ml/hari Tidak ada Tidak ada Teh, air putih Tidak ada	Air putih ±5gelas/hari 250 ml/gelas ml/hari Tidak ada Tidak ada Air putih Tidak ada

b. Pola Eliminasi

Tabel 3.3 Pola Eliminasi

No	Jenis	Sebelum dirawat	Selama dirawat
1.	BAB Frekuensi Warna Masalah Berat jenis feses Cara mengatasi masalah	1 x/hari Khas feses Tidak ada Klien tidak tahu Tidak ada	Belum BAB Belum BAB Belum BAB Belum BAB Belum BAB
2.	BAK Frekuensi Jumlah output Warna Masalah Cara mengatasi masalah	± 5 x/hari Tidak tahu Kuning khas urine Tidak ada Tidak ada	± 4 x/hari Tidak tahu Kuning khas urine Tidak ada Tidak ada

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.4 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis	Sebelum Masuk RS	Selama Dirawat
1.	Kegiatan sehari-hari	Beres-beres rumah, memasak, dll	Berbaring
2.	Pengaturan jadwal harian	Tidak ada	Tidak ada
3.	Penggunaan alat bantu	Tidak ada	Tidak ada
4.	Kesulitan pergerakan	Tidak ada	Dibantu oleh keluarga

d. Pola Istirahat Tidur

Tabel 3.5 Pola Istirahat Tidur

No	Jenis	Sebelum Masuk RS	Selama Dirawat
1.	Tidur Siang Lama Tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	± 1 jam Tidak ada Tidak ada Suara kebisingan	± 1 jam Tidak ada Tidak ada Saat tiba-tiba batuk
2.	Tidur Malam Lama Tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	$\pm 6 - 7$ jam Tidak ada Kecapean Tidak ada	± 4 jam Mudah terbangun Tidak ada saat terasa sesat/batuk

e. Personal hygiene

Tabel 3.6 Pola Hygiene

No	Jenis	Sebelum Masuk RS	Selama dirawat
1.	Mandi	Klien mandi 1-2x/hari dan melakukannya mandiri tanpa bantuan.	Klien mandi 1x/hari dengan cara di washlap dan dilakukan dengan bantuan keluarganya.
2.	Gosok gigi	Klien gosok gigi 2x/hari dan secara mandiri tanpa bantuan.	Klien dibantu membersihkan mulut 1x/hari oleh keluarga.
3.	Keramas	Klien keramas 2-3x/minggu dan secara mandiri tanpa bantuan.	Klien selama dirawat belum di keramas, hanya dibantu untuk merapihkan rambutnya saja.
4.	Aktivitas	Klien mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai seorang ibu rumah tangga	Klien <i>bedrest</i> di istirahatkan dan meminimalkan aktivitas yang membuat lelah.

H. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal pemeriksaan: 1 Mei 2025

Tabel 3.7 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Unit	Nilai Rujukan
Hematologi			
Darah Rutin			
Hemoglobin	14.5	g/dL	12.0 – 16.0
Leukosit	15430	sel/uL	3800-10600
Eritrosit	5.33	juta/uL	3.6 – 5.8
Hematokrit	45.5	%	35 - 47
Trombosit	410000	sel/uL	150.000-440.000
MCV	85.4	fL	80-100
MCH	27.3	pg	26-34
MCHC	32.0	%	32-36
RDW-CV	14.4	%	11.5-14.5
RDW-SD	55.9	fL	
Kimia Klinik			
Fungsi Ginjal			
Ureum	11	mg/dL	13 - 43
Kreatinin	0.75	mg/dL	0.6 – 1.2
Gula darah sewaktu	119	mg/dL	70-200
Natrium (Na)	143	mmol/L	134 -145
Kalium (K)	4.0	mmol/L	3.6 – 5.6
Kalsium	1.26	mmol/L	1.15 – 1.35

b. Pemeriksaan lainnya (EKG, Rontgen, CT-Scan, MRI, dll)

Tanggal Pemeriksaan: 1 Mei 2025

Jenis pemeriksaan: CT-Scan

Hasil Radilogi: PPOK DD/ *Asthma Bronchiale*

Hasil:

- Gambaran bronkhitis
- Tidak tampak kardiomegali

I. Terapi Medis

Tabel 3.8 Terapi Medis

No	Obat Yang diberikan	Jenis Golongan Obat	Cara Pemberian	Frekuensi Pemberian				Dosis Obat	Keterangan / Riwayat Obat
				Waktu (jam)					
1	Levofloxacin	Antibiotik	IV		16.00			1 x 750 mg	Mengobati infeksi bakteri
2	Methylprednisolone	Kortikosteroid	IV	06.00	13.00		21.00	3 x 30 mg	Mengatasi peradangan
3	Combivent	Bronkodilator	Nebulisasi	09.00	15.00	21.00	05.00	4 x 1	Meredakan keluhan akibat penyempitan saluran napas
4	Flutison	Kortikosteroid	Nebulisasi	09.00	15.00	21.00		0.5 mg 3x 1	Meredakan pembengkakan jaringan yang mempuat saluran napas tersumbat
5..	Spiriva Respimat	Antagonis muskarinik	Hisap	08.00		16.00		2 x 1 hisap mulut	Membantu memperbaiki kondisi PPOK & mencegah ekaserbasi

J. Analisa Data

Tabel. 3.9 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds: Klien mengatakan sesak napas disertai batuk berdahak yang susah dikeluarkan, sesak terus menerus dan bertambah saat beraktivitas, berkurang saat istirahat Do: - Klien tampak sesak - Terdengar suara napas wheezing dan ronkhi - TTV TD: 135/89 N: 112x/menit S: 36,7°C SPO2: 95% (menggunakan Oksigen 10 Lpm)	Respon inflamasi ↓ hipersekresi mukus ↓ Penumpukan lender dan sekresi berlebih ↓ Obstruksi jalan napas ↓ Merangsang reflex batuk ↓ Bersihan jalan napas tidak efektif	Bersihan jalan napas tidak efektif
2.	Ds: Pasien mengatakan nafas sesak, sesak bertambah bila beraktifitas dan udara dingin Do: - RR: 27 x/menit - Nafas tampak sesak - Penggunaan otot bantu pernafasan (+) - Perubahan irama nafas : Ronchi (+) wheezing (+)	Respon inflamasi ↓ Fibrosa paru ↓ Obstruksi paru ↓ PPOK ↓ Hipoksemia ↓ Kompensasi tubuh dengan peningkatan RR ↓ Sesak napas ↓ Pola napas tidak efektif	Pola napas tidak efektif
3.	Ds: klien mengatakan semenjak sakit susah tidur dan sering terganggu dengan adanya sesak ataupun batuk Do: - klien mengeluh sulit tidur - sering terbangun dimalam hari	PPOK ↓ Sesak napas ↓ Kompensasi tubuh dengan peningkatan RR ↓ Sesak napas ↓	Pola tidur tidak efektif

	- tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah	Tidur tidak efektif ↓ Gangguan pola tidur	
4.	Ds: Klien mengeluh tidak nafsu makan, dan enggan untuk makan Do: - klien tidak nafsu makan - klien enggan untuk makan - IMT: 24 (Normal)	Pola napas tidak efektif ↓ Timbul reflex batuk ↓ Penurunan nafsu makan ↓ Penurunan berat badan ↓ Resiko Defisit nutrisi	Resiko defisit nutrisi

3.1.2. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sekret, sekresi tertahan d.d sesak napas, sputum berlebih, terdengar bunyi napas ronkhi.
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan jalan napas d.d sesak napas, penggunaan otot bantu napas, takipnea.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur d.d sering terjaga
4. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

3.1.3. Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 3.10 Rencana Tindakan Keperawatan

N o.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001) Ds: Klien mengatakan sesak napas disertai batuk berdahak yang susah dikeluarkan, sesak terus menerus dan bertambah saat beraktivitas, berkurang saat istirahat Do: - Klien tampak sesak - Terdengar suara napas wheezing dan ronkhi - TTV TD: 135/89 N: 112x/menit S: 36,7°C SPO2: 95% (menggunakan Oksigen 10 Lpm)	Jalan Napas (L.01002) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x7 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum berkurang 3. Tidak ada bunyi napas tambahan 4. Dipsnea menurun 5. Gelisah menurun 6. Frekuensi napas membaik 7. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01001) Observasi: 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (ronchi, wheezing, dsb) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Monitor saturasi oksigen Terapeutik: 14. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 15. Pertahankan kepatenan jalan napas 16. Berikan minum hangat 17. Berikan fisioterapi dada, jika perlu 18. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15detik jika perlu 19. Berikan Oksigen Jika perlu Edukasi:	1. Perubahan seperti takipnea, dispnea dan penggunaan otot bantu napas mengindikasikan adanya pernapasan abnormal akibat dari distress pernapasan karena hipoksemia. 2. Bunyi napas tambahan seperti ronki dan wheezing menandakan adanya sumbatan. 3. Sputum abnormal mengindikasikan infeksi atau sumbatan. 4. Saturasi oksigen perlu dipantau untuk mencegah hipoksia. 5. Untuk mencegah hipoksia, mendukung ventilasi mencegah aspirasi 6. Posisi Fowler mempermudah ekspansi paru. 7. Membantu mengencerkan secret sehingga mudah dikeluarkan. 8. Fisioterapi dada membantu drainase sekret. 9. Penghisapan lendir dilakukan bila jalan napas tidak paten

			20. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 21. Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi: 22. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.	10. Meringankan kerja paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh 11. Untuk menjaga keseimbangan dalam tubuh. 12. Agar klien tahu, untuk mempermudah mengeluarkan secret/sputum 13. Untuk menghilangkan spasme bronkus, menurunkan viskositas secret, memperbaiki ventilasi, dan membantu mengencerkan dahak
2.	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) Ds: Pasien mengatakan nafas sesak, sesak bertambah bila beraktifitas dan udara dingin Do: - RR: 27 x/menit - Nafas tampak sesak - Penggunaan otot bantu pernafasan (+) - Perubahan irama nafas : Ronchi (+) wheezing (+)	Pola napas membaik (L.01004) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x7 jam, maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik) 2. Monitor kemampuan batuk efektif 3. Monitor adanya produksi sputum 4. Monitor adanya sumbatan jalan napas 5. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 6. Auskultasi bunyi napas	1. Untuk mengetahui adanya perubahan irama dan kedalaman napas akibat atelectasis, menunjukkan penggunaan otot aksesori dan peningkatan kerja pernapasan 2. Perubahan seperti takipnea, dyspnea dan penggunaan otot aksesori dapat mengindikasikan adanya pernapasan abnormal akibat distress pernapasan karena hipoksemia 3. Dengan batuk efektif dapat Gerakan secret mudah untuk dikeluarkan 4. Peningkatan produksi sputum dapat mempengaruhi akan kepatenan jalan napas 5. Peningkatan produksi sputum yang kental dengan jumlah banyak atau

			7. Monitor saturasi oksigen 8. Monitor nilai analisa gas darah 9. Monitor hasil x-ray thoraks Terapeutik 10. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 11. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 12. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 13. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.	benda asing yang membuat ventilasi tidak maksimal 6. Untuk membandingkan gerakan dinding dada sewaktu bernapas, bila ada kelainan ekspansi dada serta fremitus akan berkurang dan tidak sama 7. Untuk mengetahui adanya bunyi napas yang abnormal seperti ronkhi yang berindikasi akumulasi secret, wheezing penyempitan jalan napas 8. Untuk mengetahui keseimbangan asam basa, kadar oksigen dan karbondioksida dalam tubuh bila PaO₂ menurun maka PaCO₂ meningkat menunjukkan perlunya penanganan lebih adekuat atau perubahan terapi 9. Untuk melihat adanya sumbatan jalan napas pada paru yang membuat pertukaran gas tidak adekuat 10. Pemantauan oksigenasi harus dilakukan secara berkala agar mendapatkan hasil yang akurat 11. Pentingnya dokumentasi hasil pemantauan untuk memastikan perbandingan dengan data sebelumnya 12. Untuk dijadikan acuan evaluasi rencana asuhan keperawatan
--	--	--	--	--

				13. Untuk memberikan informasi kepada keluarga tentang kondisi terbaru pasien dan mengurangi kecemasan keluarga
3.	Gangguan Pola Tidur (D.0055) Ds: klien mengatakan semenjak sakit susah tidur dan sering terganggu dengan adanya sesak ataupun batuk Do: - klien mengeluh sulit tidur - sering terbangun di malam hari - tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah	Pola Tidur Membaik (L.05045) Setelah dilakukan intervensi selama 1x 7jam keperawatan selama, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun. 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan tidur (L.05174) Observasi: 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik: 5. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin	1. Mengkaji kebiasaan tidur, tidur yang tidak berkualitas dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan 2. Membantu dalam mengidentifikasi masalah pengganggu tidur. Tidur yang terganggu dapat menyebabkan kelelahan dan penurunan produktivitas siang hari 3. Karena dapat memicu gangguan pencernaan, menyebabkan naiknya asam lambung. Selain itu kopi, teh, dan alkohol memberikan efek stimulan kafein dan nikotin yang mengganggu kualitas tidur 4. Untuk memberikan situasi kondusif untuk tidur 5. Tidur siang akan menyulitkan bagi seseorang 6. Untuk tidur di malam hari 7. Untuk meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis 8. Menyesuaikan jadwal pemberian obat agar tidak mengganggu tidur pasien 9. Tidur yang cukup dan berkualitas berkontribusi seseorang merasa

			9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi: 11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 16. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya	lebih segar, energik untuk melakukan aktivitas 10. Memberikan pemahaman pada keluarga mengenai pentingnya istirahat tidur 11. Dengan menepati waktu tidur yang konsisten, tubuh akan terbiasa dengan rutinitas, meningkatkan kualitas tidur dan membuat tidur lebih nyenyak 12. Agar menghindari gangguan pencernaan yang dapat mengganggu tidur 13. Mendengarkan murottal saat tidur dapat menciptakan ketenangan, relaksasi dan mengurangi kecemasan 14. Jika masih sulit tidur, agar bias tertidur nyenyak 15. Agar meningkatkan kualitas tidur 16. Merilekskan otot-otot
--	--	--	--	--

4.	Resiko Defisit Nutrisi Ds: Klien mengeluh tidak nafsu makan, makan selalu tidak habis 1 porsi Do: - klien tidak nafsu makan - klien enggan untuk makan	Status nutrisi membaik (L.03030) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x7 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik / dalam batas normal.	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu	1. Dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat 2. Untuk mengetahui pasien intoleransi dan alergi makanan 3. Meningkatkan keinginan untuk makan 4. Mencukupi kalori sesuai kebutuhan pasien dapat membantu proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi 5. Bila pemenuhan nutrisi melalui oral tidak dapat terlaksana dengan baik dibutuhkan selang nasogastric untuk pemenuhan nutrisi yang lebih optimal 6. Membantu mengidentifikasi anoreksia dan kelemahan yang dapat mengakibatkan penurunan berat badan yang serius 7. Membantu mengidentifikasi malnutrisi protein dan kalori pasien. Khususnya bila berat badan kurang dari normal 8. Untuk mengevaluasi status nutrisi sehingga dapat memberikan diet yang tepat 9. Meningkatkan kenyamanan mulut sehingga meningkatkan perasaan nafsu makan
----	--	--	---	---

			7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 8. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 9. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 11. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	10. Makanan yang menarik yang tersaji dalam keadaan baik akan meningkatkan keinginan untuk makan 11. Makanan yang tinggi serat selain mencegah konstipasi juga membantu penyerapan nutrisi 12. Untuk memenuhi kebutuhan energi yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh sehingga dapat digunakan untuk menambah berat badan agar kembali mencapai berat badan normal atau ideal dan meningkatkan tambahan nutrisi yang adekuat
--	--	--	---	--

3.1.4 Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi keperawatan

Tabel 3.11 Implementasi & Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal	No. DX	Jam	Implementasi Keperawatan	Jam	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
1.	Kamis, 1 Mei 2025	1	14.25	1. Memonitor TTV Hasil: TD: 135/89 mmHg, N: 112 x/mnt, R: 27 x/mnt, S: 36.7 °C	19.30	S: Klien mengatakan masih sesak, disertai batuk dan susah dikeluarkan dahaknya, sesak terus menerus dan bertambah saat beraktivitas, berkurang saat istirahat dan diberikan obat/ nebulisasi O: - Klien tampak sesak - Klien terlihat menggunakan otot bantu napas - Terdengar suara napas wheezing dan ronkhi - TTV TD: 138/87 N: 87x/menit R: 25x/ menit S: 36,8°C SPO2: 95% (menggunakan Oksigen 10 Lpm) A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Intan Purnama
			14.30	2. Memonitor pola napas Hasil: frekuensi napas 27x/ menit			
			14.35	3. Memonitor bunyi napas tambahan Hasil: ronchi,(+), wheezing (+)			
			14.38	4. Memonitor sputum Hasil: sputum sulit dikeluarkan			
			14.40	5. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SPO2: 89%			
			14.42	6. Memposisikan semi-fowler/ fowler Respon: Klien tampak nyaman			
			14.45	7. Memberikan Oksigen 10 Lpm Hasil: Saturasi oksigen: 95%			
			15.00	8. Memberikan bronchodilator Hasil: nebulisasi menggunakan obat flutison 0,5 mg dan combiven 1 vial			
			15.15	9. Memberikan fisioterapi dada Hasil: klien dapat mengeluarkan sputum yang tertahan			
			15.20	10. Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil: klien dapat mengeluarkan sputum sekitar 5cc 11. Mengajarkan keluarga cara fisioterapi dada			

2.	Kamis, 1 Mei 2025	2	14.25	1. Memonitor irama dan upaya napas Hasil: irama napas reguler, terdapat otot bantu napas	19.40	S: Pasien mengatakan nafas sesak, sesak bertambah bila beraktifitas dan udara dingin O: - Irama reguler - takipnea - RR: 27 x/menit - Penggunaan otot bantu pernafasan (+) - bunyi napas: Ronchi (+) wheezing (+) A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Intan Purnama
			14.30	2. Memonitor pola napas Hasil: takipnea, frekuensi 27x/menit			
			14.35	3. Mengauskultasi bunyi napas Hasil: wheezing (+), ronkhi (+)			
			14.38	4. Memonitor adanya produksi sputum Hasil: terdapat sputum yang sulit dikeluarkan			
			14.40	5. Memonitor adanya sumbatan jalan napas Hasil: terdapat produksi sputum berlebih			
			15.10	6. Memonitor kemampuan batuk efektif Hasil: klien mampu dan bias melakukan batuk efektif			
				7. Menjelaskan tujuan & prosedur pemantauan Respon: klien paham			
3.	Kamis, 1 Mei 2025	4	16.00	1. mengidentifikasi status nutrisi Hasil: makan bubur/nasi & lauk pauk tidak habis 1 porsi	19.50	S: klien mengatakan masih tidak nafsu makan O: - makan tidak habis 1 porsi - makanan 2-3 sendok A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
			16.05	2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Hasil: tidak ada alergi makanan			
			16.10	3. Memonitor asupan makanan Hasil: makan 2-3 sendok dengan frekuensi 2-3x dalam sehari			
			16.12	4. Menganjurkan keluarga untuk melakukan oral hygiene sebelum makan Respon: keluarga mau membantu melakukan oral hygiene			
			16.30	5. Menyajikan makanan dngan suhu yang sesuai Hasil: makan makanan selagi hangat			

4.	Kamis, 1 Mei 2025	3	18.00	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	20.00	S: Klien mengatakan masih kesulitan tertidur dimalam hari O: - sering terbangun karena batuk/sesak A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Intan Purnama
			18.05	Hasil: klien kesulitan untuk tertidur, sering terbangun			
			18.08	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur			
			18.10	Hasil: terganggu oleh batuk dan sesak napas			
			18.20	3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur			
			18.22	Hasil: tidak ada			
			18.25	4. Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)			
				Hasil: klien mau mengikuti anjuran			
				5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan			
				Hasil: mengatur posisi nyaman saat akan tidur			
				6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit			
				Hasil: klien mengerti			
				7. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur			
				Hasil: klien ingin mencoba melakukannya			

5.	Jumat, 2 Mei 2025	1	14.25 1. Memonitor TTV Hasil: TD: 130/89 mmHg, N: 102 x/mnt, S: 36.5 °C 14.30 2. Memonitor saturasi oksigen 14.35 Hasil: SPO2: 95% 14.38 3. Memposisikan semi-fowler/ fowler Respon: Klien tampak nyaman 14.40 4. Memberikan Oksigen 8 Lpm <i>simple mask</i> Hasil: Saturasi oksigen: 97% 14.42 5. Memberikan bronchodilator Hasil: nebulisasi menggunakan obat flutison 0,5 mg dan combiven 1 vial 14.47 6. Memberikan fisioterapi dada 15.00 Hasil: klien dapat mengeluarkan sputum yang tertahan 7. Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil: klien dapat mengeluarkan sputum sekitar 2cc 8. Mengajarkan minum air hangat Respon: klien mau meminum air hangat 9. Mengajarkan keluarga cara fisioterapi dada Respon: Keluarga dapat mempraktikan cara fisioterapi dada		S: Klien mengatakan sesak berkurang masih sulit mengeluarkan dahak, O: - Klien tampak sesak - Terdengar suara napas ronkhi - TTV TD: 130/87 N: 80x/menit R: 24x/ menit S: 36,5°C SPO2: 97% (menggunakan Oksigen 8 Lpm) A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	Intan Purnama
6.	Jumat, 2 Mei 2025	2	16.00 1. Memonitor irama dan upaya napas Hasil: irama napas reguler, terdapat otot bantu napas 16.05 2. Memonitor pola napas Hasil: takipnea, frekuensi 24x/menit 16.10 3. Mengauskultasi bunyi napas	19.40	S: Pasien mengatakan sesak berkurang, tetapi bertambah bila beraktifitas dan udara dingin O: - Irama regular	Intan Purnama

			16.12	Hasil: wheezing (-), ronchi (+) 4. Memonitor adanya produksi sputum Hasil: terdapat sputum yang sulit dikeluarkan		- RR: 24 x/menit - bunyi napas: Ronchi (+) wheezing (-) A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	
			16.15	5. Memonitor adanya sumbatan jalan napas Hasil: terdapat produksi sputum tertahan			
			16.25	6. Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Hasil: pada saat sesak meningkat R: 28x/menit, pada saat istirahat R: 24x/menit			
7.	Jumat, 2 Mei 2025	4	16.00	1. mengidentifikasi status nutrisi Hasil: makan bubur/nasi & lauk pauk tidak habis 1 porsi	19.50	S: Klien mengatakan masih tidak nafsu makan O: - porsi makan dihabisakna meningkat A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	Intan Purnama
			16.05	2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Hasil: tidak ada alergi makanan			
			16.10	3. Memonitor asupan makanan Hasil: makan 5 sendok dengan frekuensi 2-3x dalam sehari			
			16.12	4. Menyajikan makanan dengan suhu yang sesuai Hasil: makan makanan selagi hangat			
				5. Menganjurkan makan sedikit tapi sering Hasil: klien mau mengikuti perintah			
			16.30	6. Mengidentifikasi makanan yang disukai Hasil: biskuit, memberikan cemilan sesekali			
8.	Jumat, 2 Mei 2025	3	18.00	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil: klien kesulitan untuk tertidur, sering terbangun	20.00	S: Klien mengatakan masih kesulitan tertidur dimalam hari O: - klien tidak puas tidur - sering terbangun karena batuk/sesak A:	Intan Purnama
			18.05				
			18.08	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur			

			18.10	Hasil: terganggu oleh batuk dan sesak napas		Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
			18.20	3. Memodifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) Hasil: klien mau mengikuti anjuran 4. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Hasil: mengatur posisi nyaman saat akan tidur 5. Anjurkan mendengarkan terapi murottal saat ingin tidur untuk menciptakan suasana tenang Hasil: klien mau mengikuti anjuran			
9	Sabtu, 3 Mei 2025	1	08.00	1. Memonitor TTV Hasil: TD: 132/87mmHg, N: 98 x/mnt, S: 36.5 °C	13.30	S: Klien mengatakan sesak berkurang, masih sulit mengeluarkan dahak. O: - Klien tampak sesak - Terdengar suara napas ronkhi - TTV TD: 130/87 mmHg N: 80x/menit R: 23x/ menit S: 36,6°C SPO2: 97% (menggunakan Oksigen 5 Lpm nasal canul) A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	Intan Purnama
			08.05	2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SPO2: 97%			
			08.10	3. Memberikan Oksigen 5 Lpm Nasal Canul Hasil: Saturasi oksigen: 97%			
			08.15	4. Memberikan bronchodilator Hasil: nebulisasi menggunakan obat flutison 0,5 mg dan combiven 1 vial			
			08.30	5. Memberikan fisioterapi dada			

			08.35	Hasil: klien dapat mengeluarkan sputum yang tertahan 6. Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil: klien dapat mengeluarkan sputum sekitar 2cc			
			08.45	7. Mengajarkan minum air hangat Respon: klien mau meminum air hangat			
10.	Sabtu, 3 Mei 2025	2	08.00	1. Memonitor irama dan upaya napas Hasil: irama napas 1reguler, terdapat otot bantu berkurang	13.40	S: Pasien mengatakan sesak berkurang, tetapi bertambah bila udara dingin O: - Irama regular - RR: 23 x/menit - bunyi napas: wheezing (-) A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	Intan purnama
			08.07	2. Memonitor pola napas Hasil: frekuensi 24x/menit			
			08.12	3. Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Hasil: pada saat sesak meningkat R: 25x/menit, pada saat istirahat R: 24x/1menit			
			08.17	4. Mengauskultasi bunyi napas Hasil: wheezing (-), ronkhi (+)			
			08.20	5. Memonitor adanya produksi sputum Hasil: terdapat sputum yang sulit dikeluarkan			
11	Sabtu, 3 Mei 2025	4	09.00	1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: makan bubur/nasi & lauk pauk habis ½ porsi	13.50	S: Klien mengatakan mulai ada nafsu makan O: - porsi makan dihabiskan meningkat Porsi yang dihabiskan ½ A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi	Intan Purnama
			09.05	2. Memonitor asupan makanan Hasil: makan ½ porsi dalam 2-3x dalam sehari			
			08.00	3. Menyajikan makanan dengan suhu yang sesuai Hasil: makan makanan selagi hangat			
			09 12	4. Mengajarkan makan sedikit tapi sering Hasil: klien mau mengikuti perintah			
			08.15	5. Mengidentifikasi makanan yang disukai Hasil: biskuit, memberikan cemilan sesekali			

12.	Sabtu, 3 Mei 2025	3	10.30	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil: klien kesulitan untuk tertidur, sering terbangun	14.00	S: Klien mengatakan masih kesulitan tertidur dimalam hari O: - klien tidak puas tidur - sering terbangun karena batuk/sesak A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Intan Purnama
			10.40	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Hasil: terganggu oleh batuk dan sesak napas			
			10.45	3. Memodifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) Hasil: klien mau mengikuti anjuran			
			10.47	4. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Hasil: mengatur posisi nyaman saatakan tidur			
			10.50	5. Menganjurkan mendengarkan terapi murottal saat ingin tidur untuk menciptakan suasana tenang Hasil: klien mau mengikuti anjuran			

3.1.5 Catatan Perkembangan

Tabel 3.12 Catatan Perkembangan

Tanggal/Jam	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
2 Mei 2025/ 13.30	1	S: Klien mengatakan sesak berkurang masih sulit mengeluarkan dahak, O: - Klien tampak sesak - Terdengar suara napas ronkhi - TTV TD: 130/87 N: 80x/menit R: 24x/ menit S: 36,5°C SPO2: 97% (menggunakan Oksigen 8 Lpm) A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi -Monitor TTV -Monitor saturasi oksigen -Berikan Oksigen 5 Lpm Nasal Canul -Berikan bronchodilator -Berikan fisioterapi dada -Anjurekan teknik batuk efektif -Anganjurkan minum air hangat I: -Memonitor TTV -Memonitor saturasi oksigen -Memberikan Oksigen 5 Lpm Nasal Canul -Memberikan bronchodilator -Memberikan fisioterapi dada -Menganjurkan teknik batuk efektif -Menganjurkan minum air hangat E: Masalah teratasi sebagian	Intan Purnama

2 Mei 2025 13.40	2	S: Pasien mengatakan sesak berkurang, tetapi bertambah bila beraktifitas dan udara dingin O: - Irama regular - RR: 24 x/menit - bunyi napas: Ronchi (+) wheezing (-) A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi -Monitor irama dan upaya napas -Monitor pola napas -Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien -Auskultasi bunyi napas -Monitor adanya produksi sputum I: -Memonitor irama dan upaya napas -Memonitor pola napas -Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien -Mengauskultasi bunyi napas -Memonitor adanya produksi sputum E: Masalah teratasi sebagian	Intan Purnama
2 Mei 2025/ 13.50	4	S: Klien mengatakan masih tidak nafsu makan O: - porsi makan dihabiskan meningkat A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi -Identifikasi status nutrisi -Memonitor asupan makanan	Intan Purnama

		-Sajikan makanan dengan suhu yang sesuai -Anjurkan makan sedikit tapi sering -Identifikasi makanan yang disukai I: -Mengidentifikasi status nutrisi -Memonitor asupan makanan -Menyajikan makanan dengan suhu yang sesuai -Menganjurkan makan sedikit tapi sering -Mengidentifikasi makanan yang disukai E: Masalah teratasi sebagian	
2 Mei 2025/ 14.00	3	S: Klien mengatakan masih kesulitan tertidur dimalam hari O: - klien tidak puas tidur - sering terbangun karena batuk/sesak A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi -Identifikasi pola aktivitas dan tidur -Identifikasi faktor pengganggu tidur -Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) -Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan -Anjurkan mendengarkan terapi murottal saat ingin tidur untuk menciptakan suasana tenang I: -Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur -Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur -Memodifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) -Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan -Menganjurkan mendengarkan terapi murottal saat ingin tidur untuk menciptakan suasana tenang E: Masalah belum teratasi	Intan Purnama

3 Mei 2025/ 13.30	1	S: Klien mengatakan sesak berkurang, masih sulit mengeluarkan dahak. O: - Klien tampak sesak - Terdengar suara napas ronkhi - SPO2: 97% (menggunakan Oksigen 5 Lpm nasal canul) A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Monitor saturasi oksigen - Berikan bronchodilator - Berikan fisioterapi dada - Anjurkan teknik batuk efektif - Anjurkan minum air hangat - Ajarkan keluarga cara fisioterapi dada I: - Memonitor saturasi oksigen - Memberikan bronchodilator - Memberikan fisioterapi dada - Menganjurkan teknik batuk efektif - Menganjurkan minum air hangat - Mengajarkan keluarga cara fisioterapi dada E: Masalah teratasi sebagian	Intan Purnama
3 Mei 2025/ 13.40	2	S: Klien mengatakan sesak berkurang, tetapi bertambah bila udara dingin O: - Irama regular - RR: 23 x/menit - bunyi napas: wheezing (-) A: Masalah teratasi sebagian	Intan Purnama

		P: pertahankan intervensi - Edukasi terhadap keluarga dan klien untuk mempertahankan tubuh dari udara dingin baik saat di rumah sakit maupun setelah keluar dari rumah sakit I: - Mengedukasi terhadap keluarga dan klien untuk mempertahankan tubuh dari udara dingin baik saat di rumah sakit maupun setelah keluar dari rumah sakit E- Masalah teratasi	
3 Mei 2025/ 13.50	3	S: Klien mengatakan masih kesulitan tertidur di malam hari dan sering terbangun O: - klien tidak puas tidur - sering terbangun karena batuk/sesak timbul A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Anjurkan mendengarkan terapi murottal saat ingin tidur untuk menciptakan suasana tenang I: - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Memodifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) - Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Mengajukan mendengarkan terapi murottal saat ingin tidur untuk menciptakan suasana tenang E: Masalah belum teratasi	Intan Purnama

3 Mei 2025/ 14.00	4	S: Klien mengatakan mulai ada nafsu makan O: - porsi makan dihabiskan meningkat - Porsi yang dihabiskan $\frac{1}{2}$ A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Monitor asupan makanan - Sajikan makanan dengan suhu yang sesuai - Anjurkan makan sedikit tapi sering - Identifikasi makanan yang disukai I: - Mengidentifikasi status nutrisi - Memonitor asupan makanan - Menyajikan makanan dengan suhu yang sesuai - Menganjurkan makan sedikit tapi sering - Mengidentifikasi makanan yang disukai E: Masalah teratasi	Intan Purnama
-----------------------------------	----------	---	----------------------

3.1. Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. A di ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat selama 3 hari dari tanggal 1-3 Mei 2025. Kemudian melakukan perbandingan antara teori, jurnal yang didapat, dengan kenyataan di lapangan yang berhubungan dengan kasus Penyakit Paru Obstruktif Kronik. Penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kenyataan serta menemukan beberapa faktor pendukung dan penghambat selama pemberian asuhan keperawatan pasien PPOK.

Selama di lapangan penulis tidak kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny. A karena klien dan keluarga kooperatif kepada perawat. Penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan diantaranya sebagai berikut.

3.2.1 Pengkajian Data dan Analisa Data

Pengkajian keperawatan pada sistem pernapasan adalah salah satu komponen proses keperawatan sebagai suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan sistem pernapasan klien menurut Muttaqin (2018). Pengkajian dilakukan pada tanggal 1 Mei 2025 di ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, pada klien Ny. A yang berdomisili di Cideng Barat, berusia 56 tahun dengan diagnosa medis PPOK. Hal ini bermula Ny. A mengatakan merasa sesak saat beraktifitas di rumah, sesak semakin bertambah, lalu dibawa oleh keluarga ke RS dan di diagnose PPOK. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 1

Mei 2025, klien mengeluhkan sesak di bagian dada disertai batuk, sesak bertambah pada saat beraktivitas dan berkurang pada saat beristirahat. Sesak dirasakan seperti tertimpa benda berat dan sulit bernapas. Sesak dirasakan didada dengan kualitas sesak sedang. Sesak dirasakan terus menerus. Pada teori yang tercantum dalam Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (2023), tanda dan gejala PPOK meliputi Sesak progresif (semakin berat seiring waktu), bertambah dengan aktivitas, dan persisten, batuk kronis, bisa hilang timbul dan mungkin tidak berdahak, batuk kronis berdahak; setiap batuk kronis berdahak dapat mengindikasikan PPOK, riwayat paparan faktor risiko, terutama asap rokok, debu, bahan kimia, asap dapur, atau paparan di tempat kerja.

Dari hasil pengkajian, didapatkan dimana tanda dan gejala yang dialami oleh klien terdapat kesamaan dengan tanda dan gejala yang ada dalam teori menurut Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (2023), yaitu diantaranya klien mengalami sesak yang bertambah saat beraktivitas disertai batuk kronis berdahak.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada kasus Ny. A ada 4 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: bersihan jalan napas tidak efektif, Pola napas tidak efektif, Gangguan pola tidur, Resiko defisit nutrisi. Diagnosa yang diangkat pada kasus yaitu berdasarkan keluhan yang dirasakan oleh klien, dan pada kasus Ny. A berada pada PPOK karena ditemukannya data seperti sesak napas disertai batuk kronis dan terdapat sputum yang tertahan.

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 1 Mei 2025 didapatkan data masalah keperawatan pada kasus PPOK Ny. A yaitu:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sekret, sekresi tertahan

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data subjektif pasien mengeluh sesak disertai batuk berdahak, sesak bertambah pada saat beraktivitas dan berkurang pada saat beristirahat. Sesak dirasakan seperti tertimpa benda berat dan sulit bernapas. Sesak dirasakan didada dengan kualitas sesak sedang. Sesak dirasakan terus menerus. Serta data objektif seperti batuk tidak efektif, sputum berlebih, Mengi (wheezing) dan / atau ronkhi.

Berdasarkan SDKI (2018) untuk penegakan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif terdapat pada data klien mengeluh sesak disertai batuk berdahak yang susah dikeluarkan/ sputum berlebih, dan terdapat suara tambahan seperti wheezing dan ronkhi. Terkait dengan teori dan data yang ada menunjukkan untuk menegakan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif diangkat menjadi diagnosa keperawatan pada klien.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan jalan napas

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data mengeluh sesak, terdapat otot bantu napas, pola napas takipnea, serta terdapat bunyi napas wheezing.

Berdasarkan SDKI (2018) untuk penegakan diagnosa pola napas tidak efektif terdapat pada data adanya mengeluh sesak (dyspnea),

penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal (takipnea), bunyi napas tambahan (wheezing). Terkait dengan teori dan data yang ada menunjukkan untuk menegakan diagnose pola napas tidak efektif diangkat menjadi diagnosa keperawatan pada klien.

3. Gangguan Pola Tidur

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data klien mengatakan klien mengatakan semenjak sakit susah tidur dan sering terbangun dengan adanya sesak ataupun batuk klien mengeluh sulit tidur, tidak puas tidur, pola tidur tidak teratur.

Berdasarkan SDKI (2018) untuk penegakan diagnosa gangguan pola tidur terdapat pada data adanya mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah. Terkait dengan teori dan data yang ada menunjukkan untuk menegakan diagnosa gangguan pola tidur diangkat menjadi diagnosa keperawatan pada klien.

4. Resiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data klien enggan untuk makan dan porsi makan yang dihabiskan hanya sedikit. Berdasarkan SDKI (2018) untuk penegakan diagnosis resiko defisit nutrisi terdapat faktor risiko yaitu keengganan untuk makan, dari hasil data yang ada menunjukkan untuk menegakkan diagnosis risiko defisit nutrisi diangkat menjadi diagnosa keperawatan pada klien.

3.2.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Dimana tindakan keperawatan setelah semua data yang terkumpul semua selesai dilakukan prioritas masalah. Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan bersihan jalan napas terdapat intervensi manajemen jalan napas, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien dengan tanda gejala yang ditemukan pada klien. Perencanaan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (ronchi, wheezing, dsb), monitor sputum, monitor saturasi oksigen, posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, berikan fisioterapi dada, jika perlu, berikan oksigen jika perlu, ajarkan teknik batuk efektif, ajarkan keluarga cara pisioterapi dada, kolaborasi pemberian brokodilator jika perlu.

2. Pola napas tidak efektif

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan pola napas tidak terdapat beberapa intervensi, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien. Rencana yang

diambil adalah pemantauan respirasi yaitu observasi monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik), monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan jalan napas, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

3. Gangguan pola tidur

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan gangguan pola tidur terdapat beberapa intervensi, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien. Rencana yang diambil adalah dukungan tidur yaitu observasi identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), batasi waktu tidur siang, jika perlu, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari

makanan/minuman yang mengganggu tidur, ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

4. Resiko defisit nutrisi

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan risiko defisit nutrisi terdapat beberapa intervensi, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien. Rencana yang diambil adalah manajemen nutrisi yaitu observasi identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, monitor asupan makanan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, berikan suplemen makanan, jika perlu, ajarkan posisi duduk, jika mampu, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan sebelumnya. Pelaksanaan implementasi dilakukan pada tanggal 1-3 Mei 2025 pukul 14:30 WIB yang sebelumnya sudah kontrak waktu pada saat pengkajian.

1. Bersihan jalan napas tidak efektif, implementasi yang dilakukan adalah mengobservasi TTV, memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (ronchi, wheezing), memonitor sputum, monitor saturasi oksigen, memposisikan semi-fowler atau fowler, mempertahankan kepatenan jalan napas, memberikan minum hangat, memberikan fisioterapi dada, memberikan oksigen menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari, mengajarkan teknik batuk efektif, memberikan bronkodilator (flutison 0,5 mg dan combiven 1 vial). Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi independent yaitu dilakukan mandiri oleh perawat.
2. Pola napas tidak efektif, implementasi yang dilakukan adalah memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, memonitor pola napas, memonitor kemampuan batuk efektif, memonitor adanya produksi sputum, memonitor adanya sumbatan jalan napas, mengauskultasi bunyi napas, memonitor saturasi oksigen, mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, menginformasikan hasil pemantauan. Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi independent yaitu dilakukan mandiri oleh perawat.
3. Gangguan pola tidur, implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan

mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi, memodifikasi lingkungan, membatasi waktu tidur siang, menetapkan jadwal tidur rutin, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, mengajarkan terapi relaksasi (mendengarkan murottal sebelum dan tidur). Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi yang dilakukan oleh perawat dan juga bantuan dari keluarga.

4. Resiko defisit nutrisi, implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, memonitor asupan makanan, melakukan oral hygiene sebelum makan, menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, menganjurkan posisi duduk, menganjurkan makan sedikit tapi sering. Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi yang dilakukan oleh perawat dan juga bantuan dari keluarga.

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi hasil dari diagnosa keperawatan bersihan jalan napas b.d sekresi yang tertahan, setelah dilakukan implementasi selama 3 hari pada hari sabtu tanggal 3 Mei 2025 didapatkan hasil data subjektif yaitu klien mengatakan sesak berkurang terapi sputum masih susah untuk dikeluarkan dengan data objektif klien tampak tenang TD:130/87 mmH, N:80x/mnt, S: 36.6°C, R: 23 x/mnt dan SPO2: 97 %.

Evaluasi dari diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil subjektif klien mengatakan sesak berkurang, tetapi bertambah bila udara dingin, Irama regular RR: 23 x/menit, bunyi napas: wheezing (-).

Evaluasi dari diagnosa Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur, setelah 3 hari dilakukan implementasi didapatkan data subjektif klien mengatakan masih kesulitan tertidur di malam hari, klien tidak puas tidur, sering terbangun karena batuk/sesak timbul

Evaluasi untuk diagnosa terakhir yaitu resiko defisit nutrisi, setelah 3 hari dilakukan implementasi didapatkan data subjektif klien mengatakan mulai ada nafsu makan, porsi makan dihabiskan meningkat, porsi yang dihabiskan $\frac{1}{2}$.

3.2.6 Evidence Based Practice (EBP)

Berdasarkan hasil telaah dari kelima jurnal EBP dengan judul hampir sama yaitu pengaruh fisioterapi dada terhadap peningkatan saturasi oksigen terhadap persamaan bahwa pemberian fisioterapi dada dapat meningkatkan saturasi oksigen dan frekuensi napas pada pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK). Dengan hasil yang sama adanya pengaruh fisioterapi dada terhadap peningkatan saturasi oksigen dan bersihan jalan nafas pada pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). dari lima penelitian ini menunjukkan adanya perubahan signifikan: “terdapat pengaruh sebelum dan sesudah dilakukan fisioterapi dada terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).

Pelaksanaan fisioterapi ini sejalan dengan penelitian nurmayanti et al (2020) yang dimana pelaksanaannya dilakukan sebanyak 2x dalam satu hari dan terdapat persamaan pada perubahan saturasi oksigen setelah dilakukan fisioterapi dada sehingga berangsur-angsur meningkat dari hari ke hari dengan pemberian rutin.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan yang meliputi tahap Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi serta hasil Keperawatan pada Ny. A dengan PPOK maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Tahap pengkajian

Penulis dapat melakukan pengkajian serta komprehensif terhadap aspek-aspek yang ada dalam diri klien serta lingkungan sekitarnya, dalam pengkajian klien mempunyai beberapa faktor resiko yang mendukung pada penyakit PPOK.

2. Tahap Diagnosa

Adapun dari data yang terkumpul, penulis menemukan masalah keperawatan pada Ny. A yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pola tidur, risiko defisit nutrisi.

3. Tahap perencanaan

Pada tahap ini penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan pada Ny.A dengan PPOK sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada hasil pengkajian dan di sesuaikan dengan kondisi klien, kemampuan perawat dan fasilitas yang tersedia. Perencanaan ditunjukan untuk mengatasi sesak napas dan masalah masalah yang muncul yaitu bersihan

jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pola tidur, risiko defisit nutrisi

4. Tahap pelaksanaan

Tindakan keperawatan difokuskan kepada perencanaan yang telah ditetapkan dan penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan serta klien partisipasi dalam melaksanakan setiap tindakan keperawatan. Setelah diberikan tindakan keperawatan fisioterapi dada untuk meningkatkan saturasi oksigen didapatkan peningkatan yang signifikan, yaitu saturasi oksigen klien meningkat dari 89% tanpa bantuan oksigen menjadi 97%.

5. Tahap evaluasi

Penulis dapat melakukan evaluasi dari empat masalah yang muncul pada klien, masalah yang dapat diatasi yaitu, pola napas tidak efektif, risiko defisit nutrisi. Sedangkan masalah yang belum teratasi yaitu bersihan jalan napas dan gangguan pola tidur. Masalah keperawatan yang memerlukan waktu yang panjang pada saat proses keperawatan dan pengobatan untuk mencapai pemulihan kondisi yang optimal.

6. Tahap Analisa EBP

Penulis dapat menganalisis penerapan *evidence based practice* melalui intervensi fisioterapi dada dalam melakukan asuhan keperawatan kepada Ny. A yang mengalami Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).

4.2. Saran

4.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang PPOK di institusi Pendidikan.

4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit khususnya RSUD AL-Ihsan Bandung Provinsi Jawa Barat dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada klien lebih optimal dalam pemenuhan asuhan keperawatan dengan klien yang mengalami penyakit PPOK.

4.2.3 Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang telah didapatkan selama belajar dikampus sehingga mahasiswa mampu mempraktikkan asuhan keperawatan secara optimal dan komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Anas AM, Agustin L, Wahyudi BT. Pengaruh Latihan Batuk Efektif Dan Fisioterapi Dada Terhadap Pengeluaran Sputum Pada Pasien Asma bronkhial. *J Kesehatan dan Fisioter (Jurnal KeFis)* [Internet]. 2024;3(1):118–24. Available
- Alsayed, M. S., Abu-Samak, M., & Alkhatib, M. *Asthma–COPD Overlap in Clinical Practice (ACO_CP 2023): Toward Precision Medicine. Journal of Personalized Medicine*, 13(4), 677. 2023.
- Astriani, N. M. D. Y., Aryawan, K. Y., & Heri, M. (2020). Teknik Clapping Dan Vibrasi Meningkatkan Saturasi Oksigen Pasien PPOK. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(1), 248–256.
- Basri, R., Tahir, M., Naseem, M., Hospital, C., & Maidan, L. Q. (2020). Short-Term Effects Of Chest Physiotherapy In Acute Exacerbation Of Chronic Obstructive. 25(3), 323–327.
- Black, J.M., & Hawks, J.H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Jakarta: Salemba Medika
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2021). *Profil Kesehatan Jawa Barat 2020*. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Dinas Kesehatan Kota Bandung. (2021). *Profil Kesehatan Kota Bandung 2020*. Bandung: Dinas Kesehatan Kota Bandung.
- Direktorat P2PTM Kementerian Kesehatan RI. (2021) *Penyakit Paru Kronik*.
<https://p2ptm.kemkes.go.id/informasi-p2ptm/penyakit-paru-kronik>.
Diakses tanggal 2 Juni 2024
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2020). *Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2–44
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2023). *Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2–44
- Guyton & Hall. (2020). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: ECG.
- Ikawati, Z. (2016). *Penatalaksanaan Terapi Penyakit Sistem Pernafasan (1st ed.)*. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia 2018. Data dan Informasi*.

- Kementrian Kesehatan RI. (2021). Riset Kesehatan Dasar Laporan Provinsi Jawa Barat. Jakarta
- ILeader, D (2020), Positions Used for Postural Drainage. <http://copd.about.com/od/copdtreatment/ig/Postural-Drainage-Positions/> diakses tanggal 12 Mei 2024
- Maidartati. (2020). Pengaruh Fisioterapi Dada Terhadap Bersihan Jalan Nafas Pada Anak Usia 1-5 Tahun Yang Mengalami Gangguan Bersihan Jalan Nafas Di Puskesmas Moch. Ramdhan Bandung. Jurnal Ilmu Keperawatan, 11(1), 4756.
- Muttaqin A. (2018). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik (edition 2). Jakarta: Salemba Medika
- Nurhayati, Dewi dan Dian Main. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn. “A” Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) Di Ruang IGD Rumah Sakit Tk Ii Pelamonia Makassar. Stella Maris Makassar
- Nurmayanti, Waluyo, A., Juma iyah, W., & Azzam, R. (2020). Pengaruh Fisioterapi Dada Dan Batuk Efektif Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Dalam Darah Pada Pasien PPOK. Jurnal Keperawatan Silampari, 3(1), 362–371.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2023). Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia.
- Potter, Patricia A dan Perry, Anne G. (2015). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4 Volume 1. Dialih Bahasakan Oleh Yasmin, Asih. Jakarta: EGC
- Potter, Patricia A dan Perry, Anne G. (2015). Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar Edisi 5. Dialih Bahasakan Oleh Rosidah, Didah dan Ester, Monica. Jakarta: EGC
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2015). Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Volume 2 (6th ed.). Jakarta: EGC.
- Ramli, Ismansyah, & Andrianur, F. (2023). Pengaruh Teknik Clapping Dan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien PPOK Di IGD RSUD dr. H. Soemarmo Sosroatmodjo Tanjung Selor. Aspiration of Health Journal, 01(02), 212–220.
- Riskesdas. (2019). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan. Republik Indonesia.
- Rutting S, et al. *Fixed Airflow Obstruction in Asthma: A Problem of the Whole Lung, Not of Just the Airways*. Front Physiol. 2022.

- Setiawan, A., Purwono, J., & Immawati. (2021). Penerapan Fisioterapi Dada Dan Nebulizer Dalam Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien Ppok. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(1), 6--12.
- Simanjuntak, E., & Serepina, A. (2020). No Title. Perspektif Terkini Terhadap Penyakit Paru Obstruktif Kronis: Review Literatur. *Jurnal Kedokteran Universitas Palangka Raya*, 8, 999–1009.
<https://doi.org/https://10.37304/jkupr.v8i2.203>
- Smeltzer, Suzanne. C. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Dan Suddarth*. Ed 8. Jakarta: EGC
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2015). *Brunner & Suddarth's: Textbook of MedicalSurgical Nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Soeroto, A.Y., dan Suryadinata, H. (2022). Penyakit Paru Obstruktif Kronik. In *J chest Crit and Emerg Med Vol.1 No.2*
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Susanti N. (2020). *Bahan Ajar Epidemiologi Penyakit Tidak Menular* [Internet]. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.2020. Available from: [http://repository.uinsu.ac.id/8753/1/DIKTAT EPTM dr.NOFI SUSANTI%2C M.Kes.pdf](http://repository.uinsu.ac.id/8753/1/DIKTAT_EPTM_dr.NOFI_SUSANTI%2C_M.Kes.pdf)
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta: PPNI.
- Tim Pokja SIKI PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- Tim Pokja SLKI PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- WHO (2017). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. World Health Organization International. <http://www.who.int/respiratory/copd/en/> – Diakses Juli 2025
- WHO. (2021). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. [https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/chronicobstructivepulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/chronicobstructivepulmonary-disease-(copd)). Diakses pada tanggal 19 Juni 2025
- Yulianti, W, Purwono, J., & Utami, I. T. (2021). Penerapan Clapping dan Batuk Efektif terhadap Pengeluaran Sputum pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Kota Metri Tahun 2021. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(3), 429436

LAMPIRAN