

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. I DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN: PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) DI RUANG BOUGENVILE
RUMAH SAKIT GUNTUR GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

NURSIFA
NIM: KHGA22044



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. I DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN : PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) DI RUANG BOUGENVILLE
RS GUNTUR GARUT**

NAMA : NURSIFA

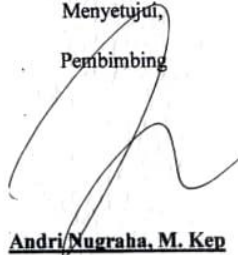
NIM : KHGA22044

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Disetujui Untuk Disidangkan Di
Hadapan Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,
Pembimbing



Andri Nugraha, M. Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. I DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN : PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) DI RUANG
BOUGENVILLE RS GUNTUR GARUT**

NAMA : NURSIFA

NIM : KHGA22044

Garut, Juli 2025

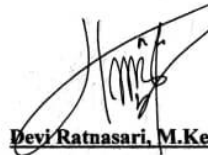
Menyetujui,

Penguji I



Eldessa Vavarilla, M.Kep.

Penguji II



Devi Ratnasari, M.Kep.

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Mengesahkan,

Pembimbing



Andri Nugraha, M. Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. I DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN: PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) DI RUANG BOUGENVILLE RS GUNTUR GARUT

NURSIFA
KHGA22044

IV BAB, 99 Halaman, 8 Tabel, 2 Gambar, 4 Lampiran

Penyakit Paru Obstruktif Kronik merupakan gabungan dari bronkitis kronis dan emfisema paru. Penyakit ini termasuk dalam empat besar Penyakit Tidak Menular (PTM) yang saat ini menjadi penyebab kematian tertinggi ketiga seluruh dunia, dengan angka kematian mencapai 3,23 juta jiwa pada tahun 2019. Manifestasi klinis pada pasien PPOK sering kali menghambat pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia, khususnya dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi. Tujuannya mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan, dimana penulis menyelesaikan masalah keperawatan dengan menggunakan metode deskriptif analitik dengan bentuk studi kasus dengan melakukan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan. Berdasarkan hasil pengkajian menunjukkan bahwa beberapa masalah keperawatan pada pasien seperti Gangguan pertukaran gas, Bersihan jalan nafas tidak efektif, Gangguan pola tidur, Defisit nutrisi lalu setelah dilakukan intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil evaluasi masalah Gangguan pertukaran gas teratasi, bersihan jalan nafas teratasi, gangguan pola tidur teratasi, defisit nutrisi teratasi. Kesimpulan, penulis mampu melaksanakan pengkajian keperawatan sampai evaluasi keperawatan. Saran, diharapkan mahasiswa bisa lebih teliti dan memahami karakter pasien yang dikaji guna mengidentifikasi seluruh permasalahan secara menyeluruh, sehingga memperoleh data yang akurat dan menghasilkan serta hasil Asuhan Keperawatan yang berkualitas.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, PPOK, Gangguan pertukaran gas.

Daftar Pustaka: 24 buah (tahun 2014 s.d 2024).

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, shalawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ini adalah **“Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Pernafasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Bougenville RS Guntur Garut”**. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di Kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan dan bantuan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya kepada:

1. Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah yang telah diberikan kepada penulis.
2. Bapak Dr. H. Hadiat, MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu K Dewi Budiarti, M.Kep. selaku Ketua Progam Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
6. Bapak Andri Nugraha, M.Kep. selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, keikhlasan, tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak Eldessa Vavarilla, M.Kep. selaku penguji 1
8. Ibu Devi Ratnasari, M.Kep. selaku penguji 2
9. Seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini serta mendidik penulis selama tiga tahun di Kampus Stikes Karsa Husada Garut
10. Ibu Ajeng S.Kep.Ners, selaku CI di ruang Bougenville RS Guntur Garut yang telah membantu dan memberikan fasilitas selama praktikum.
11. Tn. I dan keluarga yang telah kerja sama dan memberikan informasi pada saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan sehingga karya tulis ilmiah ini terselesaikan.
12. Bapak Adun dan Ibu Masiitoh selaku orang tua tercinta atas segala doa yang selalu terpanjatkan di setiap sujudnya, atas dukungan, kasih sayang, dan semangat yang tiada henti untuk memperjuangkan masa depan penulis dengan segala jerih payah, pengorbanan dan restu yang telah diberikan menjadi kekuatan utama bagi penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

13. Apt. Riki Rikardo S.Farm. selaku kakak penulis yang ikut memperjuangkan dan memberikan motivasi selama jenjang pendidikan. Juga tak lupa penulis ucapkan terimakasih kepada Ratna Anjani selaku adik penulis yang membantu dan memberikan support dalam penyusunan karya tulis ini.

14. Zaki Muhammad Sidiq S.H selaku *support system* terbaik yang telah memberikan dukungan moril, semangat, serta pengertian dengan penuh cinta dan kasih sayang selama penyusunan karya tulis ilmiah sampai akhir hayat nanti.

15. Sahla Amsila selaku sahabat saya yang selalu memberikan dukungan, semangat dan do'a tanpa henti hingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini.

16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian karya tulis ini.

Dengan demikian penulis menyadari bahwa dalam menyusun karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan pada masa yang akan datang.

Akhir kata penulis ucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Metode Penelitian	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Dasar Penyakit Paru Obstruktif Kronis	9
1. Definisi	9
2. Klasifikasi	10
3. Etiologi	11
4. Patofisiologi	11
5. Pathway.....	13
6. Tanda dan Gejala PPOK.....	14
7. Komplikasi.....	14
8. Pemeriksaan Diagnostik	15
9. Penatalaksanaan.....	17
B. Konsep Asuhan Keperawatan	20
1. Pengkajian	20
2. Diagnosa keperawatan	25
3. Intervensi keperawatan	27
4. Implementasi keperawatan	43
5. Evaluasi keperawatan	44
6. Dampak terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM).....	45
BAB III TINJAUAN KASUS	49
A. Tinjauan Kasus.....	49
1. Pengkajian	49

2. Diagnosa Keperawatan	63
3. Intervensi keperawatan	64
4. Implementasi dan evaluasi	72
5. Catatan perkembangan	78
B. Pembahasan	85
1. Pengkajian	86
2. Diagnosa Keperawatan	87
3. Perencanaan	90
4. Pelaksanaan/Implementasi	93
5. Evaluasi keperawatan	93
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	96
A. Kesimpulan	96
B. Rekomendasi.....	97
DAFTAR PUSTAKA.....	99
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1 (Intervensi keperawatan).....	27
Tabel 2 (Aktivitas sehari-hari)	55
Tabel 3 (Pemeriksaan penunjang)	57
Tabel 4 (Terapi medis).....	59
Tabel 5 (Analisa Data)	59
Tabel 6 (Rencana asuhan keperawatan)	64
Tabel 7 (Implementasi dan Evaluasi asuhan keperawatan)	72
Tabel 8 (Catatan perkembangan).....	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 : Pathway(Astuti, 2018).....	14
Gambar 2 : Penatalaksanaan PPOK (Astuti, 2018).....	17

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 2 Leaflet

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) merupakan suatu kondisi gangguan paru yang ditandai dengan penyempitan aliran udara secara bertahap dan bersifat permanen. Gangguan ini umumnya disebabkan oleh peradangan kronis pada saluran nafas serta jaringan paru-paru akibat paparan jangka panjang terhadap partikel dan gas berbahaya (Sholihah et.al, 2014).

PPOK atau Penyakit Paru Obstruktif Kronis adalah kombinasi antara bronkitis kronis dan emfisema paru (Sugiharti & Sondari, 2016). Bila tidak mendapatkan penanganan yang tepat dan cepat, penyakit ini bisa berdampak serius hingga mengancam nyawa. Gejala umum yang biasanya muncul meliputi sesak nafas, batuk berdahak, dan kelelahan yang berlebihan. Seiring berjalannya waktu, penderita PPOK akan mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan atau menjalani aktivitas sehari-hari (Kemenkes, 2023).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), PPOK merupakan penyebab kematian ketiga tertinggi secara global, dengan mencatat 3,23 juta kematian pada tahun 2019. Sekitar 90% kematian akibat PPOK pada individu berusia dibawah 70 tahun terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMIC) (WHO, 2022).

Berdasarkan data Riset Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, prevalensi PPOK di Indonesia mencapai 3,7% dengan proporsi penderita laki-laki lebih

tinggi dibandingkan perempuan. Di kelompok usia 30 tahun ke atas, tercatat sebanyak 508.330 kasus PPOK, terdiri dari 266.074 kasus pada laki-laki dan 242.256 kasus pada perempuan (Kementrian Kesehatan RI, 2018). Di Indonesia, sebanyak 3,7% penduduk tercatat menderita PPOK. Provinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Nusa Tenggara Timur sebesar 10,0%, disusul oleh Sulawesi Tengah dengan 8,0%, serta Sulawesi Barat dan Sulawesi Selatan yang masing-masing mencatat angka 6,7%. Di wilayah Kalimantan, Kalimantan Selatan menempati posisi tertinggi dengan prevalensi 5,0%, diikuti oleh Kalimantan Tengah 4,3%, Kalimantan Barat 3,5% dan Kalimantan Timur 2,8% (Urip et al, 2022).

Dalam periode Januari 2024 hingga Mei 2025 jumlah kasus PPOK di Rs Guntur Garut maupun di ruangan penyakit dalam berjumlah 155 Jiwa. Penderita PPOK yang tidak segera ditangani dapat mengalami komplikasi seperti gagal napas akut, gagal napas kronis, hingga gagal jantung bagian kanan (Paramasivan, 2017).

Penatalaksanaan PPOK mencakup terapi medikamentosa dan non medikamentosa. Terapi medikamentosa meliputi pemberian bronkodilator, kortikosteroid, mukolitik, dan obat-obatannya lainnya. Sementara itu, terapi non medikamentosa meliputi mengeluarkan sekret dengan cara Batuk Efektif dapat membantu membersihkan sekret dan paru-paru. Fisioterapi dada membantu membersihkan sekret dari paru-paru. Fisioterapi dada membantu melancarkan jalannya pernafasan dan merontokan sekret yang menempel pada saluran pernafasan, dan edukasi mengenai penyakit kepada pasien dan

keluarganya, penghentian kebiasaan merokok, serta menghindari faktor-faktor yang dapat memperburuk PPOK seperti debu, asap rokok, dan polusi udara lainnya. Prinsip utama dalam terapi PPOK adalah menangani keadaan eksaserbasi akut dan mencegah perburukan penyakit PPOK itu sendiri.

Penderita PPOK akan mengalami kebutuhan dasar manusia yang terganggu, termasuk gangguan oksigenasi yang disebabkan oleh gejala batuk berdahak dan sekresi yang mengakibatkan jalan nafas tidak efektif, serta gejala sesak nafas yang akhirnya membuat kebutuhan oksigen tidak terpenuhi secara optimal. Gangguan kebutuhan nutrisi terjadi karena penurunan nafsu makan yang disertai mual dan muntah, yang merupakan efek samping dan medikasi.

Gangguan aktivitas disebabkan oleh penurunan kadar oksigen dalam darah yang mengurangi suplai oksigen ke jaringan, menghambat pembentukan ATP, dan akhirnya menghasilkan energi yang sedikit, menyebabkan penderita PPOK merasa lelah dan lemah. Selain itu, gangguan kebutuhan istirahat dan tidur pada penderita PPOK disebabkan oleh penurunan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal seperti kelembaban dan suhu lingkungan, gangguan dari lingkungan yang terlalu ramai atau terlalu sepi, kurangnya kontrol tidur, kurangnya privasi, serta batuk aktif yang mengganggu waktu istirahat dan tidur.

Untuk menghindari masalah ini, peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang menyeluruh sangat diperlukan agar masalah pada

penderita PPOK dapat dicegah dan dihindari. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus terkait asuhan keperawatan pada pasien PPOK di Rumah Sakit Guntur Garut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

- a. Memperoleh pengalaman yang lebih nyata dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada Tn. I dengan gangguan sistem pernafasan
- b. Mampu memberikan asuhan keperawatan secara langsung dan nyata meliputi aspek bio, psiko, sosial dan spiritual pada Tn. I dengan pendekatan proses keperawatan

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulis karya tulis ilmiah yaitu sebagai berikut :

- a. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif yang dilakukan dengan cara pengumpulan data dan menetapkan masalah berdasarkan prioritas masalah kasus pada Tn. I dengan gangguan sisten pernafasan : Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Bougenville RS Guntur Garut
- b. Mampu merumuskan berbagai diagnosa keperawatan yang tepat berdasarkan proses pengkajian yang ditentukan pada kasus Tn. I dengan gangguan sistem pernafasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Bougenville RS Gutur Garut

- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan yang tepat terhadap masalah yang timbul pada Tn. I dengan gangguan sistem pernafasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Bougenville RS Guntur Garut
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang telah ditentukan pada kasus Tn. I dengan gangguan sistem pernafasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di ruang Bougenville RS Guntur Garut
- e. Mampu mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang telah ditentukan pada kasus Tn. I dengan gangguan sistem pernafasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Bougenville RS Guntur Garut

C. Metode Penelitian

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif analitik dengan bentuk studi kasus melalui pendekatan empat tahapan proses keperawatan, sedangkan teknik yang digunakan dalam pengumpulan data adalah:

1. Wawancara

Merupakan pengumpulan data dengan menanyakan secara langsung dan terarah yang meliputi *auto anamnesa* dimana data didapatkan secara langsung dari pasien dan *allo anamnesa* dimana data didapatkan dari keluarga pasien

2. Observasi

Merupakan pengumpulan data yang melihat secara langsung melalui pengamatan perilaku dan keadaan klien

3. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan melalui tahapan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi secara *head to toe*

4. Studi Dokumentasi

Merupakan pengumpulan data dengan melihat dari status pasien, catatan keperawatan serta catatan kesehatan lainnya untuk dijadikan salah satu dasar dalam melakukan asuhan keperawatan.

5. Partisipasi Aktif

Penulis secara langsung melakukan Asuhan Keperawatan padan Tn. I dengan menggunakan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ini merupakan uraian pembuatan studi kasus yang dibuat oleh penulis yang terdiri dari penulisan karya tulis ilmiah meliputi:

BAB I terdiri dari pendahuluan yang berisi tentang latar belakang, tujuan penulisan, metode penelitian dan sistematika penulisan.

BAB II terdiri dari tinjauan teori yang menjelaskan tentang konsep dasar penyakit yang terdiri dari definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, pemeriksaan diagnostik, komplikasi. BAB

ini juga menguraikan tentang konsep dasar asuhan keperawatan pada klien PPOK yang meliputi: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB III terdiri dari tinjauan kasus dan pembahasan, dalam tinjauan kasus ini berisi tentang bagaimana asuhan keperawatan yang telah dilakukan dengan beberapa cara yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan catatan perkembangan.

BAB IV yaitu penutupan yang berisi tentang kesimpulan dan rekomendasi dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Paru Obstruktif Kronis

1. Definisi

Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) atau (COPD) adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh keterbatasan aliran udara akibat saluran udara yang abnormal atau kerusakan pada alveoli. Kerusakan ini terjadi karena paparan partikel atau gas berbahaya dalam jangka waktu yang signifikan, serta dipengaruhi oleh kelainan pada paru-paru itu sendiri (Halpin et.al 2019).

Bronkitis kronis dan emfisema adalah dua penyakit paru yang dapat terjadi secara bersamaan dan dikenal sebagai PPOK/COPD. Kombinasi asma kronis dengan emfisema atau bronchitis juga dikenal sebagai PPOK (Hurst, 2016). PPOK dibedakan berdasarkan gejala pernapasan seperti batuk berdahak, sesak nafas selama aktivitas, atau infeksi saluran pernafasan yang berkepanjangan lebih dari 2 minggu (Rachmawati & Sulistyanngsih, 2020).

PPOK juga berkaitan dengan peradangan kronis, yang ditandai dengan peningkatan jumlah leukosit (sel darah putih) (makrofag, neutrofil dan limfosit) pada pemeriksaan laboratorium paru-paru. Patogen merangsang respons imun, sehingga meningkatkan jumlah sel darah putih serta mengaktifkan saluran nafas dan sekresi lendir. System imun adaptif kemudian meningkatkan jumlah limfosit T dan B

yang dapat memperburuk peradangan (Rachmawati & Sulistyaningsih).

2. Klasifikasi

PPOK terdiri dari bronchitis kronik dan emfisema, atau gabungan keduanya. Tanda dan gejala bronchitis kronis ditandai dengan batuk berdahak kronis selama minimal 3 bulan dalam setahun, setidaknya selama dua tahun berturut-turut, dan tidak disebabkan oleh penyakit lainnya. Sedangkan emfisema adalah kelainan anatomis paru yang ditandai dengan pelebaran rongga udara distal bronkiolus terminal, disertai kerusakan dinding alveoli.

Beberapa penyakit infeksi sebelumnya dapat bermanifestasi menjadi PPOK (Ridho, 2017).

a. Emfisema

Emfisema adalah penyakit yang ditandai dengan pelebaran abnormal ruang-ruang udara di paru-paru, yang bisa disertai atau tidak disertai dengan kerusakan dindingnya. Jika pelebaran ruang-ruang udara tidak disertai kerusakan, kondisi ini biasanya disebut overinflasi atau hiperinflasi.

b. Bronkitis

Bronchitis kronis adalah penyakit yang ditandai dengan batuk produktif yang persisten setidaknya selama tiga bulan berturut-turut dalam periode minimal dua tahun. Ciri-ciri yang jelas dari penyakit ini adalah hipersekresi mukus.

3. Etiologi

Beberapa factor dapat memicu terjadinya PPOK, antara lain :

a. Merokok

Merokok salah satu penyebab utama PPOK, sekitar 80-90% kasus PPOK disebabkan oleh merokok, dan 15-20% perokok mengalami kondisi ini (Astuti, 2018). Merokok dapat menyebabkan peradangan kronis paru, peradangan yang berkelanjutan akan merusak jaringan pendukung paru-paru termasuk saluran udara dan hilangnya elastisitas menyebabkan efisiensi ventilasi yang menurun (Etanol et.al, 2018).

b. Pekerjaan

Pekerjaan dapat beresiko pada PPOK karena terpapar oleh debu konstruksi, menurut American Thoracic Society, 14% PPOK pada populasi umum disebabkan oleh paparan udara di tempat kerja.

c. Polusi udara

Polusi udara hasil dari asap kendaraan, asap dapur, asap pabrik, beserta sumber asap lainnya juga dapat memicu terjadinya PPOK yang menyebabkan disfungsi paru (Astuti, 2018).

4. Patofisiologi

PPOK ditandai dengan peradangan kronis pada paru-paru, yang mencakup kelainan fisiologis pada saluran pernafasan bagian:

a. Proksimal

b. Perifer

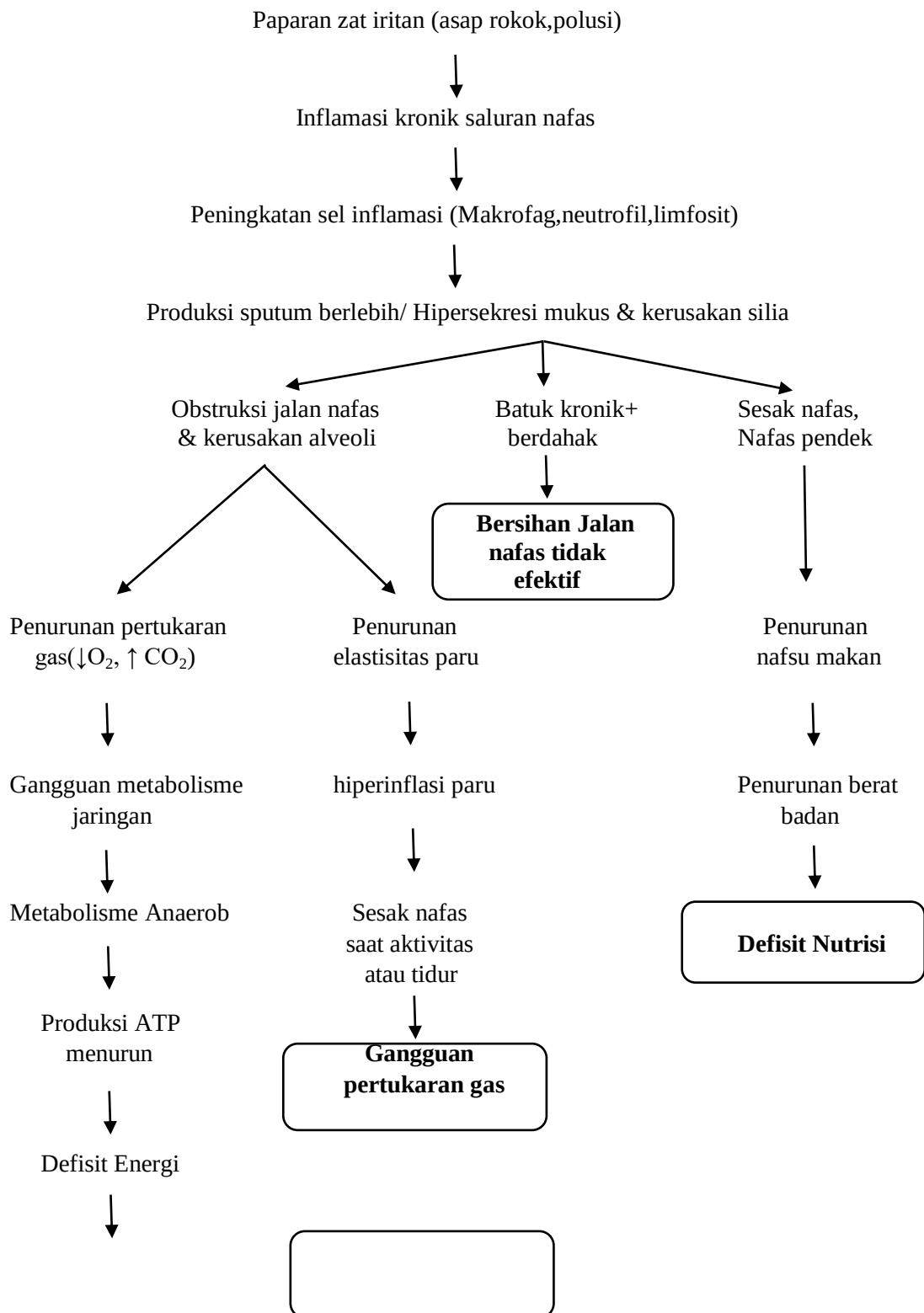
- c. Parenkim
- d. Pembuluh darah paru-paru

PPOK disebabkan oleh bronchitis dan emfisema. Bronchitis kronis dapat terjadi akibat iritasi fisik atau kimiawi, seperti asap rokok dan polusi udara. Dalam kondisi normal, silia dan lendir pada bronkus bertahan terhadap zat-zat iritan yang berkelanjutan dapat menyebabkan reaksi berlebihan dari mekanisme pertahanan ini. Dengan produksi lendir yang berlebihan dan gangguan pada fungsi silia, pasien akan mengalami infeksi berulang. Peradangan kronis menghasilkan fibrosis pada bronkus dan bronkiolus, yang mengakibatkan penurunan fungsi paru yang signifikan. Infeksi berulang yang ditandai dengan perubahan volume, warna, dan kekentalan sputum (Etanol et al., 2018).

Menghirup udara yang terkontaminasi dapat menyebabkan peradangan pada paru-paru. Peradangan ini menarik neutrofil dan makrofag yang melepaskan enzim seperti elastase dan kolagenase ke area yang meradang. Secara umum, alpha-1 antitrypsin biasanya menghambat aktivitas enzim proteolitik, tetapi dalam kasus defisiensi, enzim ini tidak terkendali dan merusak alveoli menyebabkan emfisema. Emfisema adalah perubahan pada parenkim paru yang ditandai dengan kerusakan dinding alveolar dan ekspansi abnormal saluran alveolar. Emfisema yang melibatkan acinus, yaitu wilayah paru-paru yang bertanggungjawab atas pertukaran gas, disebut

emfisema sentrilobular, yang paling sering dikaitkan dengan PPOK (Astuti, 2018).

5. Pathway



Lelah, Lemah → **Gangguan Pola tidur**

Gambar 1: Pathway(Astuti, 2018)

6. Tanda dan Gejala PPOK

Gejala PPOK ditandai dengan gejala seperti sesak napas, batuk kronis, dan produksi sputum. Salah satu tanda yang sering muncul adalah sesak nafas/dyspnea pada pasien PPOK. Kondisi ini dapat menyebabkan gagal nafas, yang ditandai dengan perubahan warna bibir menjadi biru akibat kekurangan oksigen dalam darah. Kelebihan kadar karbon dioksida dalam darah dapat menyebabkan sakit kepala atau kantuk (Etanol et al.,2018).

Berikut adalah tanda-tanda peringatan dan gejala PPOK (Astuti, 2018).

- a. Batuk kronis
- b. Sesak nafas (Dyspnea)
- c. Kelemahan badan
- d. Produksi sputum
- e. Adanya suara nafas tambahan

7. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi akibat dari PPOK adalah sebagai berikut (Astuti, 2018)

- a. Gagal Jantung

Gagal jantung terjadi apabila jantung tidak dapat berfungsi dengan baik untuk memompa darah, yang bisa terjadi pada penderita penyakit paru dengan dyspnea berat.

b. Hipoksemia

Hipoksemia merupakan kondisi dimana kadar PaO_2 menurun hingga kurang dari 55 mmHg dengan saturasi oksigen dibawah 85%

c. Asidosis Respiratorik.

Kondisi ini berkembang akibat penumpukan karbon dioksida yang berlebihan dalam tubuh, biasanya ditandai dengan sakit kepala, pusing dan lesu.

d. Infeksi Pernafasan

Produksi mucus yang berlebih dapat menyebabkan infeksi pada saluran pernafasan

8. Pemeriksaan Diagnostik

Berikut ini adalah beberapa contoh pemeriksaan diagnostic yang mungkin dilakukan ntuk mendukung diagnosis PPOK (Paramitha, 2020):

- a. Chest X-ray, atau foto thorax, digunakan untuk menilai kondisi paru-paru, jantung, dan rongga dada. Pemeriksaan ini dapat menunjukkan hiperinflasi paru-paru, diafragma yang mendatar, peningkatan pola bronkovaskuler (seperti pada bronchitis), dan penurunan tanda vaskuler (seperti emfisema).

b. Darah rutin

pemeriksaan darah rutin dapat digunakan untuk mengukur kadar hemoglobin, eritrosit, dan leukosit dalam darah.

c. Uji faal paru

Tes fungsi paru berbasis spirometry sangat berguna untuk diagnosis dan pemantauan perkembangan penyakit. Spirometry mengukur kapasitas vital paksa (FVC) dan volume ekspirasi paksa dalam satu detik (FEV1). Pemeriksaan ini membantu mengidentifikasi kondisi obstruktif pernafasan dengan menghitung rasio FEV1/FVC. Pengurangan nilai FEV1 dan FVC dibawah 70% menandakan adanya keterbatasan aliran udara yang tidak dapat dibalik, yang merupakan ciri khas PPOK. Tes ini dapat dilakukan ketika kondisi PPOK pasien stabil.

Berikut adalah klasifikasi PPOK berdasarkan hasil spirometry:

1) Stadium 1 (ringan)

- a) Rasio FEV1/FVC < 70%
- b) Nilai FEV1 > 80% dari nilai prediksi

2) Stadium 2 (sedang)

- a) Rasio FEV1 /FVC < 70%
- b) Nilai FEV1 antara 50-80% dari nilai prediksi

3) Stadium 3 (berat)

- a) Rasio FEV1/FVC < 70%

b) Nilai FEV1 antara 30-50% dari nilai prediksi

4) Stadium 4 (sangat berat)

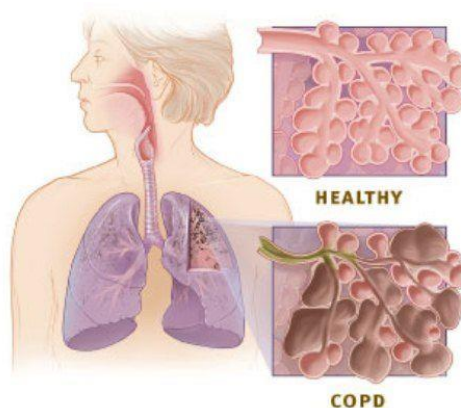
a) Rasio FEV1 /FVC < 70%

b) Nilai FEV1 kurang dari 30% dari nilai prediksi atau disertai dengan kegagalan respiratori kronik

d. Elektrokardiogram (EKG)

Elektrokardiogram (EKG) berfungsi untuk memantau dan mendokumentasikan aktivitas listrik jantung, seperti cor pulmonale dan hipertrofi ventrikel kanan, yang dapat terjadi sebagai akibat dari penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).

9. Penatalaksanaan



Gambar 2 Penatalaksanaan PPOK (Astuti, 2018)

Penatalaksanaan PPOK mempunyai tujuan untuk mengurangi gejala penyakit, antisipasi progresivitas, meningkatkan kondisi fisik, dan mencegah komplikasi seperti hipoksemia dan infeksi pernafasan.

Berikut adalah beberapa langkah penatalaksanaan yang dapat dilakukan (Astuti, 2018)

a. Mengeluarkan sekret

Batuk efektif dapat membantu membersihkan sekret pada paru-paru. Batuk efektif dilakukan dengan cara tegak duduk, lalu menarik nafas dalam sebanyak tiga kali, setelah itu hembuskan nafas dan batuk pada ekspirasi ketiga.

b. Fisioterapi dada

Fisioterapi dada membantu melancarkan jalannya pernafasan dan merontokan sekret yang menempel pada saluran pernafasan

c. Bronkodilator

Bronkodilator bekerja untuk membantu memperluas jalan nafas dan mengurangi hambatan. Beberapa jenis bronkodilator yang digunakan untuk PPOK antara lain :

1) Golongan Beta-2 Agonis :

Obat ini digunakan dalam bentuk inhaler untuk mengurangi sesak nafas.

2) Golongan Antikolinergik

Obat ini digunakan untuk mengurangi sekresi lendir dan membantu pada kondisi sedang hingga berat.

3) Meningkatkan Kesehatan Umum

Penderita PPOK dapat meningkatkan kesehatan dengan berolahraga, yang bertujuan untuk meningkatkan toleransi tubuh terhadap aktivitas, mengurangi gejala, dan meningkatkan kualitas hidup.

10. Dampak Penyakit Paru Obstruktif Kronik terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) merupakan gangguan kronis pada sistem pernafasan yang menyebabkan penyempitan saluran nafas secara bertahap, sehingga berdampak luas terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Salah satu kebutuhan utama yang terganggu adalah bernafas secara normal. Gejala seperti sesak nafas, batuk yang menetap, dan produksi lendir berlebih menyebabkan penderita kesulitan melakukan aktivitas harian karena mudah lelah (Kementrian Kesehatan RI, 2020). Selain itu, kesulitan bernafas yang sering memburuk di malam hari juga mengganggu kualitas tidur penderita. Gangguan pernafasan ini turut mempengaruhi nafsu makan dan kemampuan makan, sehingga meningkatkan risiko kekurangan gizi (GOLD, 2023).

Penderita PPOK juga mengalami keterbatasan dalam bergerak, berpakaian, serta melakukan perawatan diri akibat menurunnya kemampuan fisik. Bahkan, aktivitas sederhana seperti kamar mandi pun bisa menjadi tantangan jika pasien mengalami kelelahan berat. Keterbatasan ini berdampak pada kemampuan bekerja dan

bersosialisasi, yang dapat menyebabkan isolasi sosial dan menurunnya produktivitas. Selain fisik, dampak psikologis seperti stres, kecemasan, dan perasaan tidak berdaya pun sering dialami, menghambat pemenuhan kebutuhan emosional dan aktualisasi diri. Secara keseluruhan, PPOK tidak hanya menyerang fungsi paru-paru, tetapi juga memengaruhi berbagai aspek kehidupan pasien secara menyeluruh (Smeltzer & Bare, 2010: GOLD, 2023).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan, dimana dilakukan pengumpulan data pasien. Perawat mengumpulkan berbagai data yang diperlukan melalui wawancara, observasi, ataupun hasil pemeriksaan laboratorium. Tahap pengkajian ini sangat penting untuk menentukan diagnosis keperawatan, melaksanakan implementasi keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan.

Pengkajian pada pasien PPOK:

a. Pengkajian

1) Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medis, dan nomor cm/registrasi.

2) Keluhan Utama

Biasanya pada penderita PPOK seringkali mengeluhkan sesak nafas dan batuk disertai sputum.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya pada penderita PPOK seringkali mengeluhkan sesak nafas, kelemahan fisik, dan batuk disertai sputum.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya pada penderita PPOK terdapat riwayat paparan gas berbahaya seperti merokok, polusi udara, gas hasil pembakaran, serta memiliki riwayat penyakit seperti asma.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya terdapat anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit asma atau riwayat alergi, yang merupakan salah satu faktor penyebab PPOK.

6) Pola fungsi keluarga

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya pada penderita PPOK terjadi perubahan dalam persepsi dan tata laksana hidup sehat akibat kurangnya pengetahuan tentang PPOK.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien PPOK umumnya mengalami penurunan nafsu makan.

c) Pola eliminasi

Pasien PPOK biasanya tidak ada keluhan atau gangguan pola eliminasi.

d) Pola istirahat dan tidur

Pasien PPOK biasanya tidur sering terganggu karena sesak nafas.

e) Pola aktivitas dan latihan

Pasien PPOK biasanya mengalami penurunan toleransi terhadap aktivitas yang melibatkan mengangkat lengan setinggi thoraks dapat menyebabkan distress pernafasan.

f) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien PPOK umumnya merasa cemas dan takut dengan kondisi mereka.

g) Pola sensori kognitif

Pasien PPOK biasanya tidak ditemukan gangguan pada sensori kognitif.

h) Pola hubungan peran

Pada pasien PPOK biasanya terjadi perubahan dalam hubungan intrapersonal maupun interpersonal.

i) Pola penanggulangan stress

Pada pasien PPOK, proses penyakit membuat pasien merasa tidak berdaya sehingga mereka kesulitan menggunakan mekanisme koping yang adaptif.

j) Pola reproduksi seksual

Pola reproduksi seksual pada pasien ini biasanya mengalami perubahan.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan

Perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh biasanya mempengaruhi pola ibadah pasien.

7) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital:

Observasi tanda vital pada pasien dengan PPOK biasanya menunjukkan peningkatan suhu tubuh yang signifikan, frekuensi nafas yang meningkat disertai sesak nafas, denyut nadi yang meningkat seiring dengan peningkatan suhu tubuh, dan tekanan darah yang menunjukkan terjadinya tekanan darah tinggi sebagai penyakit penyerta (Rahmaniar, 2018).

Pemeriksaan Head to Toe

a) Kepala

Pada pemeriksaan kepala observasi kebersihan kepala, warna rambut, kesimetrisan, adanya lesi atau tidak, benjolan, atau nyeri tekan pada kepala

b) Wajah

Pada pasien dengan PPOK biasanya wajah tampak pucat.

c) Hidung

Diperiksa apakah ada pernafasan cubing hidung atau tidak, kesimetrisan lubang lubang hidung, adanya kotoran atau tidak

d) Mulut dan bibir

Pada pasien PPOK, biasanya ditemukan membran mukosa sianosis karena kekurangan oksigen

e) Thoraks

Menurut Brandon D. Brown (2022), pemeriksaan fisik pada thoraks meliputi :

Pada inspeksi observasi abnormalitas dinding dada yang biasanya terjadi pada pasien PPOK, frekuensi nafas yang biasanya lebih dari 20x/menit dan pernafasan dangkal. Pada Auskultasi terdengar bising usus yang normal 12x/menit. Pada Palpasi tidak ditemukan pembesaran abnormalitas atau nyeri tekan pada abdomen. Pada Perkusi biasanya terdengar bunyi hipersonor

8) Pemeriksaan Diagnostik

a) Pengukuran fungsi paru

b) AGD

c) Pemeriksaan laboratorium

- d) Pemeriksaan sputum
- e) Pemeriksaan radiologi

2. Diagnosa keperawatan

Berikut adalah diagnosis keperawatan pada pasien PPOK berdasarkan SDKI DPP PPNI, 2017:

- a) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan dengan ventilasi perfusi d.d pola nafas abnormal pernafasan melalui cuping hidung dan kesadaran yang menurun
- b) Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas d.d batuk tidak efektif, ketidakmampuan batuk, sputum berlebihan dan adanya ronchi kering.
- c) Pola nafas tidak efektif b.d hambatan dalam upaya nafas d.d pola nafas yang abnormal, penggunaan otot bantu pernafasan, dan efek ekspirasi yang memanjang
- d) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan, d.d perubahan tekanan darah lebih dari 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukan aritmia saat atau setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukan iskemia dan sianosis
- e) Gangguan pola tidur b.d kurangnya kontrol tidur, d.d sulit tidur, sering terjaga, tidak puas dengan tidur, perubahan pola tidur, dan istirahat yang tidak cukup
- f) Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d ketidakmampuan untuk mandi, mengenakan pakaian, makanan menggunakan toilet, atau

berhias secara mandiri. Serta kurangnya minat untuk melakukan perawatan diri.

- g) Defisit b.d ketidakseimbangan dalam menelan makanan d.d nafsu makan yang menurun

3. Intervensi keperawatan

Rencana keperawatan adalah kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran (keluarga) untuk dilaksanakan sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan (Nadirawati, 2018).

Tabel 1 (Intervensi keperawatan)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan antara ventilasi dan perfusi d.d pola nafas yang tidak normal, pernafasan dengan cuping hidung, dan penurunan	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka pertukaran gas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Sesak nafas menurun 2. Wheezing menurun 3. Takikardi menurun 4. PCO ₂ Membaik	Terapi oksigen (I.1026) Observasi 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup	Obeservasi 1) Untuk mengetahui kecepatan aliran oksigen 2) Untuk mengetahui ketepatan posisi oksigen 3) Untuk menjaga oksigenasi tetap adekuat dan mencegah terjadinya hipoksemia 4) Untuk mengetahui efektivitas terapi oksigen

	kesadaran	5. PO ₂ membaik 6. PH arteri membaik	4. Monitor efektivitas terapi oksigen (mis. oksimetri, AGD) 5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan 6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi 7. Monitor tandda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektaris 8. Monitor integeritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen Terapeutik 1) Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea jika perlu 2) Pertahankan kepatenan	5) Untuk memastikan pasien tetap mendapatkan oksigenasi yang adekuat selama aktivitas makan 6) Untuk mengetahui tanda-tanda hipoventilasi 7) Untuk mengetahui tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektaris 8) Untuk mengetahui integritas mukosa hidung Terapeutik 1) Untuk menjaga kebersihan jalan nafas 2) Untuk memastikan aliran udara masuk dan keluar paru-paru tetap lancar sehingga proses ventilasi dan oksigenasi tubuh
--	-----------	--	--	---

			jalan nafas 3) Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 4) Berikan oksigen tambahan jika perlu 5) Tetap berikan oksigen saat pasien ditransfortsi 6) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien Edukasi 1) Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah Kolaborasi	berjalan optimal 3) Untuk mengatur pemberian oksigen 4) Untuk membantu jalan nafas pasien 5) Untuk mempertahankan pola nafas pasien 6) Untuk menyesuaikan dengan kebutuhan pasien Edukasi 1) Agar pasien dan keluarga tahu dan paham cara menggunakan oksigen di rumah Kolaborasi 1) Untuk menentukan oksigen yang dibutuhkan pasien 2) Untuk menjaga pola nafas pasien.
--	--	--	--	--

			1) Kolaborasi penentuan dosis oksigen 2) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur	
2	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas d.d batuk tidak efektif, tiak mampu batuk, sputum berlebihan, ronchi kering	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka berihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil : 1) Batuk efektif meningkat 2) Produksi sputum menurun 3) Mengi menurun 4) Wheezing menurun	Manajemen jalan nafas (I. 01011) Observasi 1) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman usaha nafas) 2) Monitor bunyi nafas tambahan (Mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik	Observasi 1) Untuk mengetahui apakah ada gangguan pola nafas 2) Untuk mengetahui apakah terdapat bunyi nafas tambahan 3) Untuk mengetahui apakah terdapat warna pada sputum Terapeutik 1) Untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas 2) Agar pasien tidak terlalu merasakan sesak sesak yang dialami

			1) Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift (jawtrust jika curiga trauma fraktur servikal) 2) Posisikan semi fowler 3) Berikan minum air hangat 4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan	3) Untuk memperlancar pernafasan 4) Untuk mempermudah pengeluaran sputum 5) Dapat membantu membersihkan jalan nafas 6) Untuk mencegah terjadinya hipoksemia 7) Untuk membebaskan jalan nafas 8) Untuk mengurangi sesak Edukasi 1) Untuk memastikan tubuh tetap terhidrasi 2) Untuk membantu mengeluarkan dahak dari saluran pernafasan Kolaborasi 1) Untuk memudahkan
--	--	--	--	---

			forsep Mc Gill 8) Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak ada kontra indikasi 2) Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	pengeluaran lendir
3	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas d.d pola nafas abnormal,	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka pola nafas membaik dengan kriteria hasil :	Pemantauan respirasi (I.01014) Observasi 1) Monitor frekuensi, irama kedalaman dan	Observasi 1) Untuk mengetahui dan memantau status pernapasan pasien 2) Untuk mendeteksi adanya

	penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang	1) Dyspnea menurun 2) Penggunaan otot bantu nafas menurun 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4) Frekuensi nafas membaik 5) Kedalaman nafas membaik	upaya nafas 2) Monitor pola nafas 3) Monitor kemampuan batuk efektif 4) Monitor adanya produksi sputum 5) monitor adanya sumbatan jalan nafas 6) palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7) auskultasi bunyi nafas 8) monitor saturasi oksigen 9) monitor nilai AGD 10) monitor hasil X-ray thoraks Terapeutik 1) Atur interval pemantauan respirasi	masalah yang mungkin terjadi 3) Untuk menilai efektivitas metode batuk 4) Untuk mendeteksi adanya dahak/lendir 5) Untuk memastikan jalan nafas tetap terbuka 6) Untuk mengetahui apakah adanya ketidakseimbangan 7) Untuk mengetahui bunyi nafas 8) Untuk mengetahui bunyi nafas 9) Untuk memantau status oksigen dan karbondioksida dalam darah 10) Untuk mengetahui hasil xray thoraks
--	---	---	--	--

			sesuai kondisi pasien 2) Dokumentasikan hasil pemantauan jika perlu Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu	Terapeutik 1) Untuk menyesuaikan kondisi pasien 2) Agar lebih akurat Edukasi 1) Agar pasien paham tujuan dan prosedur pemantauan 2) Agar pasien dan keluarga tahu hasil pemantauan
4	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d dyspnea saat setelah aktivitas	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Saturasi oksigen meningkat	Managemen energi (I. 05178) Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan fisik dan emosional 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional	Observasi 1) Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Untuk mengidentifikasi masalah 3) Untuk mengetahui pola/jam tidur 4) Untuk memastikan lokasi dan kenyamanan selama

		3) Aktivitas sehari-hari meningkat 4) Jarak berjalan meningkat 5) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 6) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 7) Intoleransi dalam memakai tangga meningkat 8) Keluhan lelah men Intervansi keperawatan 9) Rencana keperawatan adalah kumpulan tindakan	3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak	aktivitas pasien Terapeutik 1) Untuk memberikan kenyamanan kepada pasien 2) Untuk menjaga atau meningkatkan kemampuan gerak sendi 3) Untuk memberikan ketenangan kepada pasien 4) Untuk membantu meningkatkan kenyamanan pada pasien Edukasi 1) Untuk meminimalkan aktivitas tubuh 2) Untuk meningkatkan toleransi dan kemampuan fisik 3) Untuk antisipasi
--	--	--	--	--

		yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran (keluarga) untuk dilaksanakan sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan (Nadirawati, 2018).	dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1) Anjurkan tirah baring 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	4) Untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1) Untuk memastikan kebutuhan nutrisi terpenuhi
--	--	--	---	---

5	Gangguan pola tidur b.d kurang tidur d.d mengeluh sulit tidur	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan gangguan pola tidur dapat berkurang, dengan kriteria hasil : 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan tidak puas tidur menurun 3) Keluhan pola tidur berubah menurun 4) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 5) Kemampuan beraktivitas meningkat	Dukungan Tidur 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, dll) 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, dll) 2) Batasi waktu tidur	Observasi 1) untuk mengetahui pola aktivitas pasien terkait waktu tidur 2) untuk mengetahui penyebab pengganggu tidur 3) untuk mengetahui penyebab pengganggu tidur 4) untuk mengetahui apakah pasien mengkonsumsi obat Terapeutik 1) Untuk memberikan kenyamanan pada pasien 2) Untuk memberikan kenyamanan pada pasien 3) Untuk pasien lebih rileks 4) Agar tidur pasien terjadwal 5) Agar pasien merasa lebih nyaman
---	---	--	--	--

			3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4) Tetapkan jadwal tidur rutin 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure) 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama	6) Agar lebih terjadwal dalam pemberian obat untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1) Agar pasien mengetahui pentingnya tidur 2) Agar kebiasaan tidur terjadwal 3) Untuk membantu mengatasi masalah sulit tidur 4) Untuk membantu memperbaiki pola tidur 5) Agar mengetahui faktor pengganggu tidur 6) Untuk membantu pasien lebih rileks
--	--	--	---	---

			sakit 2) Anjurkan menepati kebiasaan tidur siang/malam 3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur 5) Ajarkan faktor yang berkontribusi terhadap gangguan tidur 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lain	
6	Defisit nutrisi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama	Manajemen nutrisi (I. 03119)	Observasi 1) Dapat mengetahui status

		3x24 jam, maka diharapkan resiko perubahan nutrisi dapat berkurang dengan kriteria hasil : 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2) BB ideal sesuai dengan TB 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5) Menunjukkan peningkatan fungsi 6) Pengecap dan menelan tidak terjadi	Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang NGT 6) Monitor asupan makanan 7) Monitor BB 8) Monitor hasil laboratorium Terapeutik 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika	nutrisi klien 2) Untuk mengetahui adanya alergi atau tidak 3) Untuk meningkatkan selera makan pasien 4) Untuk mengetahui keseimbangan kalori dan nutrisi pasien 5) Untuk mengetahui apakah pasien perlu penggunaan selang NGT atau tidak 6) Untuk mengetahui asupan makan pasien 7) Untuk mengetahui adanya peningkatan atau penurunan BB 8) Untuk mengetahui hasil pemeriksaan Terapeutik
--	--	--	--	---

		penurunan BB	perlu 2) Fasilitasi menentukan pedoman (mis. piramida makanan) 3) Sajikan makanan tinggi serat 4) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 5) Berikan suplemen makanan 6) Hentikan pemberian makan melalui selang NGT jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 1) Ajarkan posisi duduk 2) Ajarkan diet yang diprogramkan	1) Untuk menjaga kebersihan klien 2) Untuk mengetahui pedoman piramida maknan pasien 3) Untuk mencegah konstipasi 4) Untuk memenuhi kebutuhan energi dan protein didalam tubuh 5) Karena selang NGT bertujuan untuk membantu pasien yang kesulitan makan atau minum seacara normal Edukasi 1) Untuk kesehatan tulang belakang 2) Untuk memenuhi kebutuhan individu berdasarkan tujuan kesehatan dan kondisi tubuh pasien
--	--	---------------------	--	---

4. Implementasi keperawatan

Menurut Safitri, 2019, dalam pelaksanaan tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu sebagai berikut:

a. Independent implementation

Independent implementation merupakan tindakan yang dilakukan dan inisiasi oleh perawat dalam mengatasi masalah pasien selama perawatan, dilakukan secara mandiri. Contohnya, pada pasien PPOK adalah fisioterapi dada dan pemberian posisi semi fowler.

b. Interdependen/Collaborative implementation

Interdependen/Collaborative implementation merupakan tindakan yang dilakukan atas dasar kerja sama antara perawat dengan tenaga kesehatan lainnya seperti, dokter. Tindakan ini dilakukan melalui diskusi yang berfokus pada kesembuhan pasien. Contohnya, pada pasien PPOK dilakukan kolaborasi pemberian asuhan gizi dengan ahli gizi.

c. Dependent implementation

Dependent implementation dilakukan oleh perawat berdasarkan rujukan dari tenaga kesehatan lain, seperti psikolog, dokter, ahli gizi, atau fisioterapis. Contohnya, pada pasien PPOK pemberian bronkodilator yang diresepkan oleh dokter.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses menilai perubahan kondisi pasien dengan membandingkannya antara tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan selama tahap perencanaan. Penilaian bertujuan untuk menentukan tingkat keberhasilan tindakan yang diberikan pada pasien (Saroh, 2019). Langkah terakhir dalam proses keperawatan ini melibatkan membandingkan hasil tindakan keperawatan dengan norma atau kriteria tujuan yang telah ditetapkan, menilai tercapai atau tidaknya tujuan rencana asuhan keperawatan, keefektifan intervensi atau strategi keperawatan, dan kemajuan pasien terhadap masalah kesehatannya (Jaya et al, 2019).

Evaluasi keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif). Evaluasi formatif dilakukan setiap kali perawat menyelesaikan tindakan, sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah seluruh tindakan selesai. Menurut Suprajitno dan Ryandini (2018), tahap evaluasi dibagi menjadi empat tahap, yaitu SOAP.

a. S (Data Subjektif)

Data subjektif diperoleh dari anamnesis untuk mendapatkan keluhan pasien saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, dan riwayat kesehatan keluarga. Pada pasien PPOK, data subjektif dapat berupa keluhan pasien mengenai perubahan gejala, seperti berkurangnya sesak nafas.

b. O (Data Objektif)

Hasil pemeriksaan fisik, termasuk tanda-tanda vital, skala nyeri, dan hasil pemeriksaan penunjang dianggap sebagai data Objektif. Pada pasien PPOK, data objektif meliputi tekanan darah, frekuensi pernafasan, denyut nadi, saturasi oksigen, dan penggunaan otot bantu nafas.

c. A (Assesment)

Membandingkan data subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil untuk menentukan apakah masalah terselesaikan, masalah terselesaikan sebagian, tidak terselesaikan, atau muncul masalah baru.

d. P (Planning)

Evaluasi pada perencanaan merupakan tahap akhir dari evaluasi, dimana akan dinilai keberhasilan perawatan yang diberikan pada pasien, serta akan ditentukan apakah perawatan yang diberikan pada pasien, serta akan ditentukan apakah perawatan akan dilanjutkan, dihentikan, ditambahkan, atau dimodifikasi.

6. Dampak terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)

Kebutuhan Dasar Manusia meliputi elemen-elemen penting yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis, yang pada akhirnya bertujuan untuk menjaga kehidupan dan kesehatan. Menurut teori hierarki kebutuhan Abraham Maslow,

setiap individu memiliki lima kebutuhan dasar yaitu fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Alimul, 2014)

a. Konsep Dasar Manusia

Teori Hierarki

Kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow, dijelaskan lebih lanjut oleh Potter dan Perry, dapat digunakan untuk memahami kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

1) Kebutuhan fisiologis

Merupakan kebutuhan paling mendasar, mencakup oksigen, cairan nutrisi, keseimbangan tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat tidur, dan kebutuhan seksual

2) Kebutuhan rasa aman dan perlindungan

Perlindungan terbagi menjadi dua yaitu perlindungan fisik dan psikologis :

a) Perlindungan fisik

meliputi perlindungan dari ancaman terhadap tubuh atau kehidupan, seperti penyakit, kecelakaan dan bahaya lingkungan.

b) Perlindungan psikologis

Merupakan perlindungan dari ancaman pengalaman baru dan asing, seperti kekhawatiran saat pertama kali masuk sekolah karena harus berinteraksi dengan orang lain.

3) Kebutuhan rasa cinta dan memiliki

Memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, dan diterima oleh kelompok sosial.

4) Kebutuhan harga diri

Terkait dengan perasaan dihargai oleh orang lain, termasuk keinginan untuk mendapatkan kekuatan, prestasi, rasa percaya diri, kemerdekaan diri, dan pengakuan dari orang lain.

5) Kebutuhan aktualisasi diri

Merupakan kebutuhan tertinggi di dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi dengan orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

b. Gangguan kebutuhan fisiologis

Abraham Maslow menjelaskan bahwa kebutuhan dasar manusia terdiri dari lima tahap yaitu fisiologis, rasa aman, cinta dan kasih sayang, harga diri dan aktualisasi diri. Gangguan dalam salah satu sistem tubuh dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan dasar ini. Penderita Penyakit Paru Obstruktif Kronis mengalami perubahan dan gangguan dalam memenuhi kebutuhan dasar yaitu sebagai berikut:

1) Kebutuhan oksigenasi

Gejala batuk berdahak dan adanya sekret menyebabkan jalan nafas tidak efektif, sehingga kebutuhan oksigen tidak terpenuhi

secara optimal. Gejala lain yang mengganggu kebutuhan oksigen termasuk sesak nafas, dyspnea, dan suara nafas yang mengi

2) Kebutuhan nutrisi

Penurunan nafsu makan disertai mual muntah pada pasien PPOK mempengaruhi asupan nutrisi, yang menyebabkan penurunan berat badan dan massa otot. Hal ini disebabkan oleh efek samping medikasi yang menimbulkan mual muntah.

3) Kebutuhan aktivitas

Penurunan kadar oksigen dalam darah menyebabkan suplai oksigen ke jaringan menurun, menghambat pembentukan ATP, sehingga energi yang dihasilkan sedikit. Akibatnya, penderita PPOK merasa lelah dan lemah, dan memerlukan bantuan orang lain dalam aktivitas.

4) Kebutuhan istirahat dan tidur

Pada pasien PPOK mengalami gangguan kualitas dan kuantitas tidur akibat faktor eksternal seperti kelembaban, suhu lingkungan, gangguan suara, kurangnya kontrol tidur, kurangnya privasi, serta batuk yang terus menerus yang mengganggu waktu istirahat dan tidur.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

Waktu pengkajian : 21 April 2025

a. Pengumpulan data

1) Identitas

a) Identitas klien

Nama	: Tn. I
Tanggal lahir	: 7 Oktober 1970
Umur	: 54 Tahun
Pendidikan	: SLTA/Sederajat
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Karyawan BUMN
Alamat	: Jl. Guntur 66 kaledong No.377 Kp. Sindang heula
Tanggal masuk Rs	: 20 April 2025
No CM	: 000241174
No Kamar	: Bougenville 4
Diagnosa Medis	: PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronis)

b) Identitas penanggung jawab

Nama : Ny.T
 Tanggal Lahir : 03 November 1971
 Umur : 53 Tahun
 Pendidikan : SLTA/Sederajat
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Suku Bangsa : Sunda
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 Alamat : Jl. Guntur 66 kaledong No.377 Kp.
 Sindang heula
 Hub dengan klien : Suami istri

2) Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Sesak Nafas

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat pengkajian pada tanggal 21 April 2025 klien mengeluh sesak nafas, sesak nafas dirasakan apabila klien sedang beraktivitas dan berkurang apabila sedang istirahat, sesak nafas seperti tertimpa beban berat, sesak nafas dirasakan di dada, dan saturasi oksigen atau SPO2 klien 87%, sesak nafas dirasakan hilang timbul, sesak nafas

disertai dengan batuk berdahak sudah kurang lebih 1 minggu dan dahak susah keluar, klien juga mengeluhkan badan terasa lemas dan susah tidur karena sesak nafas.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perokok aktif dan memiliki riwayat penyakit asma, klien mengatakan bahwa jika cuaca dingin serngkali penyakit asma kambuh

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki penyakit yang sama dengan klien, keluarga klien juga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit asma, bronchitis, ataupun penyakit yang menular.

3) Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Lemah

Tingkat kesadaran : Composmentis

GCS : E4M6V5

TTV :

Tekanan darah : 118/84 mmHg

Nadi : 116x/menit

Suhu : 36°C

RR : 28x/menit

Spo2 : 87%

BB Awal : 58 kg

BB sekarang : 51 kg

a. Pemeriksaan Head to Toe

1) Kepala

Bentuk kepala simetris, rambut berwarna hitam dan putih (beruban sebagian), tidak ditemukan kelainan

2) Mata

Sklera berwarna putih, konjungtiva merah muda, kornea jernih, pupil isokor, reflex cahaya positif positif pada kedua mata

3) Hidung

Pernafasan menggunakan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, ketajaman penciuman baik, dan menggunakan alat bantu nafas NRM 12 lpm

4) Rongga mulut

Bibir berwarna merah muda, mukosa bibir kering, uvula berada ditengah

5) Leher

Pada pemeriksaan leher pasien, kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tyroid tidak teraba

6) Telinga

Pada pemeriksaan telinga pasien, daun/pinna telinga simetris, kanalis telinga bersih, ketajaman pendengaran baik

7) Thoraks

Pada saat inspeksi, ditemukan bentuk dada simetris, frekuensi nafas 28x/menit, irama nafas tidak teratur, pola nafas abnormal, pernafasan menggunakan cuping hidung dan penggunaan otot bantu pernafasan.

Pada saat palpasi dada terasa simetris antara sisi kanan (dekstra) dan sisi kiri (sinistra), tidak ada kelainan, pekak pada bagian kanan (dekstra), dan sonor pada bagian kiri (sinistra), pada saat auskultasi terdapat suara nafas tambahan berupa ronchi

8) Jantung

Tidak ada sianosis, CRT (capillary refill time) < 2 detik. Iktus kordis teraba pada ics V line midclavikula sinistra, akral teraba hangat

9) Abdomen

Pada inspeksi ditemukan bentuk bentuk abdomen simetris, tidak ada benjolan ataupun kelainan, pada Auskultasi ditemukan bunyi peristaltik sebanyak 12x/menit. Pada palpasi tidak ditemukan nyeri tekan,

massa atau pembesaran pada hepar, linen dan ginjal.

Pada perfusi tidak ada ketuk pada pemeriksaan ginjal

10) Ekstremitas

Tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada edema,

kekuatan otot normal

5	5
5	5

5. Aspek psikososial dan spiritual

a. Data psikososial

1) Persepsi pasien terhadap penyakit

Pasien menganggap bahwa penyakitnya merupakan sebagai cobaan dari tuhan YME

2) Ekspresi pasien terhadap penyakit

Pasien menunjukkan ekspresi yang murung dan cenderung diam

3) Kooperatif saat interaksi

Pasien kooperatif saat diajak berinteraksi

4) Konsep diri

a) Gambaran diri : klien menganggap tubuhnya yang lemas sudah tidak bisa sembuh seperti semula, klien paling suka terhadap wajahnya

- b) Identitas : klien seorang laki-laki yang sudah menikah, klien menerima statusnya sebagai suami bagi istrinya dan ayah bagi anak-anaknya
- c) Peran : klien memahami peranya sebagai laki-laki pada umumnya
- d) Ideal diri : klien berharap dapat sembuh seperti semula, anggota tubuhnya yang alemas dapat berfungsi lagi dan berkumpul dengan keluarga
- e) Harga diri : klien menganggap dirinya akan merepotkan keluarga karena mengurusnya

b. Data spiritual

Keluarga pasien mengatakan bahwa sebelum sakit klien selalu beribadah shalat tepat waktu, namun sejak sakit pasien kesulitan beribadah.

6. Activity Daily Living

Tabel 2 (Aktivitas sehari-hari)

No	ADL	Sebelum sakit	Setelah sakit
1	Nutrisi		
	• Makan		
	Jenis makanan	Nasi, sayur, lauk	Makanan dari Rs
	Frekuensi	pauk	3x/hari
	Porsi	3x/hari	½ porsi
	Pantangan	1 porsi	Tidak ada
	keluhan	Tidak ada	Nafsu makan
	• Minum	Tidak ada	berkurang

	Jenis minuman Frekuensi Jumlah Pantangan Keluhan	Air putih, teh, kopi 8-10 gelas/hari 2lt/hari Tidak ada Tidak ada	Air putih 8-10 gelas/hari 2lt/hari Minuman bersoda Tidak ada
2	Istirahat dan tidur - Malam Frekuensi Kesukaran tidur - Siang Frekuensi Kesukaran tidur	 8 jam Nyenyak 2 jam Nyenyak	 3 jam Tidak nyenyak (sesak) 1 jam Tidak nyenyak
3	Eliminasi - BAK Frekuensi Jumlah Warna Bau Kesulitan - BAB Frekuensi Jumlah Warna Bau Kesulitan	 4x/hari Tidak terkaji Kuning jernih Khas Tidak ada 1x/hari Tidak terkaji Kuning Khas Tidak ada	 4x sehari Tidak terkaji Kuning jernih Khas pekat Tidak ada 1x/hari Tidak terkaji Kuning Khas Tidak ada
4	Personal hygiene Mandi		

	Frekuensi Menggunakan sabun Frekuensi gosok gigi Ganguan • Berpakaian Frekuensi ganti pakaian	2x/hari Ya 2x/hari Tidak ada 2x/hari	1x/hari Washlap 1x/hari Dibantu keluarga 1x/hari
5	Mobilitas dan aktivitas • Aktivitas bekerja yang dilakukan • Kesulitan	Bekerja Tidak ada	Istirahat Dibantu keluarga

7. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3 (Pemeriksaan penunjang)

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
1	Hematologi			
	Hemoglobin	15,3	Pria : 14-18, Wanita	Gr/dl
	Leukosit	14.000	: 12-16	Per mm
	LED		4.000-10.000	Mm/jam
			<10 mm	
	Trombosit	227.000	<20 mm	Per
	Hematokrit	50,3	15.000-450.000	mm ³
	Eritrosit		35-45	%
	Hitung jenis leukosit		4.5-6.0	Juta/mm
	NLR		0-1/1-4/3-5/40-	
	Golongan darah		70/20-40/2-10	
	Bleeding time			
	Clothing time			Menit

	MCHV		1-3menit	
	MCH		5-15 menit	
	MCHC		80-100	P
			26-34	

	Gula darah sewaktu		100-140 mg/dL	
2	Kimia darah			
	Gula darah puasa		76-100	Mg/dL
	Gula darah sewaktu	92	100-140	Mg/dL
	Gula darah 2 jam		100-140	Mg/dL
	Cholesterol		<200	Mg/dL
	HDL cholesterol		>35	Mg/dL
	LDL cholesterol		150	Mg/dL
	Trigliserida		135	Mg/dL
	Asam urat		Pria, 3,47,0, Wanita :	Mg/dL
	Ureum	25	3,5-6,5	Mg/dL
	Creatinine	1,12	11-55	Mg/dL
	Bilirubin total		Pria 0,0-1,3, Wanita :	Mg/dL
	Bilirubin direk		0,6-1,1	Mg/dL
	Bilirubin indirek		BBL sampai 5 hari = 5-	Mg/dL
	SGOT	29	12	Mg/dL
	SGPT	30	>1bulan = <1,5 mgr %	U/L
	Albumin		0-0,25	gr/dL
			0,2-0,8	
			Pria=10-50,	
			wanita=10-35	
			3,8-5,4 gr/dl	

8. Terapi medis

Tabel 4 (Terapi medis)

No	Nama Obat	Dosis	Rute
1	Asering	1000ml/jam	IV
	Ceftriaxone	1x2	IV
	Methylpredison	2x625	IV
	Omeprazole	1x40	IV
	Budosma nebu	3x2	Nebu
	Infimycine	1x500	IV Drip
	PCT		

9. Analisa Data

Tabel 5 (Analisa Data)

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: 1) Klien mengatakan sesak nafas saat beraktivitas DO : 1) RR : 28x/menit 2) SpO ₂ : 87% 3) PCO ₂ : 52,6 mmHg 4) pH darah :	Paparan zat iritan (Asap rokok, polusi udara, debu industri) ↓ Inflamasi kronik saluran nafas ↓ Peningkatan sel inflamasi (Makrofag, neutrofil, limfosit) ↓ Produksi sputum	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan antara ventilasi-perfusi d.d pola nafas abnormal

	7,28 5) Penggunaan otot bantu nafas dan napas cuping hidung 6) Terdengar suara nafas tambahan berupa Ronchi 7) Mukosa mulut kering dan pucat	berlebih dan kerusakan pada silia ↓ Obstruksi jalan nafas dan kerusakan alveoli ↓ Penurunan elastisitas paru ↓ Hiperinflasi paru ↓ Sesak nafas saat aktivitas atau tidur ↓ Gangguan pertukaran gas	
2	DS : 1) Klien mengatakan batuk berdahak dan susah keluar DO : 1) Sputum berlebih 2) Terdapat bunyi nafas tambahan ronchi 3) Tampak	Paparan zat iritan (Asap rokok, polusi udara, debu industri) ↓ Inflamasi kronik saluran nafas ↓ Peningkatan sel inflamasi (Makrofag, neutrofil, limfosit) ↓ Produksi sputum	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d akumulasi secret d.d sputum berlebihan

	gelisah 4) Terpasang oksigen Non-Rebreathing Mask 12 lpm	berlebih dan kerusakan pada silia ↓ Batuk kronik serta berdahak ↓ Bersihkan jalan nafas tidak efektif	
2	DS : 1) Pasien mengeluh sulit tidur karena sesak nafas 2) Pasien mengeluh sering terbangun saat tidur 3) Pasien mengeluh lemas DO : 1) Keadaan umum pasien menunjukkan control tidur yang kurang, gangguan pola tidur, keadaan	Paparan zat iritan (Asap rokok, polusi udara, debu industri) ↓ Inflamasi kronik saluran nafas ↓ Peningkatan sel inflamasi (Makrofag, neutrofil, limfosit) ↓ Produksi sputum berlebih & kerusakan silia ↓ Obstruksi jalan nafas & kerusakan alveoli ↓ Penurunan pertukaran gas ($\downarrow O_2 \uparrow CO_2$)	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur

	omposmentis 2) Pasien tampak lemas dan mengalami sesa nafas 3) Pasien tampak tidak beristirahat dengan baik 4) Mata pasien tampak sayu	↓ Gangguan metabolisme jaringan ↓ Metabolisme anaerob ↓ Produksi ATP menurun ↓ Defisit energi ↓ Lelah lemah ↓ Gangguan pola tidur	
3	DS : 1) Kien mengatakan tidak nafsu makan DO : 1) BB sebelum sakit 58 kg 2) BB sekarang 51 kg 3) Nafsu makan menurun 4) Sebelum sakit habis 1 porsi, sedangkan	Paparan zat iritan (Asap rokok, polusi udara, debu industri) ↓ Inflamasi kronik saluran nafas ↓ Peningkatan sel inflamasi (Makrofag, neutrofil, limfosit) ↓ Produksi sputum berlebih dan merusakkan silia	Defisit nutrisi b.d peningkatan metabolisme d.d nafsu makan menurun

	setelah sakit hanya ½ porsi	↓ Sesak nafas, nafas pendek ↓ Penurunan nafsu makan ↓ Penurunan berat badan ↓ Defisit nutrisi	
--	--------------------------------	--	--

2. Diagnosa Keperawatan

- Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi d.d pola nafas abnormal
- Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d akumulasi secret d.d sputum berlebihan
- Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur
- Defisit nutrisi b.d peningkatan metabolisme d.d nafsu makan menurun

3. Intervensi keperawatan

Nama : Tn. I

Umur : 57 Tahun

Agama : Islam

No CM : 000241174

Tabel 6 (Rencana asuhan keperawatan)

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan antara ventilasi dan perfusi d.d pola nafas abnormal DS: 1) Klien mengatakan	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka pertukaran gas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Sesak nafas menurun 2. Wheezing menurun	Terapi oksigen (I.1026) Observasi 1) Monitor kecepatan aliran oksigen 2) Monitor posisi alat terapi oksigen 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup	Obeservasi 1) Untuk mengetahui kecepatan aliran oksigen 2) Untuk mengetahui ketepatan posisi oksigen 3) Untuk menjaga oksigenasi tetap adekuat dan mencegah terjadinya hipoksemia 4) Untuk mengetahui

	sesak nafas saat beraktivitas DO : 1) RR : 28x/menit 2) SpO₂ : 87% 3) PCO₂ : 52,6 mmHg 4) pH darah : 7,28 5) Penggunaan otot bantu nafas dan napas cuping hidung 6) Terdengar suara nafas tambahan berupa Ronchi	3. Takikardi menurun 4. PCO₂ Membaik 5. PO₂ membaik 6. PH arteri membaik	4) Monitor efektivitas terapi oksigen (mis. oksimetri, AGD) 5) Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan 6) Monitor tanda-tanda hipoventilasi 7) Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektaris 8) Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen Terapeutik 9) Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea jika perlu 10) Pertahankan kepatenan jalan	efektivitas terapi oksigen 5) Untuk memastikan pasien tetap mendapatkan oksigenasi yang adekuat selama aktivitas makan 6) Untuk mengetahui tanda-tanda hipoventilasi 7) Untuk mengetahui tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektaris 8) Untuk mengetahui integritas mukosa hidung Terapeutik 9) Untuk menjaga kebersihan jalan nafas 10) Untuk memastikan aliran udara masuk dan keluar paru-paru tetap lancar sehingga proses ventilasi
--	--	--	--	--

	7) Mukosa mulut kering dan pucat		nafas 11) Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 12) Berikan oksigen tambahan jika perlu 13) Tetap berikan oksigen saat pasien ditransfortasi 14) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien Edukasi 15) Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah Kolaborasi 16) Kolaborasi penentuan dosis oksigen 17) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas	dan oksigenasi tubuh berjalan optimal 11) Untuk mengatur pemberian oksigen 12) Untuk membantu jalan nafas pasien 13) Untuk mempertahankan pola nafas pasien 14) Untuk menyesuaikan dengan kebutuhan pasien Edukasi 15) Agar pasien dan keluarga tahu dan paham cara menggunakan oksigen di rumah Kolaborasi 16) Untuk menentukan oksigen yang dibutuhkan pasien 17) Untuk menjaga pola nafas
--	----------------------------------	--	--	--

			dan/atau tidur	pasien.
2	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d akumulasi secret d.d sputum berlebihan DS : 1) Klien mengeluh batuk berdahak dan dahak susah dikeluarkan DO : 1) Sputum berlebihan 2) Terdapat bunyi nafas tambahan ronchi	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil : 1) Batuk efektif meningkat 2) Produksi sputum menurun 3) Ronchi menurun	Manajemen jalan nafas Observasi 1) Monitor pola nafas, kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas 2) Monitor bunyi nafas tambahan (gurgling, wheezing, ronchi) 3) Monitor adanya sputum Terapeutik 4) Posisikan pasien semi fowler 5) Berikan Oksigen Edukasi 6) Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 7) Pemberian bronkodilator	Observasi 1) Untuk mengetahui apakah ada gangguan pola nafas 2) Untuk mengetahui apakah terdapat bunyi nafas tambahan 3) Untuk mengetahui apakah terdapat warna sputum Terapeutik 4) Agar pasien tidak terlalu merasakan sesak yang dialami 5) Untuk mengurangi sesak Edukasi 6) Untuk mengeluarkan sputum Kolaborasi 7) Untuk membantu

	3) Tampak gelisah			mengencerkan dahak
3	Gangguan pola tidur b.d kurang control tidur d.d mengeluh sulit tidur DS : 1) Pasien mengeluh sulit tidur karena sesak nafas 2) Pasien mengeluh sering terbangun saat tidur 3) Pasien mengeluh merasa lemas	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka gangguan pola tidur dapat berkurang 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	Dukungan tidur Observasi 1) Identifikasi aktivitas dan pola tidur pasien 2) Identifikasi factor pengganggu tidur pasien 3) Identifikasi makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur pasien Terapeutik 4) Modifikasi lingkungan senyaman mungkin (pencahayaannya, kebisingan, dan suhu) 5) Hilangkan stress dengan memberikan inhalasi menghirup air hangat yang	Observasi 1) Untuk mengetahui rutinitas harian pasien terkait waktu tidur dan bangun 2) Untuk mengetahui penyebab pengganggu tidur 3) Untuk mengetahui makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur pasien Terapeutik 4) Meningkatkan rasa nyaman melalui modifikasi lingkungan dapat memberikan rasa tenang dan rileks 5) Agar lebih rileks dan tenang setelah dilakukan inhalasi

	DO : 1) Keadaan umum pasien menunjukan control tidur yang kurang, gangguan pola tidur, lemas, dan kesadaran composmentis 2) Pasien tampak lemas dan mengalami sesak nafas 3) Pasien tampak tidak dapat beristirahat dengan baik 4) Mata pasien	istirahat tidak cukup menurun 6) Kemampuan beraktivitas meningkat	telah dicampurkan dengan kayu putih Edukasi 6) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	minyak kayu putih Edukasi 6) Memberikan informasi untuk memenuhi kebutuhan istirahat pasien
--	---	---	---	---

	tampak sayu karena kurang tidur			
4	Defisit nutrisi b.d peningkatan metabolisme d.d nafsu makan menurun DS : 1) Klien mengatakan tidak nafsu makan DO : 1) BB sebelum sakit 58kg 2) BB sesudah sakit 51 kg 3) Nafsu makan menurun	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka resiko perubahan nutrisi dapat berkurang, dengan kriteria hasil : 1) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 2) Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi 3) Tidak terjadi penurunan BB lagi	Manajemen nutrisi Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi makanan yang disukai 3) Monitor asupan makanan Terapeutik 4) Lakukan oral hygiene sebelum makan Edukasi 5) Ajarkan pasien dan keluarga diet yang diprogramkan Kolaborasi 6) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient	Observasi 1) Dapat mengetahui status nutrisi klien 2) Meningkatkan selera makan klien 3) Anoreksia dan kelemahan dapat menyebabkan penurunan BB Terapeutik 4) Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan Edukasi 5) Meningkatkan rasa keterlibatan, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan

			yang dibutuhkan, jika perlu	nutrisi pasien Kolaborasi 6) Untuk perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien
--	--	--	-----------------------------	---

2) Implementasi dan evaluasi

Tabel 7 (Implementasi dan Evaluasi asuhan keperawatan)

No	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	22 April 2025	1) Memonitor aliran oksigen secara periodik dan memastikan fraksi yang diberikan cukup R : Klien mengatakan merasa lebih lega saat bernafas 2) Memonitor kemampuan melepas oksigen saat makan R : Klien mampu makan dengan porsi sedikit tanpa menggunakan oksigen 3) Memonitor tanda – tanda hipoventilasi R : Frekuensi nafas 28x/menit, nilai pH 7,28 (menurun), PCO₂ 52,6 (meningkat), SPO₂ 88% (rendah)	S : 1) Klien mengatakan sesak nafas saat beraktivitas O : 1) RR : 28x/menit 2) SpO₂ : 88% 3) PCO₂ : 52,6 mmHg 4) pH darah : 7,28 5) Penggunaan otot bantu nafas dan napas cuping hidung 6) Terdengar suara nafas tambahan berupa Ronchi 7) Mukosa mulut kering dan pucat A : Gangguan pertukaran gas belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

		4) Mempertahankan kepatenan jalan nafas R : Mukosa mulut kering, menggunakan oksigen 5) Mengajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah R : Pasien Kooperatif 6) Berkolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas/atau tidur R : Menggunakan Oksigen Non Rebreathing Mask (NRM) 12 lpm	
2	22 April 2025	1) Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas R : Klien tampak sesak, Irama nafas tidak teratur, pernafasan cuping hidung, tampak menggunakan otot	S : 1) Klien mengatakan batuk berdahak dan susah keluar O : 1) Klien tampak sesak 2) Pola nafas klien tampak tidak bebas 3) Irama nafas tidak teratur

		bantu nafas/ retraksi dada RR : 28x/menit, Oksigen NRM 12 lpm 2) Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, wheezing, ronchi) R : Terdapat bunyi nafas tambahan ronchi 3) Memonitor adanya sputum R : Terdapat sekresi sputum dengan konsistensi kental 4) Memposisikan semi fowler R : Posisi klien semi fowler 5) Memberikan oksigen R : Pasien diberikan oksigen NRM 12 lpm 6) Mengajarkan batuk efektif	4) Terdapat pernafasan cuping hidung 5) Tampak menggunakan otot bantu pernafasan RR : 28x/menit 6) Terdapat bunyi nafas tambahan ronchi A : Bersihkan jalan nafas tidak efektif belum teratasi P : Intevensi dilanjutkan
--	--	--	---

		R : Klien diajarkan batuk efektif dan klien tampak kooperatif 7) Memberikan therapy bronkodilator R : Kien diberikan therapy dengan budosma 3x2	
3	22 April 2025	1) Mengidentifikasi aktivitas dan pola tidur pasien R : Pola tidur pasien berubah dan tidak teratur 2) Mengidentifikasi factor pengganggu tidur pasien R : Pasien mengeluh sulit tidur karena sesak nafas 3) Mengidentifikasi makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur pasien R :	S : 1) Klien masih mengeluh sulit tidur, tidak teratur, tidur tidak puas, kadang-kadang terbangun saat tidur, pasien mengatakan sedikit tenang dan nyaman O : 1) Keadaan umum pasien tampak lemas 2) Pasien tampak belum beristirahat dengan baik 3) Pasien tampak sedikit lebih nyaman

		Tidak ada makanan atau minuman yang dikonsumsi pasien 4) Mengidentifikasi lingkungan sekitarnya mungkin R : Pencapaian di area pasien cukup terang dan suhu ruang cukup 5) Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit R : Pasien dan keluarga tampak mengerti dan mau mencoba untuk tidur cukup	A : Gangguan pola tidur belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
4	22 April 2025	1) Mengidentifikasi status nutrisi R : Nutrisi klien kurang dari kebutuhan d.d klien lemas dan tidak nafsu makan 2) Mengidentifikasi	S : Klien mengatakan bahwa nafsu makan klien sedikit meningkat O : 1) Klien tampak lemah 2) Klien tampak lesu 3) Nafsu makan sedikit meningkat

		makanan yang disukai R : Klien menyukai makanan manis dan asin 3) Memonitor asupan makanan R : Asupan makanan klien berkurang, dengan frekuensi makan 3x1 hari tetapi ½ porsi 4) Melakukan oral hygiene sebelum makan R : Klien selalu menjaga kebersihan mulut terutama sebelum makan 5) Mengajarkan keluarga pasien dan pasien untuk melakukan diet yang diprogramkan R : Pasien dan keluarga pasien kooperatif 6) Berkolaborasi dengan	4) BB sebelum sakit 58 kg 5) BB setelah sakit 51 kg A : Defisit nutrisi teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
--	--	--	--

		ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrient yang dibutuhkan	
--	--	--	--

2) Catatan perkembangan

Tabel 8 (Catatan perkembangan)

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	23 April 2025	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi d.d pola nafas abnormal	S : 1) Klien mengatakan masih sesak nafas saat beraktivitas O : 1) RR : 27x/menit 2) SpO₂ : 89% 3) Penggunaan otot bantu nafas dan napas cuping hidung 4) Terdengar suara nafas tambahan berupa Ronchi 5) Mukosa mulut kering dan pucat A : Gangguan pertukaran gas belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

		Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d akumulasi secret d.d sputum berlebihan	S : 1) Pasien mengatakan batuk terus menerus disertai dahak O : 1) Keadaan umum sedang 2) Kesadaran composmentis dengan GCS 15 3) Akral hangat, CRT <2 detik 4) Turgor kulit baik 5) Terdapat penggunaan otot bantu nafas 6) Produksi sputum banyak A : Bersihkan jalan nafas tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
		Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur	S : 1) Klien mengatakan pola tidur belum membaik, tidak teratur, perasaan tidur tidak puas, kadang-kadang	

			masih terbangun saat tidur, klien mengatakan istirahat tidurnya sedikit lebih tenang dan nyaman O : 1) Keadaan umum pasien lemah 2) Sesak klien sudah mulai berkurang 3) Klien tampak beristirahat dengan tenang dan nyaman A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
		Defiit nutrisi b.d peningkatan metabolisme d.d nafsu makan menurun	S 1) Klien mengatakan selama sakit nafsu makan berkurang O : 1) Klien tampak lemah dan kurus 2) BB sebelum sakit 58 kg 3) BB sesudah sakit 51 kg A :	

			Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
2	24 April 2025	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi d.d pola nafas abnormal	S : 1) Klien mengatakan sesak nafas saat aktivitas mulai berkurang O : 1) RR : 24x/menit 2) SpO₂ : 92% 3) Penggunaan otot bantu nafas berkurang 4) Ronchi berkurang 5) Mukosa mulut kering dan pucat A : Gangguan pertukaran gas teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
		Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d akumulasi secret d.d sputum berlebihan	S : 1) Pasien mengatakan batuk sedikit berkurang O : 1) Terdapat penggunaan otot bantu nafas	

			2) Produksi sputum cukup berkurang, 3) Konsistensi sputum kental, berwarna putih A : Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
		Gangguan pola tidur b.d kurabf control tidur d.d mengeluh sulit tidur	S : 1) Klien mengatakan sulit tidur berkurang O : 1) Klien tampak memahami saat dijelaskan A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
		Defisit nutrisi b.d peningkatan metabolisme d.d nafsu makan menurun	S : 1) Klien mengatakan akan makan sering walaupun porsi sedikit 2) Klien mengatakan akan mengonsumsi	

			makanan yang bergizi O : 1) Klien tampak memahami saat dijelaskan mengenai sering makan meskipun porsi sedikit A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
3	25 April 2025	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi d.d pola nafas abnormal	S : 1) Klien mengatakan sesak nafas saat aktivitas ataupun pada malam hari sudah tidak terasa O : 1) RR : 22x/menit 2) SpO₂ : 95% 3) Tidak ada penggunaan otot bantu nafas 4) Ronchi sudah tidak terdengar 5) Akral hangat A : Gangguan pertukaran	

			gas teratasi P : Intervensi dihentikan	
		Bersihkan jalan nafas tiak efektif b.d akumulasi secret d.d sputum berlebihan	S : 1) Pasien mengatakan sudah tidak ada batuk dan tidak ada dahak yang keluar O : 1) Sudah tidak tampak penggunaan otot bantu nafas 2) Produksi sputum tidak ada 3) Bunyi nafas terdengar normal A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
		Gangguan pola tidur b.d kurang control tidur d.d mengeluh sulit tidur	S : 1) Klien mengatakan sudah bisa tidur dengan baik setelah menerapkan tindakan, klien mengatakan merasa segar saat bangun tidur O :	

			1) Pasien sudah tidak tampak mengantuk 2) Pasien tampak segar dan bersemangat A : Gangguan pola tidur teratasi P : Intervensi dihentikan	
		Defisit nutrisi b.d peningkatan metabolisme d.d nafsu makan menurun	S : 1) Klien mengatakan bahwa klien sudah mulai makan dengan teratur dengan 1 porsi penuh dihabiskan 2) Klien juga mengatakan akan selalu mengusahakan untuk mengkonsumsi makanan yang sehat terutama sayur dan buah-buahan setiap hari	

B. Pembahasan

Pada bab ini, penulis menguraikan permasalahan terkait tinjauan teoritis dan laporan kasus Asuhan Keperawatan pada Tn. I yang

mengalami gangguan system pernafasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). Kasus ini berlangsung selama 5 hari, dari tanggal 21 hiingga 25 April 2025 di ruang bougenville RS Guntur Garut. Pembahasan berikut akan menjelaskan pelaksanaan asuhan keperawatan Tn. I dengan PPOK sesuai dengan tahapan dalam proses asuhan keperawatan, yang meliputi pengkajian, penentuan diagnose keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, serta evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis mengacu pada proses pengkajian yang terdapat dalam tinjauan teoritis. Data dikumpulkan secara komprehesif dengan memperhatikan aspek biologis, psikologis, social, dan spiritual pasien. Data dikumpulkan melalui wawancara dengan pasien, pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, catatan medis, catatan keperawatan, serta bekerja sama dengan tim perawat ruangan dan tim kesehatan lainnya.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa penyebab Tn. I menderita PPOK adalah penyempitan saluran pernafasan, dibuktikan dengan gejala seperti sesak nafas, batuk berdahak selama $\pm$ 1 minggu, hasil rontgen thoraks, dan faktor usia lanjut yang rentan terhadap penyakit Tn. I termasuk dalam kelompok yang mulai mengalami penurunan fungsi organ tubuh terhadap infeksi. Tn. I juga seorang perokok aktif, data ini mendukung diagnosa PPOK, dimana faktor pencetusnya meliputi perokok aktif/pasif dan usia lanjut.

Manifestasi klinis pada Tn. I meliputi sesak nafas dan batuk berdahak. Sesak nafas disertai batuk berdahak telah di alami selama ± 1 minggu sebelum masuk rumah sakit. Sesak nafas dan batuk berdahak adalah gejala utama PPOK, sering disebabkan oleh risiko merokok. Komponen asap rokok merangsang perubahan pada sel-sel penghasil mucus bronkus, mengganggu sistem eskalator mukusilaris, dan menyebabkan penumpukan mucus kental yang sulit dikeluarkan dari saluran pernafasan. Asap rokok juga merangsang peradangan kronis paru-paru, mengurangi elastisitas saluran udara, dan menyebabkan kolapnya alveolus sehingga ventilasi berkurang.

Berdasarkan data yang didapat dari pengkajian, PPOK pada Tn. I digolongkan sebagai eksaserbasi akut tipe II (eksaserbasi sedang) sesuai dengan tinjauan teori, karena gejalanya meliputi sesak yang bertambah, dan peningkatan produksi sputum.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah data terkumpul dan dikelompokkan menjadi data fokus sesuai dengan keluhan dan kondisi pasien, penulis menemukan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan masalah pasien. Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul tidak jauh berbeda dengan yang ada dalam tinjauan teori. Penulis hanya merumuskan diagnosa sesuai dengan keluhan dan kondisi pasien berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan. Diagnosa pada kasus Tn. I yang sesuai dengan tinjauan teori adalah sebagai berikut.

- a. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi d.d pola nafas abnormal

Diagnosa ini muncul karena klien mengeluh sesak nafas secara terus menerus terutama pada saat aktivitas dan istirahat, serta tampak penggunaan otot bantu nafas dan cuping hidung. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan adanya suara ronchi dan peningkatan laju nafas (RR 28x/menit). Selain itu, hasil analisa gas darah menunjukkan nilai PH 7,28 (menurun), PCO_2 52,6 mmHg (meningkat), dan SpO_2 87 % (rendah) yang menandakan adanya retensi karbondioksida serta gangguan difusi gas alveoli.

- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d akumulasi secret d.d sputum berlebihan

Diagnosa ini muncul karena klien mengeluh batuk berdahak, terdengar suara ronchi saat pemeriksaan fisik, serta adanya hasil rontgen thoraks. Bersihan jalan nafas yang tidak efektif merupakan manifestasi dari gangguan kebutuhan oksigenasi. Pada pasien PPOK, terjadi perubahan pada sel-sel penghasil mucus yang menyebabkan peningkatan produksi sputum. Hal ini menghambat jalan nafas dan menyebabkan gangguan sistem pernafasan.

- c. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur.

Diagnosa ini ditegakkan karena Tn. I mengalami sesak sehingga pola tidurnya terganggu, kebutuhan istirahat tidur adalah kebutuhan dasar yang harus segera dipenuhi. Apabila terjadi gangguan istirahat tidur,

tubuh akan mengalami lemah, lesu, aktivitas menurun, ketidakseimbangan kognitif, mudah marah, dan konsentrasi terganggu.

- d. Defisit nutrisi b.d ketidakseimbangan menelan makanan d.d nafsu makan menurun

Diagnosa ini ditegakkan karena saat masuk rumah sakit, nafsu makan klien berkurang. Defisit nutrisi pada Tn. I menyebabkan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi. Kebutuhan nutrisi merupakan kebutuhan fisiologis penting, terutama untuk pasien dengan penyakit yang menimbulkan infeksi. Proses infeksi memerlukan perlawanan dari tubuh untuk membantu memperbaiki sel-sel yang rusak, dan proses penyembuhan membutuhkan banyak nutrisi.

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada tinjauan teoritis tetapi tidak muncul pada kasus adalah:

- a. Pola nafas tidak efektif

Alasan penulis tidak menegakkan diagnosa ini pada Tn. I adalah karena saat pengkajian tidak ada bukti nyata yang memperkuat adanya fase ekspirasi memanjang, ventilasi semenita menurun , tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun.

- b. Intoleransi aktivitas

Alasan penulis tidak meegakkan diagnosa ini pada Tn. I adalah karena saat pengkajian tidak ada bukti nyata yang memperkuat adanya peningkatan frekuensi jantung >20% dari kondisi istirahat, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat..

c. Defisit perawatan diri

Alasan penulis tidak menegakkan diagnosa ini pada Tn. I adalah karena saat pengkajian tidak ada bukti nyata yang memperkuat adanya penolakan melakukan perawatan diri, ketidakmampuan mandi/mengenakan pakaian, makan, toileting, berhias secara mandiri, klien mengatakan masih bisa melakukannya sendiri.

3. Perencanaan

Dalam tahap perencanaan tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan masalah yang terjadi pada Tn. I penulis menyesuaikan perencanaan dengan sumber daya dan faktor penunjang lainnya untuk tercapainya tujuan dari asuhan keperawatan tersebut.

Adapun intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Tn. I yakni:

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi d.d pola nafas abnormal berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) selaras dengan teori yaitu Terapi oksigen adalah Monitor aliran oksigen secara periodik dan memastikan fraksi yang diberikan cukup untuk menjaga oksigenasi tetap adekuat dan mencegah terjadinya hipoksemia. Monitor kemampuan melepas oksigen saat makan untuk memastikan pasien tetap mendapatkan oksigenasi yang adekuat selama aktivitas makan. Monitor tanda-tanda hipoventilasi untuk mengetahui apakah adanya tanda-tanda hipoventilasi. Mempertahankan kepatenan jalan nafas untuk

memastikan aliran udara masuk dan keluar paru-paru tetap lancar sehingga proses ventilasi oksigenasi tubuh berjalan optimal. Mengajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah agar pasien dan keluarga paham cara menggunakan oksigen mandiri di rumah. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas/atau tidur untuk menjaga kepatenan jalan nafas klien.

- 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d akumulasi secret ditandai dengan sputum berlebihan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) selaras sesuai teori yaitu Manajemen Jalan Nafas adalah Monitor pola nafas kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas untuk mengetahui apakah adanya gangguan pola nafas. Monitor bunyi nafas tambahan (gurgling, wheezing, ronchi) untuk mengetahui apakah terdapat bunyi nafas tambahan. Monitor adanya sputum untuk mengetahui apakah terdapat perubahan warna dan aroma pada sputum. Posisikan pasien semi fowler agar pasien tidak terlalu merasakan sesak yang dialami. Berikan oksigen untuk mengurangi sesak. Ajarkan teknik batuk efektif untuk mengeluarkan sputum, dan pemberian bronkodilator untuk mengencerkan dahak.
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) selaras dengan teori yaitu Dukungan Tidur yaitu identifikasi aktivitas dan pola tidur pasien untuk mengetahui rutinitas harian pasien terkait waktu tidur dan bangun.

Identifikasi faktor pengganggu tidur pasien untuk mengetahui penyebab pengganggu tidur. Identifikasi makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur pasien untuk mengetahui makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur pasien. Modifikasi lingkungan nyaman mungkin (pencahayaan, kebisingan, dan suhu ruang) untuk meningkatkan rasa nyaman melalui memodifikasi lingkungan dapat memberikan rasa tenang dan rileks. Hilangkan stress dengan memberikan inhalasi menghirup minyak kayu putih agar lebih rileks dan tenang setelah dilakukan inhalasi minyak kayu putih.

- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakseimbangan peningkatan metabolisme ditandai dengan nafsu makan menurun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) selaras dengan teori yaitu Manajemen Nutrisi adalah identifikasi status nutrisi untuk dapat mengetahui status nutrisi klien. Monitor asupan makanan untuk menghindari Anoreksia dan kelemahan dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan malnutrisi yang serius. Lakukan oral hygiene sebelum makan karena mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan. Ajarkan pasien dan keluarga diet yang di programkan untuk meningkatkan ras keterlibatan, dan memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, untuk perhitungan dan jenis penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

4. Pelaksanaan/Implementasi

Setelah rencana keperawatan dibuat, penulis mengimplementasikan sesuai dengan intervensi yang telah ditentukan. Pada tahap pelaksanaan, tindakan dilakukan dengan memperhatikan keadaan atau kondisi pasien serta sarana yang tersedia di ruangan. Penulis bekerja sama dengan tim perawatan di ruangan untuk melaksanakan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Tn. I meliputi mengkaji keluhan, memonitor tanda-tanda vital, mengkaji kemampuan klien dan memberikan obat sesuai program. Selain itu, penulis juga mengajarkan kepada keluarga cara batuk efektif yang benar dan efektif.

Seluruh pelaksanaan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana. Dalam pelaksanaan edukasi, penulis melibatkan keluarga karena keluarga merupakan sistem pendukung penting dalam merawat pasien di rumah. Faktor-faktor yang mendukung implementasi adalah kerja sama yang baik antara pasien dan perawat, serta ketersediaan alat-alat kesehatan yang memudahkan tindakan keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi adalah tahap kelima, dimana dilakukan pengukuran keberhasilan dari tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis bersama tim perawat di ruangan dari tanggal 21 april 2025 hingga 25 april 2025. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning) untuk mengetahui apakah masalah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi/timbul masalah baru.

Evaluasi keperawatan menunjukan bahwa beberapa masalah teratasi dan beberapa belum teratasi pada Tn. I selama asuhan keperawatan dilakukan, sebagai berikut:

- a. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi d.d pola nafas abnormal. Evaluasi yang didapatkan adalah klien mengatakan sudah tidak merasakan sesak nafas pada saat bderaktivitas ataupun pada malam hari, akral teraba hangat, pola nafas normal, saturasi oksigen membaik, planning pada diagnosa ini dihentikan.
- b. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d akumulasi secret d.d sputum berlebihan. Evaluasi yang didapatkan adalah klien mengatakan batuk sudah tidak ada, keadaan umum baik, penggunaan otot bantu nafas sudah tidak ada, tidak terdengar suara nafas tambahan. Planning pada diagnosa ini dihentikan.
- c. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur. Evaluasi yang didapatkan adalah klien mengatakan sudah bisa memulai tidur dengan baik setelah menerapkan tindakan. Klien mengatakan merasa segar saat bangun tidur, klien tidak lagi tampak mengantuk, pasien tampak segar dan bersemangat. Intervensi dihentikan.
- d. Defisit nutrisi b.d ketidakseimbangan menelan makanan d.d nafsu makan menurun. Evaluasi yang didapatkan adalah klien mengatakan nafsu makan sudah membaik dengan porsi makan 1 piring penuh dihabiskan, pasien juga mengatakan akan selalu mengusahakan

mengonsumsi makanan yang sehat setiap hari seperti sayuran, tempe, tahu, telur, dan lain-lain. Klien makan 3x/hari, intervensi dihentikan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Setelah menguraikan tinjauan teoritis dan penerapan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, menerapkan perencanaan keperawatan, menerapkan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. I dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) di ruang Bougenville RS Guntur Garut. Maka penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Tn. "I" dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronis. Penulis menemukan beberapa data Pada saat pengkajian pada tanggal 21 April 2025, Klien mengeluh sesak nafas, Sesak napas dirasakan apabila klien sedang beraktivitas dan berkurang apabila istirahat, Sesak nafas seperti tertimpa beban berat, sesak nafas dirasakan di dada, dan Saturasi Oksigen atau SpO2 klien 87%, Sesak Nafas dirasakan hilang timbul. Sesak nafas disertai batuk berdahak sudah +1 minggu dan dahak susah keluar, klien juga mengeleluh badanya terasa lemah dan nafsu makan berkurang sehingga klien mengalami penurunan berat badan, Serta susah tidur karena sesak nafas.

2. Diagnosis keperawatan

- a. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan antara ventilasi-perfusi d.d pola nafas abnormal

- b. Bersihan Jalan Nafas tidak efektif b.d akumulasi secret d.d sputum berlebihan.
 - c. Defisit Nutrisi b.d Peningkatan metabolisme d.d nafsu makan menurun.
 - d. Gangguan Pola Tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur
3. Dari rencana yang disusun semua dapat di implementasikan sepenuhnya, karena dalam pelaksanaan keperawatan penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat, dan tim kesehatan lainnya.
 4. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada Tn. I dapat diperoleh hasil evaluasi dari masalah Gangguan pertukaran gas teratasi dengan pasien menunjukan perbaikan yaitu batuk sudah tidak ada, keadaan umum sedang, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, respirasi membaik, SPO2 meningkat, sehingga intervensi dihentikan. Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi. gangguan pola tidur teratasi. defisit nutrisi teratasi.

B. Rekomendasi

Adapun rekomendasi yang penulis sampaikan dalam asuhan keperawatan untuk berbagai pihak yang terkait, di antara nya:

1. Untuk tenaga perawat

Tenaga perawat harus meningkatkan profesionalisme dengan memandang klien dari segi bio-psiko-sosio dan spiritual secara komprehensif. Sehingga pelayanan kesehatan khususnya dalam bidang keperawatan dapat ditingkatkan sebaik mungkin agar tujuan yang telah ditetapkan tercapai

2. Untuk Institusi Pendidikan

Untuk perpustakaan buku sumber dilengkapi supaya mahasiswa tidak kesulitan dalam mencari buku sumber/literature yang dibutuhkan.

3. Untuk Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa bisa lebih teliti serta memahami karakter dari klien yang dikaji untuk menggali semua masalah-masalah sehingga memperoleh data-data serta hasil asuhan keperawatan yang berkualitas dan adekuat.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Aziz Alimul Hidayat. 2014. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: Salemba Medika
- Astuti, F. Dwi. 2018. *Asuhan Keperawatan pada klien penyakit paru obstruktif kronik dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang paviliun cempaka RSUD Jombang*. 93(I) , 259
- Etanol, E Waru, D, & Hibiscus, G. 2018. *Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Pada Tn. S dan Ny. P Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas*.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2023). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD*
- Halpin, D. M. G., Celli, B. R., Criner, G. J., Frith, P., Lopez, M , Salvi, S., Vogelmeir, C. F., Chen, R., Mortimer, Montes de Oca, M., Summit on chronic obstructive pulmonary disease in low- and middle-income countries. *The International Journal of International Journal of Tuberculosis and Lung Disease: The Official Journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, 23(I1), 1131-1141. <https://doi.org/10.5588/ijtld.19.0397>
- Hurst, Marlene. (2016). *Beelajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah*, Vol.1. Jakarta: EGC
- Jaya, K., Mien, Rasmiati, K., & Suramadhan. (2019). *Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara*. *Jurnal Keperawatan*, 02 (03), 27-36.
- (Kementrian Kesehatan RI, 2023).
- Kementrian Kesehatan RI, (2020). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian PPOK*.
- (Kementrian Kesehatan RI, 2018).
- Muttaqin, Arif. 2014. *Klien dengan buku ajar Asuhan Keperawatan Gangguan Persyarafan*. Jakarta: Salemba

- Nadirawati. (2018). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Teori dan Aplikasi Praktik*. Cimahi: Refika Aditama.
- Paramasivan, K. (2017). Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 1102005208, 1-41
- Paramitha, P. 2020. *Respon Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Terhadap Penerapan Fisioterapi Dada Di Rumah Sakit Khusus Paru "Respira."*8-25. <https://eprints.poltekkesjogja.ac.id/id/2512>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Rachmawati, A.D., & Sulistyaningsih. (2020). Review artikel: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Afina. *Farmaka*, 18 (1), 1-15.
- Ridho Muhammad. (2017). *Penatalaksanaan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Register RSUD dr. Slamet Garut (2024)*
- Safitri, R. (2019). Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien. *Journal Keperawatan*, 3(42), 23-26.
- Saroh, M. Aripah. (2019). *Evaluasi Sebagai Penilaian Antara Perubahan Keadaan Pasien Dengan Tujuan Dan Kriteria Hasil Yang Dibuat Pada Tahap Perencanaan*. 1-7.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2010), *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Brunner & Suddarth*. EGC
- Venkatesan, P. (2023). GOLD COPD report: 2023 update. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 11(1), 18, [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(22\)00494-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00494-5)
- World Health Organization (WHO). (2022). *Chronic Obstruktive Pulmonary Disease (COPD)*. Diakses 12 Juni 2024, dari

[https://www.who.int/newsroom/fact-detail/chronic-obstruktive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/newsroom/fact-detail/chronic-obstruktive-pulmonary-disease-(copd))

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok bahasan	: Penyakit PPOK
Sub pokok bahasan	: PPOK dan Teknik Batuk Efektif
Sasaran	: Tn. I
Hari/tanggal	: 21 April 2025
Waktu	: 30 Menit
Tempat	: Ruang Bougenville RS Guntur Garut
Penyuluh	: Nursifa

A. Tujuan Penyuluhan/Kegiatan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan ini, Tn. I dan keluarga diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang Penyakit Paru Obstruktif Kronis dan Teknik batuk efektif.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan ini diharapkan Tn. I dan keluarga dapat mengerti dan memahami tentang penyakit PPOK teknik batuk efektif.

- a. Menjelaskan definisi, tanda gejala dan pencegahan penyakit PPOK
- b. Menjelaskan jenis makanan untuk hipertensi dengan begienar
- c. Menjelaskan apa itu batuk efektif dan cara batuk efektif

B. Materi Penyuluhan

Terlampir

C. Metode Penyuluhan

Metode yang digunakan dalam promosi kesehatan ini :

1. Ceramah
2. Diskusi

D. Media Penyuluhan

Media yang digunakan dalam promosi kesehatan ini :

1. Leaflet
2. Demonstrasi secara langsung

E. Proses Penyuluhan/ Kegiatan

No	Tahapan	Kegiatan		Waktu
		Penyuluhan	Peserta	
1	Pembukaan	a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan d. Menyebutkan runtutan acara yang akan dibahas	Menjawab salam Mendengarkan	5 menit
2	Penyajian	a. Menjelaskan definisi, tanda dan gejala dan pencegahan penyakit	Mendengarkan dan memperhatikan penyuluhan. Menanyakan hal-hal yang kurang	20 menit

		hipertensi b. Menjelaskan cara melakukan teknik batuk efektif c. Memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya	jelas Menjawab pertanyaan	
3	Penutup	a. Menarik kesimpulan dan kegiatan penyuluhan yang telah dilakukan b. Doa c. Salam Penutup	Menjawab salam	5 menit

F. Sumber Pustaka

Abidin, A., Yunus, F Wiyono, W. H., & Ratnawati, A (2016). Manfaat Rehabilitasi Paru dalam Meningkatkan atau Mempertahankan Kapasitas Fungsional dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Paru.

Smeltzer & Bare (2016). Keperawatan medical-bedah Brunner & Suddarth edisi 12. Jakarta : EGC.

Hurst, Marlene. (2016). Belajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah.Vol.1. Jakarta : EGC

Suryanto, E., Isworo, A., & Upoyo, A.S (2017). Perbedaan Efektivitas Pursed Lips Breathing dengan Six Minutes Walk Tes terhadap Forced Expiratory. Jurnal Keperawatan Padjajaran.5(2)

G. Evaluasi

1. Mampu memahami apa itu PPOK beserta tanda dan gejalanya
2. Mampu memahami pencegahan PPOK
3. Mampu menyebutkan apa itu batuk efektif dan teknik batuk efektif
4. Mampu melakukan sendiri batuk efektif secara mandiri

Lampiran :

PEMBAHASAN

A. Pengertian PPOK

Penyakit Paru Obstruksi Kronis merupakan nama yang diberikan untuk gangguan ketika dua penyakit paru terjadi pada waktu bersamaan : bronkitis kronis dan emfisema. Asma kronis yang di kombinasikan dengan emfisema atau bronkitis juga dapat menyebabkan PPOK (Hurst M, 2015).

Penyakit pernafasan obstruksi kronis (PPOK) adalah penyakit yang ditandai oleh keterbatasan aliran udara didalam saluran nafas yang tidak sepenuhnya dapat dipulihkan (Smeltzer & Bare, 2006 oleh dosen keperawatan medikal bedah, 2016).

B. Tanda dan gejala PPOK

Penyakit Paru Obstruksi Kronis atau PPOK akan menunjukan tanda dan gejala berupa batuk produktif dengan sputum purulen, bunyi nafas wheezing, ronchi kasar ketika inspirasi dan ekspirasi dipaparkan oleh Suryantoro, Isworo, Upoyo (2017).

C. Pencegahan PPOK

Pencegahan dan pengendalian PPOK dapat dilakukan dengan cara :

1. Melindungi diri dari debu dan polusi
2. Gunakan masker saat berpergian
3. Berhenti merokok
4. Olahraga

D. Batuk efektif

Batuk efektif adalah suatu metode batuk dengan benar dimana dapat menggunakan energi untuk batuk dengan seefektif mungkin sehingga tidak mudah lelah dalam pengeluaran dahak secara maksimal.

E. Cara batuk efektif

1. Posisikan tubuh dalam keadaan duduk di kursi atau bersandar di tempat tidur
2. Letakkan atau lipat tangan di depan ulu hati, lalu ambil nafas melalui hidung secara perlahan
3. Tarik nafas dalam 4-5 kali
4. Tahan nafas selama 2-3 detik, hembuskan perlahan
5. Tahan tarikan nafas kelima, sebelum batuk condongkan badan sambil menekan lengan ke ulu hati terlebih dahulu
6. Lalu batukan dengan kencang
7. Ambil nafas kembali secara perlahan melalui hidung untuk membantu dahak mengalir kebelakang saluran nafas
8. Lakukan beberapa kali sesuai kebutuhan anda sampai merasa bisa bernafas lebih lega dan batuk mereda

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Nursifa

NIM : KIHGA22044

Pembimbing : Andri Nugraha, M.Kep

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	01 Juni 2015		Diskusi KTI		
2.	03 Juni 2015	Bab 1	→ Revisi bab 1		
3.	05 Juni 2015	Bab 1	→ Acc Bab 1 → Lanjut ke bab II		
4.	10 Juni 2015	Bab II	→ Revisi Bab II • Rapihkan paragraf → Lanjut Bab III		
5.	16 Juni 2015	Bab III	→ Revisi Bab III • Rapihkan		

			Paragraf → lanjut Bab iv	Amir	R
6	20 Juni 2025	Bab iii, Bab iv	→ Ace bab iii dan Bab iv → Surun Abstrak → PPT → Draft lengkap	Amir	R
7	23 Juni 2025	Draft kti lengkap. PPT		Amir	R
					R

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

1. Nama : Nursifa
2. NIM : KHGA22044
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 12 Juni 2003
5. Agama : Islam
6. Pekerjaan : Mahasiswa
7. Alamat : Kp. Bojong Larang RT/RW 05/15, Desa Sukamentri, Kecamatan Garut Kota, Kabupaten Garut
8. Email : syifarahayuu@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN Sukamentri II 2009-2015
2. SMPN 2 Tarogong Kidul Tahun 2015-2018
3. SMAN 6 Garut Tahun 2018-2021
4. STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2022 sampai sekarang