

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS PADA Ny. A.S
DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

AGETHA MARIA ROSALINA BONGKUBUN

NIM: 202101001

LUSITANIA YUYU DIANOMO

NIM: 202101019



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA
TOMOHON**

2024



**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS PADA Ny. A.S
DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

AGETHA MARIA ROSALINA BONGKUBUN

NIM: 202101001

LUSITANIA YUYU DIANOMO

NIM: 202101019



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA
TOMOHOON
2024**

HALAMAN JUDUL

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS PADA Ny. A.S
DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON**

OLEH:

AGETHA MARIA ROSALINA BONGKUBUN

NIM: 202101001

LUSITANIA YUYU DIANOMO

NIM: 202101019

**Sebagai Salah Satu Persyaratan Dalam Menyelesaikan Pendidikan Ahli
Madya Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Gunung Maria Tomohon**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA
TOMOHON**

2024

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agetha Maria Rosalina Bongkubun

NIM : 202101001

Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah benar merupakan hasil karya bersama dan sepanjang pengetahuan dan keyakinan bersama tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya ditulis oleh orang lain, atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar atau ijazah pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, kami bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tomohon, 19 Juni 2024



Agetha Maria Rosalina Bongkubun

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lusitania Yuyu Dianomo
NIM : 202101019
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah benar merupakan hasil karya bersama dan sepanjang pengetahuan dan keyakinan bersama tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya ditulis oleh orang lain, atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar atau ijazah pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, kami bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tomohon, 19 Juni 2024



Lusitania Yuyu Dianomo

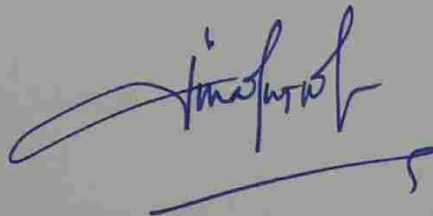
LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS PADA Ny. A.S
DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON**

Telah disetujui untuk diuji di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon

Pembimbing

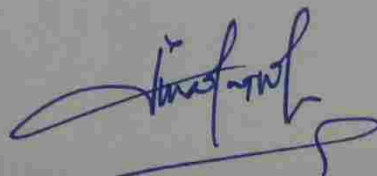


Vina Putri Patandung, Ners.,M.Kep
NIDN: 0915108605

Tomohon, Juni 2024

Mengetahui:

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerja Sama



Vina Putri Patandung, Ners.,M.Kep
NIDN: 0915108605

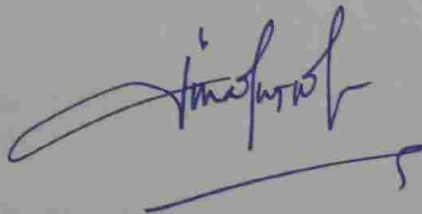
LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS PADA Ny. A.S
DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON**

Telah disetujui untuk diuji di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon

Pembimbing

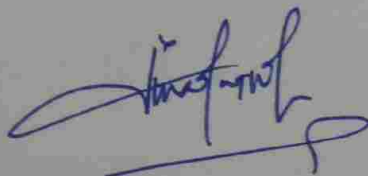


Vina Putri Patandung, Ners.,M.Kep
NIDN: 0915108605

Tomohon, Juni 2024

Mengetahui:

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerja Sama



Vina Putri Patandung, Ners.,M.Kep
NIDN: 0915108605

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS PADA Ny. A.S
DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON**

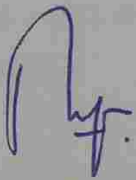


Telah diuji dalam ujian komprehensif yang dilaksanakan pada

Hari/Tanggal : Rabu, 19 Juni 2024

Jam : 13.00-14.30 WITA

Tempat : Kampus STIKes Gunung Maria Tomohon

Tim Penguji:

1. Kansia A. Terok, Ners.,M.Kep ()
NIDN: 1615049101
2. Chintami L. Watak, S.Kep.,Ns.,M.Kes ()
NIDN: 1606099601
3. Vina Putri Patandung, Ners.,M.Kep ()
NIDN: 0915108605

Disahkan Oleh:

Ketua

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon



Henny Pongantung, Ns., MSN.,DN.Sc
NIDN: 0912106501

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Agetha Maria Rosalina Bongkubun
NIM : 202101001
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan
Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon Hak Bebas Royalty Non-eksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*) atas karya tulis ilmiah saya yang berjudul

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS PADA Ny. A.S DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas *Royalty Non-eksklusif* ini, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon berhak menyimpan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan karya tulis ilmiah selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Yang menyatakan,



Agetha Maria Rosalina Bongkubun

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Lusitania Yuyu Dianomo
NIM : 202101019
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan
Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon Hak Bebas Royalty Non-ekskusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*) atas karya tulis ilmiah saya yang berjudul

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS PADA Ny. A.S DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas *Royalty Non-eksklusif* ini, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon berhak menyimpan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan karya tulis ilmiah selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Yang menyatakan,



Lusitania Yuyu Dianomo

CURRICULUM VITAE



Identitas Penulis

Nama : Agetha Maria Rosalina Bongkubun
NIM : 202101001
Tempat Tanggal Lahir : Mindiptanah, 11 November 2001
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Muyu/Indonesia
Alamat Tempat Tinggal : Desa Niyimbang, Kec. Mindiptana, Boven Digoel
Papua Selatan
Nomor Handphone : 081335928330
Email : agathabongkubun@gmail.com

Riwayat Pendidikan

TK Sta. Yasinta Mindiptana	Tahun 2007-2008
SD Inpres Mindiptana	Tahun 2009-2015
SMP Negeri 1 Mindiptana	Tahun 2016-2018
SMA St. Yoseph Tanah Merah	Tahun 2019-2021
STIKes Gunung Maria Tomohon	Tahun 2021-2024

CURRICULUM VITAE



Identitas Penulis

Nama : Lusitania Yuyu Dianomo
NIM : 202101019
Tempat Tanggal Lahir : Nulion, 21 Mei 2002
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Banggai/Indonesia
Alamat Tempat Tinggal : Desa Nulion, Kec. Totikum Selatan, BangKep
Nomor Handphone : 081232127814
Email : lusitaniadianomo7@gmail.com

Riwayat Pendidikan

TK MENARA Sta. ANA NULION	Tahun 2007-2008
SD Katolik Sta. Lucia Nulion	Tahun 2009-2014
SMP Negeri 1 Totikum Selatan	Tahun 2015-2017
SMKS Pertanian Tinangkung Selatan	Tahun 2018-2020
STIKes Gunung Maria Tomohon	Tahun 2021-2024

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul "Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Paru Obstruktif Kronis pada Ny. A.S di RSUD Gunung Maria Tomohon" yang merupakan tugas akhir dan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon dengan tepat waktu.

Penulis mengalami banyak tantangan dan hambatan selama penyusunan karya tulis ilmiah ini, namun berkat rahmat Tuhan, bimbingan, bantuan, dan doa dari berbagai pihak, penulis dapat melewati semuanya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih yang tulus kepada:

1. Orang tua dan kakak-adik terkasih yang telah memotivasi, mendoakan, serta memberi dukungan material sampai penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Henny Pongantung, Ns., MSN.,DN.Sc sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menyelesaikan studi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
3. Vina P. Patandung, Ners.,M.Kep, sebagai dosen pembimbing karya tulis ilmiah, yang telah membimbing, mengarahkan, dan memotivasi kami dalam membuat Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Kansia A. Terok, Ners.,M.Kep, sebagai dosen penguji satu karya tulis ilmiah, yang telah meluangkan waktu, memberikan arahan, motivasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Chintami L. Watak, S.Kep.,Ns.,M.Kes, sebagai dosen penguji dua karya tulis ilmiah, yang telah meluangkan waktu, memberikan arahan, motivasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Brigita M. Karouw, Ners.,M.Kep sebagai wali kelas selama VI semester sekaligus pembimbing akademik yang telah memotivasi serta membimbing penulis untuk mengikuti studi.

7. Ny. A.S dan keluarga, sebagai responden, yang telah bersedia menjadi partisipan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah.
8. Sr. Fransiska SJMJ, sebagai kepala asrama yang telah memberikan motivasi dukungan dan doa selama di asrama Sta. Maria Goretti dan selama penulis menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
9. Rekan-rekan mahasiswa angkatan XX, khususnya partner atau rekan pembuatan karya tulis ilmiah yang saling mendukung serta saling memotivasi dan bekerja sama dalam studi dan pembuatan karya tulis ilmiah.
10. Rekan-rekan FB (Carolus, Putri, Leony, Ana, Antonia, Revaldo, nona, Jemel) yang telah setia memberi dukungan dan motivasi pada penulis untuk menyelesaikan studi.
11. Semua pihak yang telah membantu dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam proses pengambilan kasus dan penyusunan karya tulis ilmiah ini masih terdapat kekurangan serta keterbatasan, sehingga penulis mengharapkan segala masukan dan saran sebagai perbaikan karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap bahwa karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membaca dan dapat meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan dengan sistem pernapasan terutama pada pasien dengan PPOK.

Tomohon, Juni 2024

Penulis

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS PADA Ny. A.S
DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON**

Agetha M. R. Bongkubun, Lusitania Y. Dianomo, Vina Putri Patandung

viii + 102 halaman + 1 gambar + 6 tabel + 1 skema + 1 lampiran

ABSTRAK

Perkembangan Penyakit Tidak Menular adalah masalah kesehatan yang penting di seluruh dunia saat ini. PPOK merupakan salah satu penyakit tidak menular. PPOK merupakan sebuah penyakit pernapasan kronis yang ditandai dengan adanya hambatan aliran udara yang berkelanjutan dan biasanya memburuk seiring waktu, serta terkait dengan peningkatan peradangan kronis saluran napas yang disebabkan oleh gas atau partikel iritan tertentu. Tujuan penulisan untuk mendeskripsikan hasil pelaksanaan studi kasus asuhan keperawatan medikal bedah dengan masalah utama PPOK. Jenis penulisan ini adalah studi kasus deskriptif, dengan subjek utama studi kasus dalam karya tulis ilmiah ini adalah Ny A.S, tempat pengambilan studi kasus yaitu di ruang rawat inap St. Agustinus Angela, Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon. Setelah dilakukan pengumpulan data, maka dignosa keperawatan yang diangkat yaitu: bersihan jalan napas tidak efektif, risiko jatuh, intoleransi aktivitas, dan gangguan pola tidur. Tanda dan gejala pada pasien dengan PPOK, yaitu sesak napas, batuk dan terdapat penumpukan sputum dimana itu dapat membuat kondisi pasien menurun seiring berjalannya waktu. Sesak napas ini menyebabkan bibir menjadi kebiruan (sianosis) karena kekurangan oksigen, yang dapat terjadi jika seseorang mengalami gangguan pernapasan.

Kata kunci: PPOK, bersihan jalan napas tidak efektif.

Daftar pustaka: 25 (2017-2021)

2.2	Konsep Asuhan keperawatan	24
2.2.1	Pengkajian Keperawatan	24
2.2.2	Diagnosa Keperawatan	26
2.2.3	Intervensi Keperawatan	32
2.2.4	Implementasi Keperawatan	38
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	39
BAB III METODE PENULISAN.....		41
3.1	Jenis/Desain Penulisan	41
3.2	Subjek Studi Kasus.....	41
3.3	Definisi Operasional.....	41
3.4	Lokasi dan Waktu Studi Kasus	42
3.5	Proses Pengumpulan Data	42
3.6	Penyajian Data.....	43
3.7	Etika Penelitian	43
BAB IV TINJAUAN KASUS.....		46
4.1	Pengkajian	46
4.2	Prioritas Diagnosa Keperawatan	68
4.3	Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.....	69
BAB V PEMBAHASAN.....		95
5.1	Pengkajian	95
5.2	Diagnosa Keperawatan.....	96
5.3	Intervensi keperawatan, Implementasi dan Evaluasi	97
BAB VI PENUTUP.....		99
6.1	Kesimpulan.....	99
6.2	Saran.....	100
DAFTAR PUSTAKA.....		101

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pernapasan.....	7
---	---

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Pemeriksaan Hematologi Lengkap.....	49
Tabel 4.2 Pemeriksaan Kimia Klinik.....	50
Tabel 4.3 Pemeriksaan Urinalisa.....	50
Tabel 4.4 Pengkajian Risiko Jatuh.....	52
Tabel 4.5 Analisa Data.....	60

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Skema Patofisiologi PPOK.....13

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 *Informed Consent*.....100



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah masalah kesehatan yang penting di seluruh dunia saat ini. Setiap tahun, kasus PTM terus meningkat secara signifikan, dan menjadi penyebab kematian tertinggi secara global. Sebanyak 80% kasus PTM terjadi di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. PTM dapat disebabkan oleh kurangnya aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat, dan merokok, yang kemudian menyebabkan peningkatan tekanan darah, gula darah, dan lemak dalam darah. Salah satu contoh dari PTM adalah Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) (Rusmini *et al.*, 2023).

PPOK merupakan salah satu penyakit paru-paru yang umum terjadi yang mengakibatkan pembatasan aliran udara dan masalah pernapasan. Pada pasien PPOK, paru-paru memiliki potensi untuk mengalami kerusakan atau penyumbatan akibat adanya dahak. Gejalanya meliputi batuk, kadang-kadang disertai dahak, kesulitan bernapas, pernafasan mengi, dan kelelahan. Merokok dan polusi udara merupakan faktor utama yang menyebabkan PPOK. Individu yang menderita PPOK memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami komplikasi kesehatan lainnya seperti *cor pulmonale*, infeksi saluran pernapasan *pneumothoraks* spontan, hipoksemia, dan asidosis respiratorik (Vivi, 2022). PPOK tidak dapat diobati secara menyeluruh tetapi dapat membaik dengan menghindari paparan asap rokok dan polusi udara serta menerima vaksin untuk mencegah infeksi. Selain itu, pengobatan PPOK meliputi penggunaan obat-obatan, terapi oksigen, dan program rehabilitasi paru (WHO, 2023).

PPOK adalah kondisi infeksi paru-paru yang ditandai dengan sumbatan saluran napas yang mengakibatkan penyempitan saluran pernapasan dan menyebabkan kesulitan bernapas. PPOK merupakan sebuah penyakit pernapasan kronis yang dapat dihindari dan diobati, ditandai dengan adanya hambatan aliran udara yang berkelanjutan dan biasanya memburuk seiring waktu, serta terkait dengan peningkatan peradangan kronis saluran napas yang disebabkan oleh gas atau partikel iritan tertentu. PPOK adalah kondisi paru-paru yang ditandai oleh

gangguan fungsi paru yang mengakibatkan perpanjangan waktu untuk menghembuskan udara karena penyempitan saluran napas, dan tidak mengalami banyak perubahan dalam jangka waktu tertentu (Najihah, Theovena, *et al.*, 2023).

Pada tahun 2019 sebanyak 391,9 juta orang berusia 30-79 tahun menderita PPOK di seluruh dunia dengan sebagian besar penderita PPOK tinggal di negara-negara berkembang. Prevalensi PPOK secara keseluruhan pada kelompok usia 30-79 tahun paling tinggi di wilayah Pasifik Barat dan paling rendah di wilayah Amerika (6,8%). Secara global, jenis kelamin laki-laki yang paling banyak terkena penyakit ini dengan faktor risiko utama yaitu merokok, paparan biomassa, dan paparan debu atau asap di tempat kerja (Davies *et al.*, 2022).

Pada tahun 2020 PPOK menempati peringkat keenam sebagai penyebab kematian di negara Amerika Serikat. Itu disebabkan karena faktor lingkungan dan kebiasaan merokok (Syamlal *et al.*, 2020). *The Asia Pasific COPD Round Table Group* memperkirakan jumlah pasien PPOK mengalami peningkatan yang signifikan di negara-negara Asia Pasifik. Pada tahun 2006 mencapai 56,6 juta orang dengan tingkat kejadian 6,3%. Di China mencapai 38,160 juta orang, sedangkan di Jepang mencapai 5,014 juta orang. Di Vietnam ada sekitar 2,068 juta orang. Sedangkan di Indonesia diperkirakan ada sekitar 4,8 juta orang. Angka ini dapat naik lebih tinggi seiring berjalannya waktu. Jumlah penderita akan meningkat karena 90% penderita PPOK adalah perokok (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2023). Dari data yang ditemukan di Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon tercatat ada 49 kasus PPOK selama satu tahun terakhir dihitung dari bulan Maret 2023 sampai bulan Maret 2024.

PPOK ini disebabkan oleh hubungan yang erat antara paparan partikel atau gas berbahaya yang signifikan dan respon utama yang meningkat pada saluran napas dan paru-paru (Najihah, Paridah, *et al.*, 2023). Faktor risiko utama PPOK adalah merokok, baik itu perokok aktif maupun pasif. Perokok memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gejala gangguan pernapasan dan kelainan fungsi paru serta tingkat kematian akibat PPOK lebih tinggi dibandingkan dengan bukan perokok. Selain merokok, faktor risiko lain yang dapat menyebabkan PPOK meliputi paparan zat kimia dan debu, polusi udara, infeksi,

faktor genetik, usia, jenis kelamin, pertumbuhan dan perkembangan paru-paru serta status sosial dan ekonomi.

1.2 Rumusan masalah

Pada umumnya penderita PPOK mengalami gejala sesak napas atau *dispnea*, batuk yang disertai dahak, kelelahan, dan suara napas terdengar *wheezing*. Berdasarkan pengamatan dari penulis, perawatan yang diberikan pada pasien hanya berfokus pada pengobatan medis dengan obat-obatan. Penderita PPOK seharusnya mengikuti anjuran yang diberikan dari rumah sakit untuk meminum obat secara teratur dan menjaga pola hidup sehat khususnya dengan berhenti merokok dan menghindari polusi udara. Oleh karena itu, perawat di sini memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang menyeluruh kepada pasien melalui pemberian intervensi manajemen jalan napas, pencegahan jatuh, manajemen energi dan dukungan tidur. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dari pasien itu sendiri. Berdasarkan masalah di atas, maka penulis mengangkat kasus PPOK ini dan berfokus pada proses asuhan keperawatan yang akan diberikan pada Ny. A.S di ruangan St. Agustinus & Angela RS Gunung Maria Tomohon.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Diperolehnya pengetahuan serta pengalaman yang nyata tentang pelayanan dan penanganan dalam melaksanakan studi kasus asuhan keperawatan medikal bedah PPOK pada Ny. A.S. di Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Diperolehnya kemampuan dalam melaksanakan pengkajian pada pasien dengan PPOK
- b. Diperolehnya kemampuan dalam menyusun prioritas diagnosis keperawatan pada pasien dengan PPOK
- c. Diperolehnya kemampuan dalam menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien PPOK
- d. Diperolehnya kemampuan dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan PPOK

- e. Diperolehnya kemampuan dalam melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan PPOK

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pasien dan Keluarga

Pasien mampu meningkatkan dan menjaga kesehatan serta dapat mencegah faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi akibat PPOK. Bagi keluarga dapat membantu mendukung dan merawat pasien dalam mempertahankan kesehatan.

1.4.2 Pelayanan Kesehatan

Dapat digunakan sebagai masukan dan menambah pengetahuan bagi perawat serta semua yang terlibat dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada pasien PPOK.

1.4.3 Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan dan sumber informasi bagi seluruh mahasiswa di STIKES Gunung Maria Tomohon untuk mengenal lebih dalam tentang PPOK sehingga bisa meningkatkan mutu di dalam pendidikan keperawatan di masa mendatang sehingga para lulusan keperawatan dapat mampu bersaing dalam dunia kesehatan.

1.4.4 Penulis

Menambah wawasan ilmu dan pengetahuan dalam melaksanakan tanggung jawab untuk merawat pasien dengan PPOK serta sebagai bekal dalam memasuki dunia kerja.



BAB II

TINJAUAN TEORETIS

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

PPOK adalah kondisi penyakit tidak menular dengan gejala pernapasan yang terus-menerus dan pembatasan aliran udara yang disebabkan oleh kelainan pada jalan nafas, biasanya karena paparan partikel atau gas berbahaya. Penderita PPOK biasanya merasa sesak napas dan mudah lelah. Sesak napas pada penderita PPOK disebabkan oleh adanya penyumbatan pada bronkus dan bronkospasme, tetapi yang lebih berpengaruh adalah karena adanya hiperinflasi pada paru (Nataria et al., 2024).

PPOK adalah kondisi dimana paru-paru mengalami peradangan kronis yang mengakibatkan penyempitan saluran napas. Ini biasanya disebabkan oleh paparan jangka panjang terhadap gas iritan atau partikel kecil, terutama asap rokok. Orang yang menderita PPOK memiliki risiko yang lebih tinggi terkena penyakit jantung, kanker paru-paru, dan berbagai kondisi kesehatan lainnya. Emfisema dan bronkitis kronis adalah dua kondisi yang paling umum menjadi penyebab PPOK (Kemenkes, 2024).

PPOK adalah suatu kondisi paru-paru yang tidak normal yang ditandai dengan adanya infeksi yang disebabkan oleh paparan asap rokok atau biomassa lainnya.

2.1.2 Etiologi

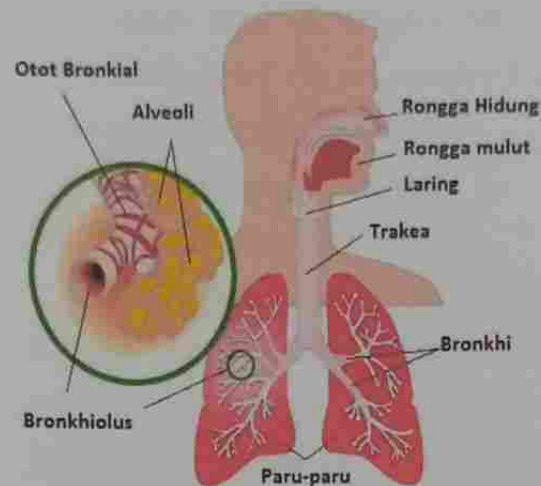
Penyebab utama dari PPOK adalah kerusakan pada saluran pernapasan atau parenkim paru yang dapat disebabkan oleh (Fauzan, 2023):

1. Merokok: Merokok merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan PPOK. Terpaparnya asap rokok dapat mengakibatkan iritasi pada saluran pernapasan, peradangan, dan kerusakan pada jaringan paru-paru. dampak terhadap asap rokok dari lingkungan sekitar juga bisa meningkatkan kemungkinan terkena PPOK.
2. Paparan asap atau polusi udara: terpapar asap dari bahan bakar, polusi udara di dalam ruangan atau di luar ruangan, serta paparan zat-zat

kimia tertentu dapat menyebabkan iritasi pada saluran pernapasan dan berperan pada pengembangan PPOK.

3. Paparan kerja dan lingkungan: kontak dengan debu, asap, dan bahan berbahaya lainnya di lingkungan kerja dapat menyebabkan kerusakan pada saluran pernapasan dan meningkatkan risiko terkena PPOK.
4. Infeksi saluran pernapasan: infeksi kronis pada saluran pernapasan, seperti yang disebabkan oleh virus atau bakteri, dapat merusak jaringan paru-paru dan memperburuk gejala PPOK.
5. Usia: Kebanyakan orang yang mengidap PPOK merupakan orang yang berusia lanjut yaitu di atas 60 tahun, dimana pada usia tersebut tubuh cenderung mengalami penurunan daya tahan atau penurunan kesehatan termasuk penurunan fungsi paru risiko terkena PPOK meningkat seiring bertambahnya usia dikarenakan penurunan fungsi dari paru yang terus memburuk setiap waktunya
6. Jenis Kelamin: Faktor risiko jenis kelamin pada PPOK diduga berhubungan dengan kebiasaan merokok yang dilakukan laki-laki, dimana laki-laki memiliki risiko terkena PPOK dua kali lebih besar dibandingkan Wanita. Hal ini disebabkan oleh kebiasaan merokok yang sudah dilakukan sejak usia muda dan konsumsi rokok yang lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan wanita
7. Genetik: Defisiensi alfa₁-antitripsin adalah faktor genetik paling umum yang menyebabkan PPOK, yaitu kondisi di mana terjadi kekurangan inhibitor protease serin. Alfa₁-antitripsin berfungsi sebagai mekanisme pertahanan untuk mencegah kerusakan pada dinding alveoli atau parenkim paru pada individu yang sehat. Namun, pada individu dengan defisiensi alfa₁-antitripsin, kadar protein dalam serum dan alveoli menurun, yang mengakibatkan terjadinya ketidakseimbangan antara aktivitas protease dan alfa₁-antitripsin. Ketidakseimbangan ini memicu aktivitas neutrofil elastase yang tidak terkendali dan memecah elastin serta kolagen yang menopang parenkim paru, sehingga menimbulkan kerusakan pada jaringan elastis paru.

2.1.3 Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi sistem pernapasan (Dewi & Diana, 2023)

1. Anatomi Sistem Pernapasan

Anatomi sistem pernapasan terbagi atas 2 bagian yaitu sistem pernapasan bagian atas dan sistem pernapasan bagian bawah.

a. Sistem pernapasan bagian atas

1) Hidung

Hidung merupakan organ pernapasan atas yang pertama. Dinding di dalam hidung terdapat rambut-rambut halus yang tumbuh bertugas memfiltrasi kotoran dari udara yang dihirup manusia.

2) Faring

Faring (bagian atas tenggorokan) merupakan sebuah tabung di belakang mulut dan rongga hidung. Manusia memiliki faring yang berfungsi untuk menyalurkan aliran udara dari hidung dan mulut untuk disalurkan ke trakea (tenggorokan).

3) Epiglotis

Epiglotis merupakan lipatan tulang rawan yang letaknya di atas laring (kotak suara).

4) Laring (Kotak suara)

Laring adalah tempat di mana pita suara berada. Laring memiliki dua pita suara yang membuka ketika kita bernapas dan menutup untuk memproduksi suara. Saat kita bernapas, udara akan menghasilkan suara dan mengalir melalui dua strip suara yang saling berhimpitan sehingga menghasilkan getaran. Getaran ini merupakan hasil dari proses tersebut.

b. Sistem pernapasan bagian bawah

1) Trakea (batang tenggorokan)

Trakea adalah sebagian dari sistem pernapasan manusia yang berfungsi sebagai saluran udara yang menghubungkan laring (kerongkongan) dengan bronkus. Trakea menyalurkan udara masuk dan keluar dari paru-paru untuk pernapasan. Trakea atau saluran udara adalah lubang lebar yang menghubungkan laring kotak suara menuju ke bronkus paru-paru. Panjangnya sekitar 10 cm dan lebarnya kurang dari 2,5 cm.

2) Paru-paru

Paru-paru merupakan sepasang organ yang terletak di dalam rongga dada. Masing-masing paru terletak di kedua sisi dada dan memiliki peran utama dalam tubuh manusia. Gas oksigen yang kita hirup melalui hidung mengalir ke dalam tubuh dan akan disalurkan ke dalam pembuluh darah untuk didistribusikan ke seluruh badan.

3) Bronkus

Bronkus adalah saluran pernapasan utama yang terhubung dengan paru-paru. Sebelum memasuki paru-paru, udara masuk kedalam tubuh melalui mulut atau hidung kemudian melewati laring dan trakea. Selanjutnya udara akan melewati percabangan trakea yang disebut bronkus.

4) Bronkiolus

Bronkiolus merupakan anak cabang dari bronkus yang bertugas mengalirkan udara dari bronkus ke alveoli.

5) Alveoli

Alveoli merupakan kantung-kantung kecil yang terletak di ujung bronkiolus. Dalam sistem pernapasan, alveoli berperan sebagai lokasi untuk pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida terjadi di dalam alveoli.

2. Fisiologi Pernapasan

Menurut (Dewi & Diana, 2023) pada proses respirasi dapat dibedakan menjadi dua yakni, respirasi dalam (internal) merupakan, pertukaran O₂ dan CO₂ antara udara dan darah serta respirasi luar (eksternal) merupakan pertukaran O₂ dan CO₂ dari aliran darah ke sel-sel tubuh. Pada proses fisiologi pernapasan dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

- a. Ventilasi, adalah proses inspirasi dan ekspirasi karena adanya perbedaan tekanan antara atmosfer dan alveolus dimana otot-otot interkosta eksterna relaksasi dengan demikian rongga dada menjadi kecil kembali dan udara dapat terdorong keluar.
- b. Difusi, adalah proses pertukaran oksigen dan karbondioksida dari alveolus ke kapiler pulmonal melalui membran, dari daerah yang berkonsentrasi tinggi ke arah konsentrasi rendah. Pada proses difusi dari alveolus ke kapiler paru-paru antara oksigen dan karbondioksida melewati surfaktan, membran alveolus, cairan interstitial, membran kapiler, plasma dan membran sel darah merah. Oksigen berdifusi masuk dari alveolus ke darah dan karbondioksida berdifusi keluar dari dalam darah ke alveolus.
- c. Transportasi gas adalah proses pendistribusian O₂ kapiler ke jaringan tubuh dan CO₂ dari jaringan tubuh ke kapiler. Pada proses transportasi O₂ akan berikatan dengan Hb akan berbentuk oksihemoglobin 97% dan larut melalui plasma sekitar 3 %, sedangkan CO₂ akan berikatan dengan Hb akan membentuk karbaminohemoglobin 30% dan larut dalam plasma 5%, dan sebagian menjadi HCO₃ yang berada dalam darah 65%.

2.1.4 Patofisiologi

Secara normal silia dan mukus di bronkus melindungi dari inhalasi iritan yaitu dengan menangkap dan mengeluarkannya. Iritasi yang terus-menerus seperti asap rokok atau polutan dapat menyebabkan respon yang berlebihan pada mekanisme pertahanan ini. Asap rokok dapat menghambat pembersihan mukosiliar. Faktor yang menyebabkan gagalnya pembersihan mukosiliar adalah adanya proliferasi sel globet dan pergantian epitel yang bersilia dengan yang tidak bersilia. Hiperplasia dan hipertrofi kelenjar penghasil mukus menyebabkan hipersekresi mukus di saluran napas. Iritasi asap rokok juga menyebabkan inflamasi bronkiolus (bronkiolitis) dan alveoli (alveolitis). Akibatnya makrofag dan neutrofil berinfiltrasi ke epitel dan memperkuat tingkat kerusakan epitel. Bersama dengan adanya produksi mukus, terjadi sumbatan bronkiolus dan alveoli. Dengan banyaknya mukus yang kental dan lengket serta menurunnya pembersihan mukosiliar menyebabkan meningkatnya risiko infeksi.

Inflamasi yang terjadi pada bronkitis kronis dengan pengeluaran mukus dan penyempitan lumen, juga diikuti fibrosis dan ketidakteraturan dari saluran pernapasan yang kecil, yang semakin mempersempit saluran pernapasan. Autopsi menunjukkan bahwa pasien dengan bronkitis kronis mempunyai diameter 0,4 mm. Karena adanya mukus dan kurangnya jumlah silia dan gerakan silia untuk membersihkan mukus maka pasien dapat menderita infeksi berulang. Bakteri yang dapat menyerangnya yaitu *Streptococcus pneumoniae* dan *Haemophilus influenzae*. Tanda-tanda infeksi adalah perubahan sputum seperti meningkatnya volume mukus, mengental, dan perubahan warna. Demam dapat terjadi atau pun tidak. Infeksi yang berulang dapat menyebabkan keparahan akut pada status pulmonary dan berkontribusi secara signifikan pada percepatan penurunan fungsi pulmonar karena inflamasi menginduksi fibrosis pada bronkus dan bronkiolus.

Emfisema khususnya melibatkan asinus yaitu bagian dari paru-paru yang bertanggung jawab untuk pertukaran gas. Asinus terdiri: respiratori bronkiolus, duktus alveolus dan kantung alveolar. Pada emfisema terjadi kerusakan dinding dalam asinus sehingga permukaan untuk pertukaran gas berkurang. Ada beberapa tipe emfisema berdasarkan pola asinus yang terserang, tetapi yang paling berkaitan dengan PPOK adalah emfisema sentrilobular. Emfisema tipe ini secara

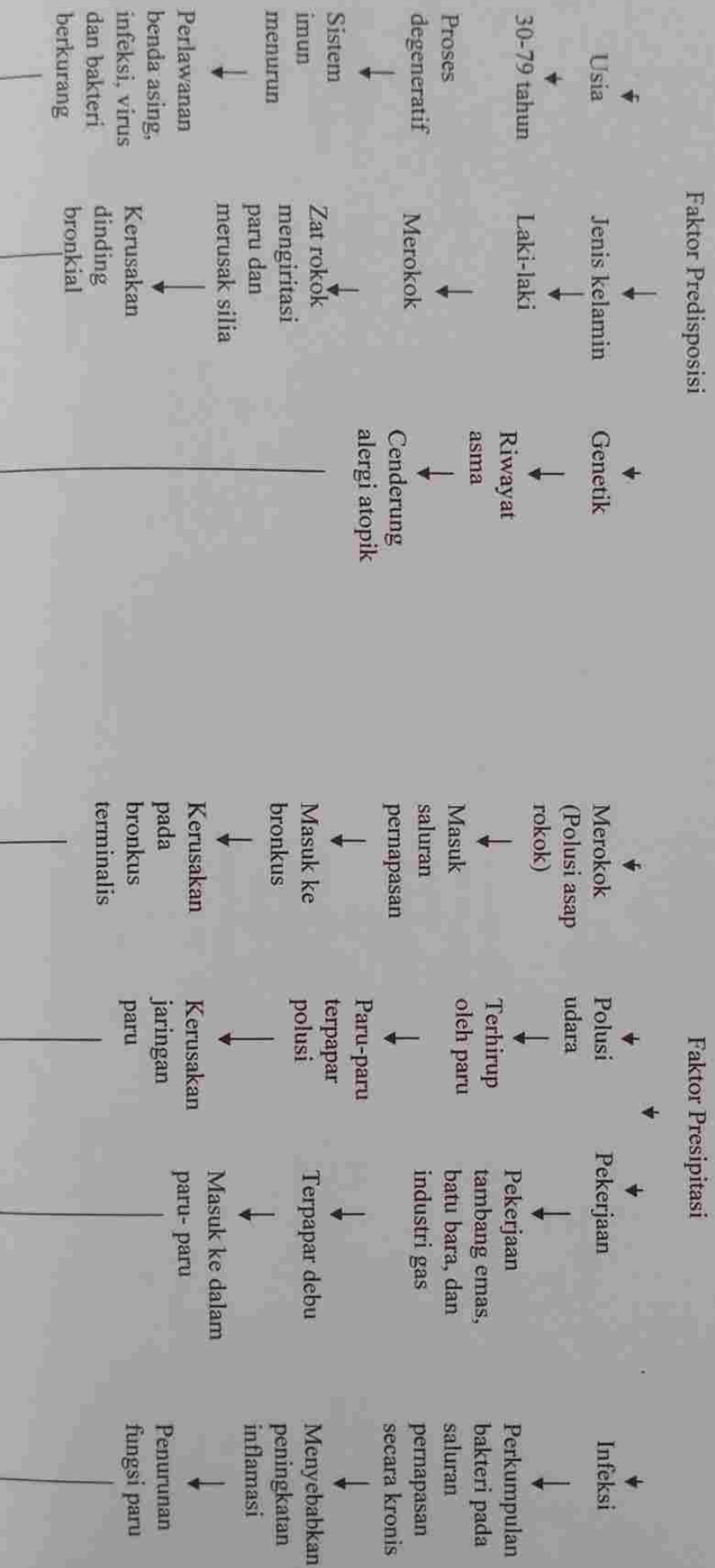
selektif menyerang bagian bronkiolus dan dapat mengakibatkan dinding-dinding mulai berlubang, membesar dan bergabung dan akhirnya cenderung menjadi satu ruang. Mula-mula duktus alveolaris dan kantung alveolaris yang lebih distal dapat dipertahankan. Penyakit ini seringkali lebih berat menyerang pada bagian atas paru-paru, tetapi akhirnya cenderung tersebar tidak merata. Emfisema sentrilobular lebih banyak ditemukan pada orang yang merokok dan jarang dijumpai pada orang yang tidak merokok.

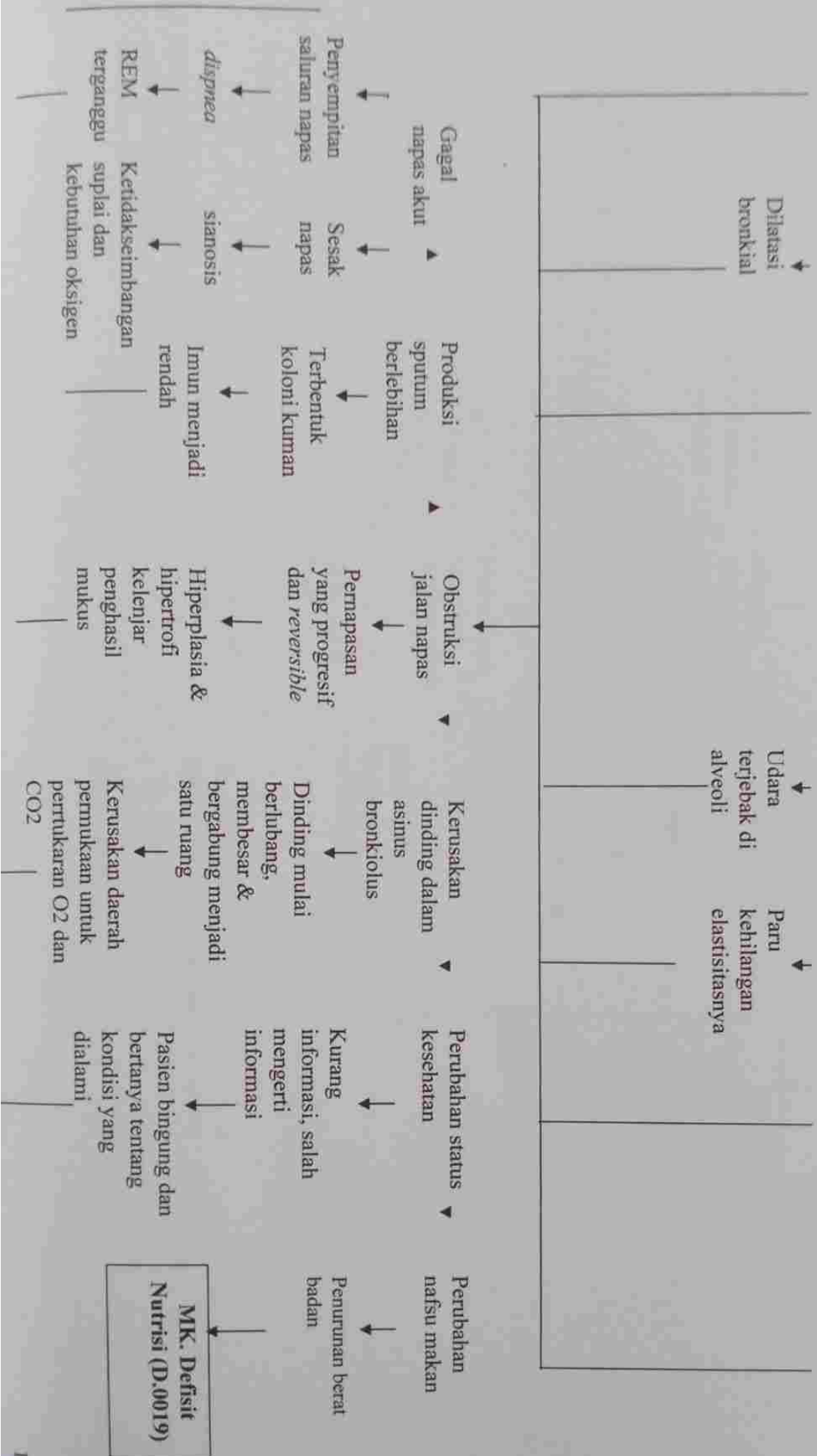
Rusaknya daerah permukaan untuk pertukaran gas dalam asinus berakibat pada hilangnya elastisitas pengempisan (*recoil*). Hal ini menyebabkan tertekannya jalan udara selama penghembusan napas yang berkontribusi secara signifikan pada alur obstruksi yang terlihat pada tes fungsi pulmonar. Hilangnya dinding alveolar berakibat pada hilangnya jaringan kapiler yang penting untuk perfusi yang cukup. Akibatnya terjadi penurunan ventilasi dan perfusi, sehingga V/Q (Rasio Ventilasi-Perfusi) dipertahankan dengan lebih baik daripada pada bronkitis kronik.

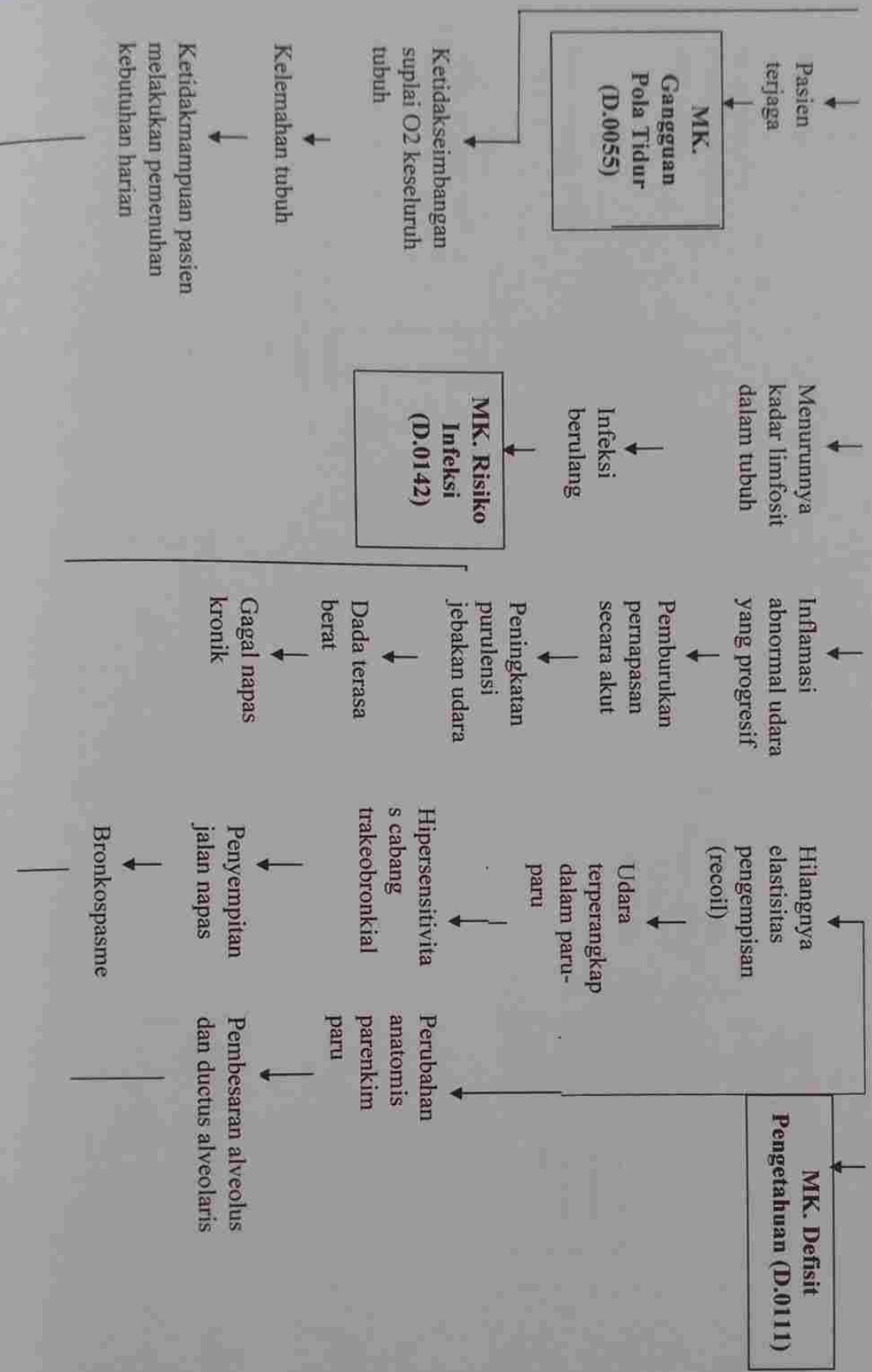
Asap rokok, polusi udara dan terpapar alergen masuk ke jalan nafas dan mengiritasi saluran nafas. Karena iritasi yang konstan ini, kelenjar-kelenjar yang mensekresi lendir dan sel-sel goblet meningkat jumlahnya, fungsi silia menurun dan lebih banyak lendir yang dihasilkan serta terjadi batuk, batuk dapat menetap selama kurang lebih 3 bulan berturut-turut. Sebagai akibatnya bronkiolus menyempit, berkelok-kelok dan berobliterasi serta tersumbat karena metaplasia sel goblet dan berkurangnya elastisitas paru. Alveoli yang berdekatan dengan bronkiolus dapat menjadi rusak dan membentuk fibrosis mengakibatkan fungsi makrofag alveolar yang berperan penting dalam menghancurkan partikel asing termasuk bakteri, pasien kemudian menjadi rentan terkena infeksi. Infeksi merusak dinding bronkial menyebabkan kehilangan struktur pendukungnya dan menghasilkan sputum kental yang akhirnya dapat menyumbat bronkus. Dinding bronkial menjadi teregang secara permanen akibat batuk hebat. Sumbatan pada bronkus atau obstruksi tersebut menyebabkan alveoli yang ada di sebelah distal menjadi kolaps. Pada waktunya pasien mengalami insufisiensi pernapasan dengan penurunan kapasitas vital, penurunan ventilasi, dan peningkatan rasio volume residual terhadap kapasitas total paru sehingga terjadi kerusakan

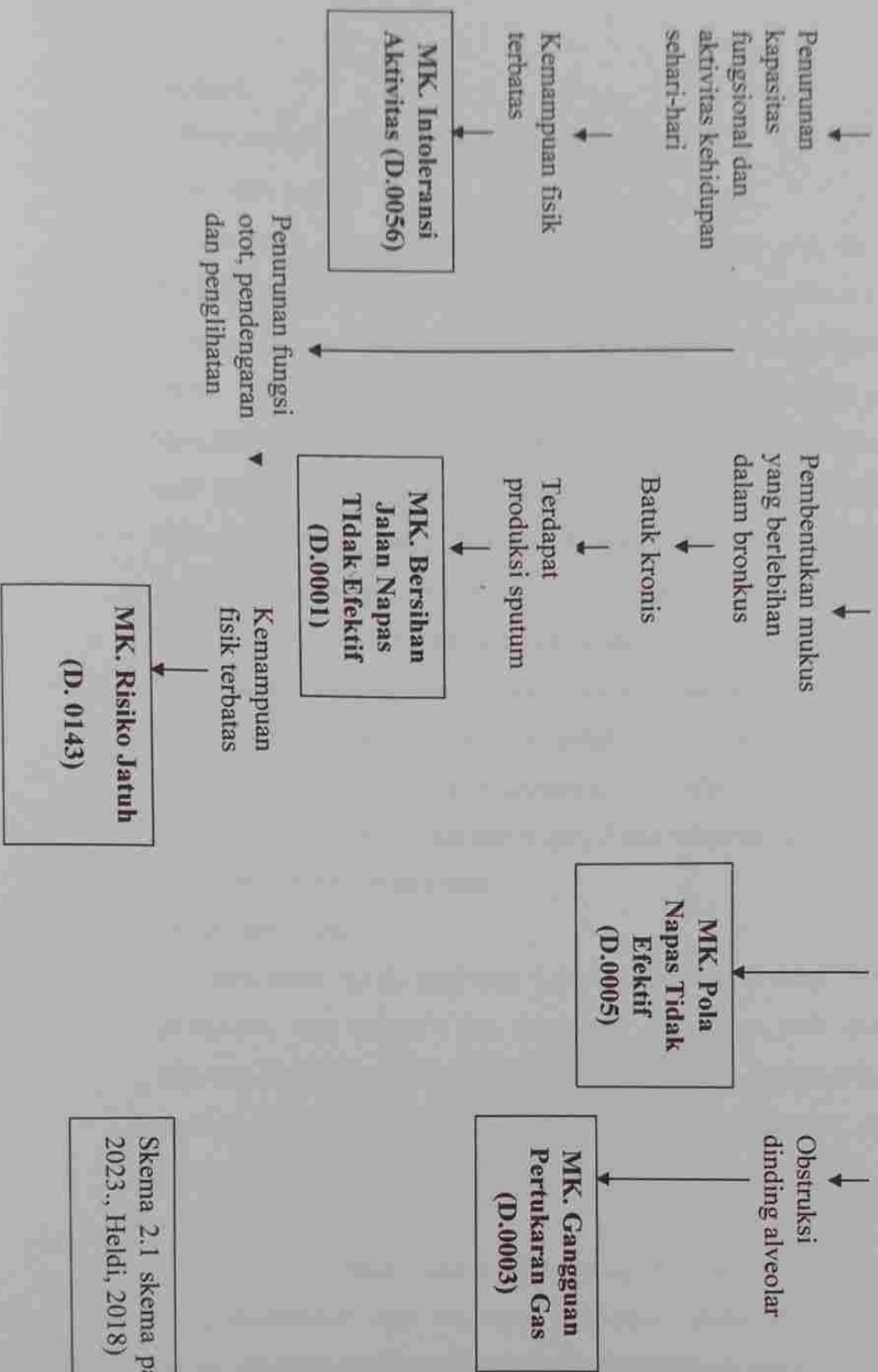
campuran gas yang diinspirasi atau ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. Pertukaran gas yang terhalang biasanya terjadi sebagai akibat dari berkurangnya permukaan alveoli bagi pertukaran udara. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ini menyebabkan hipoksemia atau menurunnya oksigen dalam darah. Keseimbangan normal antara ventilasi alveolar dan perfusi aliran darah kapiler pulmo menjadi terganggu. Dalam kondisi seperti ini, perfusi menurun dan ventilasi tetap sama. Saluran pernapasan yang terhalang mukus kental atau bronkospasme menyebabkan penurunan ventilasi, akan tetapi perfusi akan tetap sama atau berkurang sedikit. Berkurangnya permukaan alveoli bagi pertukaran udara menyebabkan perubahan pada pertukaran oksigen dan karbondioksida. Obstruksi jalan nafas yang diakibatkan oleh semua perubahan patologis yang meningkatkan resisten jalan nafas dapat merusak kemampuan paru-paru untuk melakukan pertukaran oksigen atau karbondioksida. Akibatnya kadar oksigen menurun dan kadar karbondioksida meningkat. Metabolisme menjadi terhambat karena kurangnya pasokan oksigen ke jaringan tubuh, tubuh melakukan metabolisme anaerob yang mengakibatkan produksi ATP (Adenosin Trifosfat) menurun dan menyebabkan defisit energi. Akibatnya pasien lemah dan energi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi juga menjadi berkurang yang dapat menyebabkan anoreksia. Selain itu, jalan nafas yang terhambat dapat mengurangi daerah permukaan yang tersedia untuk pernafasan, akibat dari perubahan patologis ini adalah hiperkapnia, hipoksemia dan asidosis respiratorik. Hiperkapnia dan hipoksemia menyebabkan vasokonstriksi vaskular pulmonari, peningkatan resistensi vaskular *pulmonary* mengakibatkan hipertensi pembuluh *pulmonary* yang meningkatkan tekanan vaskular ventrikel kanan atau dekompensasi ventrikel kanan (Heldi, 2018).

2.1.5 Skema Patofisiologi









Skema 2.1 skema patofisiologi (Dewi & Diana, 2023., Heldt, 2018)

2.1.6 Klasifikasi

Klasifikasi PPOK menurut (Samantha, 2023) sebagai berikut:

1. Bronkitis Kronis

Bronkitis akut adalah peradangan tiba-tiba pada bronkus yang disebabkan oleh infeksi atau iritasi. Biasanya terkait dengan trakea dan laring, sehingga sering disebut juga dengan kondisi laringotrakeobronkitis. Radang ini bisa muncul sebagai kelainan pada saluran napas yang merupakan kondisi yang berdiri sendiri atau sebagai bagian dari suatu penyakit sistemik seperti morbili, pertusis, difteri, dan tipus abdominalis. Istilah bronkitis kronis mengindikasikan adanya gangguan pada saluran bronkus yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama. Sifatnya berlangsung lama dan disebabkan oleh berbagai faktor-faktor, baik dari luar bronkus maupun dari dalam bronkus itu sendiri sendiri. Bronkitis kronis adalah suatu kondisi yang terkait dengan produksi mukus di trakeobronkial yang menyebabkan batuk dan pengeluaran dahak minimal selama 3 bulan selama satu tahun dan minimal 2 tahun berturut-turut.

2. Emfisema Paru

Emfisema adalah pelebaran asinus yang tidak normal, bersifat permanen, dan menyebabkan kerusakan. Perubahan pada struktur dinding alveoli paru yang disebabkan oleh emfisema lebih cenderung bersifat obstruktif. Perubahan dalam jaringan produksi mukus, seperti yang terjadi di dalam asma bronkitis kronis.

3. Asma Bronkial

Asma merupakan suatu kondisi gangguan pada saluran bronkial yang disebabkan oleh inflamasi dan penyempitan saluran udara. Memiliki tanda bronkospasme periodik (kontraksi spasme pada saluran napas) tanda dan gejalanya berupa kesulitan bernapas, mengi, sesak dada, dan batuk berulang kali terutama pada waktu malam dan pagi hari.

Klasifikasi derajat penyakit PPOK sebagai berikut:

1. Derajat I: PPOK ringan: Gejala batuk kronik dan produksi sputum ada tetapi tidak sering. Pada derajat ini pasien tidak menyadari bahwa

fungsi paru menurun.

2. Derajat II: PPOK sedang: Gejala sesak mulai dirasakan saat aktivitas dan kadang ditemukan gejala batuk dan produksi sputum. Pada derajat ini biasanya pasien mulai memeriksakan kesehatannya.
3. Derajat III: PPOK berat: Gejala sesak lebih berat, penurunan aktivitas, rasa lelah dan serangan eksaserbasi semakin sering dan berdampak pada kualitas hidup pasien.
4. Derajat PPOK sangat berat: Gejala di atas ditambah tanda-tanda gagal napas atau gagal jantung kanan ketergantungan oksigen. Pada derajat ini kualitas hidup pasien memburuk dan jika eksaserbasi dapat mengancam jiwa.

2.1.7 Manifestasi klinis

Pasien yang mengalami PPOK secara umum mengeluh kesulitan bernapas, keterbatasan gerak, dan disertai dengan batuk, produksi dahak dan mengalami kejadian penyakit pernafasan akut dengan gejala respiratori yang meningkat yang disebut eksaserbasi (memburuknya gejala pernafasan). Pasien secara berkala akan mempunyai penyakit lain yang menyertai dan mempengaruhi kondisi medis dan butuh pengobatan khusus. Kondisi komorbid ini bisa membuat kondisi pasien menjadi lebih buruk (Nova *et al.*, 2023).

Tanda dan gejala PPOK antara lain menurut Dewi & Diana, (2023):

1. Batuk terus-menerus

Batuk biasanya terjadi di pagi hari, terjadi peningkatan jumlah mukus (sputum) yang kental sehingga menyebabkan kerja silia terganggu, mengakibatkan sulit untuk membersihkan mukus (sputum) di jalan napas. Batuk kronis adalah batuk yang sudah berlangsung lebih dari 2 bulan pada orang dewasa, atau 1 bulan pada anak-anak.

2. Kesulitan bernapas (*Dyspnea*)

Obstruksi saluran napas pada PPOK menyebabkan aliran udara ekspirasi mengalami penurunan, udara terperangkap di dalam alveoli, menyebabkan air trapping, paru semakin besar dan menurunkan

elastic recoil paru yang akhirnya menyebabkan sesak yang semakin bertambah berat dan kualitas hidup memburuk.

3. Kelemahan fisik/mudah Lelah

Sesak napas merupakan gejala utama PPOK. Penderita PPOK umumnya merasakan kesulitan dalam bernapas, terutama saat melakukan aktivitas fisik. Pada tahap lanjut penyakit, sesak napas bahkan dapat terjadi saat sedang istirahat. Penderita PPOK mudah untuk merasakan kelelahan. Sesak napas yang berkelanjutan mengharuskan pengidap PPOK untuk mengeluarkan usaha ekstra ketika bernapas. Hal tersebut dapat berdampak pada kelelahan yang berlebihan.

4. Produksi sputum

Pasien PPOK biasanya mengalami hipersekresi mukus akibat peradangan saluran napas dan respons terhadap rangsangan berbahaya. Hal ini pada gilirannya menyebabkan memburuknya resistensi saluran napas, gangguan aliran udara, peningkatan kerja pernapasan, dispnea, dan intoleransi olahraga. Hipersekresi lendir juga dapat menyebabkan peningkatan eksaserbasi dan buruknya kualitas hidup terkait kesehatan.

5. Suara napas tambahan

Suara napas tambahan atau breath sounds merupakan bunyi abnormal yang terjadi karena udara tidak mampu melalui paru-paru secara optimal. Wheezing adalah suara tinggi yang terjadi saat kamu menarik atau menghembuskan napas. Kondisi ini dapat menjadi tanda dari adanya penyempitan pada saluran udara. Mengi atau *wheezing* umumnya disebabkan oleh penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) dan asma.

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

1. Uji faal paru

Spirometri adalah uji faal paru yang dapat digunakan untuk menilai dan mengukur tingkat keparahan PPOK. Uji ini juga bermanfaat dalam mendiagnosis pasien yang tidak mengalami gejala.

Uji ini harus dilakukan saat kondisi PPOK dalam keadaan stabil atau tidak ada eksaserbasi akut.

2. Radiologi

Pemeriksaan foto rontgen thoraks dan lateral berfungsi untuk menyingkirkan kemungkinan adanya penyakit paru lain pada pasien PPOK. Pada penderita emfisema gambaran radiologis yang dominan adalah hiperinflasi paru, yaitu diafragma rendah dan rata, hiperlusen, ruang retrosternal melebar, diafragma mendatar, dan jantung yang menggantung/penduler (memanjang tipis vertikal). Sedangkan pada penderita bronkitis kronis, hasil foto toraks dapat menunjukkan hasil yang normal atau terlihat corakan bronkovaskuler yang meningkat disertai sebagian bagian yang hiperlusen. Pada pasien PPOK yang memiliki risiko perkembangan kanker paru, dapat digunakan *Computed Tomography (CT) scan*.

3. Analisa Gas Darah

Dalam PPOK tahap lanjut, dilakukan pengukuran analisis gas darah yang sangat penting dan harus dilakukan jika terdapat tanda-tanda kegagalan respirasi dan gagal jantung kanan seperti sianosis sentral, pembengkakan pada anggota tubuh, serta peningkatan tekanan vena jugularis yang terlihat secara klinis. Pasien dengan emfisema dominan dan bronkitis kronis dominan menunjukkan perbedaan dalam hasil analisa gas darah arteri. Pada bronkitis kronis, analisis gas darah menunjukkan hipoksemia yang berat bahkan pada pemberian oksigen 100%. Penting untuk melakukan analisis gas darah untuk mengevaluasi ventilasi dan oksigenasi yang memadai, serta untuk memantau keseimbangan asam-basa.

4. Pemeriksaan sputum

Pada kasus eksaserbasi akut pasien PPOK, pemeriksaan bakteriologi sputum dapat memberikan informasi yang berguna dalam menentukan pola kuman dan pilihan antibiotik yang tepat.

5. Pemeriksaan darah rutin

Pemeriksaan darah dilakukan untuk mendeteksi keberadaan peningkatan jumlah sel darah putih pada eksaserbasi akut, peningkatan jumlah sel darah merah pada kekurangan oksigen kronis, serta untuk memonitor tingkat hematokrit.

6. Pemeriksaan *Elektrokardiogram* (EKG)

EKG dapat digunakan untuk mendeteksi komplikasi jantung pada pasien PPOK seperti hipertrofi ventrikel kanan atau pulmonal.

2.1.7 Komplikasi

PPOK adalah suatu kondisi penyakit yang berkembang secara bertahap dan mempengaruhi fungsi paru-paru, sehingga semakin memburuk seiring berjalannya waktu. Meskipun perawatan yang terbaik diberikan, namun sangat penting untuk mengatasi gejala dan perubahan obstruksi. Pernapasan perlu terus diawasi untuk menentukan modifikasi terapi dan mengidentifikasi kemungkinan komplikasi. Evaluasi awal saat kunjungan harus mencakup penilaian gejala PPOK, terutama tanda-tanda baru atau perburukan dalam pemeriksaan fisik. Jenis komplikasi pada PPOK adalah peningkatan penyakit yang tidak sepenuhnya dapat dihentikan (Dewi & Diana, 2023).

Menurut (Vivi, 2022), komplikasi yang dapat terjadi pada pasien PPOK antara lain:

1. Infeksi Saluran Napas

Ini disebabkan oleh gangguan yang ada dalam mekanisme pertahanan alami paru-paru dan penurunan kekebalan karena pernapasan terganggu. Infeksi biasanya akan menyebabkan gagal nafas akut dan harus segera ditangani dengan menerima perawatan di rumah sakit.

2. *Pneumothoraks* Spontan

Pneumothoraks spontan dapat terjadi karena adanya kebocoran pada paru-paru (kantong udara di dalam alveoli pada pasien yang menderita emfisema). Pecahnya kantong tersebut dapat menyebabkan *pneumothoraks* tertutup, sehingga memerlukan pemasangan selang dada (*chest tube*) untuk membantu paru-paru mengembang kembali.

3. *Dyspnea* seperti Asma

Bronkitis obstruktif kronis dan emfisema dapat menyebabkan gangguan pernapasan yang parah. Kondisi ini memburuk pada malam hari. Pasien sering mengeluh mengalami sesak nafas yang bahkan muncul saat tidur dan menyebabkan pasien sering terbangun dan kesulitan tidur kembali pada dini hari.

4. Hipoksemia

Didefinisikan sebagai penurunan kadar $PO_2 < 55$ mmHg dengan tingkat oksigen dalam darah seseorang. Pada tahap awal, seseorang akan merasakan perubahan *mood*, penurunan konsentrasi, dan menjadi pelupa dan di tahap yang lebih lanjut akan muncul gejala seperti sianosis.

5. Asidosis Respiratorik

Asidosis respiratorik terjadi karena peningkatan nilai PCO_2 (*hiperkapnia*). Kondisi *hiperkapnia* yang berlangsung dalam jangka panjang atau kronis pada pasien PPOK, akan terjadi peningkatan gejala pada saat peradangan di paru-paru bertambah parah dapat menyebabkan masalah tidur, kehilangan ingatan, dan perubahan perilaku masalah koordinasi dan bahkan tremor.

6. *Cor Pulmonale*

Cor pulmonale (gagal jantung kanan) adalah kondisi terhadap pembesaran dan pelebaran ventrikel di sisi kanan, yang mungkin terjadi karena komplikasi sekunder dari penyakit pada struktur atau fungsi paru-paru atau sistem pembuluh darah.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan PPOK dapat dilakukan dengan berbagai metode terapi dan pengobatan. Penanganan dilakukan melalui terapi farmakologi dan keperawatan mencakup:

1. Penatalaksanaan Farmakologi

a. Edukasi

Inti dari pendidikan tentang PPOK adalah melakukan penyesuaian kemampuan atau keterbatasan dalam melakukan aktivitas dan

mencegah gangguan kerusakan paru-paru. Tujuannya untuk mengurangi gejala dan mengurangi risiko PPOK (Vivi, 2022).

b. Berhenti merokok

Dengan mengurangi atau menghentikan kebiasaan merokok, dapat

meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup seseorang, mengurangi risiko faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan PPOK dan menunda kemajuan penyakit secara bertahap (Vivi, 2022).

c. Obat-obatan

Pemberian obat bertujuan untuk mengurangi keparahan penyakit dan menjaga stabilitas dan menjaga agar bronkodilatasi dan penekanan inflamasi tetap berlangsung. Bronkodilator dan obat golongan antikolinergik adalah pilihan yang sesuai (Vivi, 2022).

d. Terapi Oksigen

Pemberian terapi oksigen sangat penting karena pasien PPOK dapat mengalami kondisi hipoksemia yang bersifat progresif yang mampu menimbulkan kerusakan pada sel-sel jaringan pada saluran pernapasan. Keuntungan dari terapi oksigen adalah mengurangi kesulitan pernafasan, meningkatkan kualitas aktivitas, mengurangi gejala yang tidak nyaman, mengurangi penyempitan pembuluh darah mengurangi hematokrit untuk meningkatkan fungsi neuropsikiatri, dan meningkatkan mutu kehidupan (Vivi, 2022).

e. Rehabilitasi PPOK

Tujuan utama dari program rehabilitasi ini adalah untuk mengurangi gejala, meningkatkan toleransi terhadap latihan, dan juga meningkatkan kualitas hidup pasien. Rehabilitasi PPOK terdiri dari tiga komponen, yaitu latihan fisik, psikososial, dan latihan pernapasan (Vivi, 2022).

f. Ventilasi Mekanis

Terapi ini digunakan pada pasien PPOK yang mengalami kegagalan

respirasi akut maupun kronis. Penggunaan ventilasi mekanik bisa diberikan melalui proses inkubasi maupun tanpa proses inkubasi (Vivi, 2022).

g. Nutrisi

Karena meningkatnya kebutuhan energi untuk otot-otot pernapasan bisa menyebabkan kekurangan gizi pada pasien PPOK. Malnutrisi dapat meningkatkan tingkat kematian PPOK. Kekurangan gizi dapat dinilai dengan penurunan berat badan, kadar albumin darah, antropometri, pengukuran kekuatan otot (Vivi, 2022).

2. Penatalaksanaan keperawatan

- a. Monitor pola napas
- b. Monitor bunyi napas
- c. Monitor sputum
- d. Posisi semi fowler atau fowler
- e. Berikan minum air hangat
- f. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- g. Berikan oksigen, jika perlu
- h. Ajarkan teknik batuk efektif

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2.2 Konsep Asuhan keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pemeriksaan pada pasien PPOK meliputi hal-hal berikut (Dewi & Diana, 2023):

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

Identitas klien meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, dan diagnosis medis.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Dalam pemeriksaan riwayat penyakit saat ini, ini biasanya mencakup keluhan atau gangguan yang terkait dengan kondisi kesehatan yang sedang dirasakan. Contohnya termasuk keluhan

sesak napas, batuk, nyeri dada, dan penurunan nafsu makan menjadi rendah, sementara suhu tubuh naik.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji keadaan atau kondisi medis yang pernah dialami oleh pasien yang terkait dengan PPOK contohnya, asma Bronkial.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Mencari informasi dari anggota keluarga mengenai Riwayat peny-

akit yang berkaitan dengan PPOK.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien PPOK mencakup evaluasi fisik pasien, observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan *head to toe*.

f. Pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital

Pengamatan hasil tanda-tanda vital pada klien dengan PPOK umumnya terdapat peningkatan suhu tubuh yang signifikan, frekuensi pernapasan meningkat dan disertai dengan kesulitan bernapas, kenaikan suhu tubuh dan peningkatan tekanan darah umumnya terjadi secara bersamaan.

2. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

Pemeriksaan fisik dapat terbagi menjadi beberapa bagian yaitu:

a. Kepala

Saat melakukan pengkajian pada bagian kepala, diperhatikan tingkat kebersihan kepala, dengan rambut berwarna hitam atau putih, terawat, dan bebas dari kotoran, simetris, tidak ada luka, tidak ada pembengkakan di kepala, dan tidak terdapat rasa nyeri tekan di kepala.

b. Wajah

Biasanya pada pasien PPOK terlihat pucat.

c. Hidung

Kaji apakah terdapat kesulitan pernapasan (*dispnea*) pada pasien.

d. Mulut dan bibir

Pada umumnya pasien dengan PPOK akan menunjukkan tanda sianosis pada membran mukosa sebagai akibat dari kekurangan oksigen.

e. Thoraks

Pemeriksaan fisik pada thoraks adalah:

1) Inspeksi, meliputi:

- a) Abnormalitas pada struktur dinding dada yang seringkali ditemui pada pasien PPOK.
- b) Frekuensi pernapasan yang umumnya terjadi pada pasien PPOK adalah lebih dari 20 kali per menit, serta pernapasan yang dangkal.
- c) *Clubbing finger*

2) Palpasi

Pada pasien PPOK dapat diamati bahwa pergerakan dinding dada kiri dan kanan biasanya normal, tetapi terjadi penurunan gerakan dinding pernapasan.

3) Perkusi

Pada pasien dengan PPOK tanpa komplikasi, biasanya terdapat resonansi atau bunyi sonor yang dapat didengar di seluruh lapang paru. Pada pasien yang mengalami komplikasi efusi pleura akan terdengar bunyi redup atau pekak pada dinding paru.

4) Auskultasi

Pada pasien yang mengalami PPOK, sering terdengar bunyi napas tambahan seperti ronkhi dan *wheezing*.

f. Abdomen

Periksa keadaan abdomen, apakah ada benjolan atau luka, kaji adanya pembengkakan yang tidak normal, ada nyeri tekan atau tidak. Biasanya pada pasien PPOK terdengar suara hipersonor.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan elemen penting dalam proses asuhan keperawatan. Hal ini menjadi langkah awal dalam menyusun rencana perawatan

yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Ini adalah bagian integral dari analisis setiap langkah, di mana perawat harus menjalankan identifikasi terhadap tanggapan individu terhadap isu-isu kesehatan yang sedang terjadi (Lubis, 2020).

Diagnosa keperawatan yang bisa diangkat untuk PPOK antara lain (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D. 0001)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

Tidak tersedia

Objektif:

- a. Batuk tidak efektif
- b. Tidak mampu batuk
- c. Sputum berlebih
- d. Mengi, *wheezing*, dan/atau ronkhi kering
- e. Mekonium jalan napas (pada neonatus)

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

- a. Dispnea
- b. Sulit bicara
- c. Ortopnea

Objektif:

- a. Gelisah
- b. Sianosis
- c. Bunyi napas menurun
- d. Frekuensi napas berubah
- e. Pola napas berubah

2. Risiko Jatuh (D. 0143)

Faktor risiko:

- a. Usia >65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)
- b. Riwayat jatuh
- c. Anggota gerak bawah protesis (buatan)
- d. Penggunaan alat bantu berjalan

- e. Penurunan tingkat kesadaran
 - f. Perubahan fungsi kognitif
 - g. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)
 - h. Kondisi pasca operasi
 - i. Hipotensi ortostatik
 - j. Perubahan kadar glukosa darah
 - k. Anemia
 - l. Kekuatan otot menurun
 - m. Gangguan pendengaran
 - n. Gangguan keseimbangan
 - o. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
 - p. Neuropati
 - q. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anestesi umum)
3. Intoleransi Aktivitas (D. 0056)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

- a. Mengeluh Lelah

Objektif:

- a. Frekuensi jantung meningkat $<20\%$ dari kondisi istirahat

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

- a. Dispnea saat/setelah aktivitas
- b. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- c. Merasa lemah

Objektif:

- a. Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat
- b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- c. Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- d. Sianosis

4. Gangguan Pola Tidur (D. 0055)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

- a. Mengeluh sulit tidur
- b. Mengeluh sering terjaga
- c. Mengeluh tidak puas tidur
- d. Mengeluh pola tidur berubah
- e. Mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif:

Tidak tersedia

Gejala dan tanda minor:*Subjektif:*

- a. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif:

Tidak tersedia

5. Risiko Infeksi (D. 0142)

Faktor risiko:

- a. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
- b. Efek prosedur invasif
- c. Malnutrisi
- d. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
 - 1) Gangguan peristaltik
 - 2) Kerusakan integritas kulit
 - 3) Perubahan sekresi pH
 - 4) Penurunan kerja siliaris
 - 5) Ketuban pecah lama
 - 6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - 7) Merokok
 - 8) Status cairan tubuh
- f. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
 - 1) Penurunan hemoglobin
 - 2) Imunosupresi
 - 3) Leukopenia

4) Supresi respon inflamasi

5) Vaksinasi tidak adekuat

6. Defisit Pengetahuan (D. 0111)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

a. Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif:

a. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

b. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

Tidak tersedia

Objektif:

a. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

b. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

7. Gangguan Pertukaran Gas (D. 0003)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

a. Dispnea

Objektif:

a. PCO₂ meningkat/menurun

b. PO₂ menurun

c. Takikardia

d. pH arteri meningkat/menurun

e. Bunyi napas tambahan

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

a. Pusing

Objektif:

a. Sianosis

b. Diaforesis

- c. Penglihatan kabur
 - d. Gelisah
 - e. Napas cuping hidung
 - f. Pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/irregular, dalam/dangkal)
 - g. Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan)
 - h. Kesadaran menurun
8. Defisit Nutrisi (D. 0019)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

Tidak tersedia

Objektif:

- a. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

- a. Cepat kenyang setelah makan
- b. Kram/nyeri abdomen
- c. Nafsu makan menurun

Objektif:

- a. Bising usus hiperaktif
 - b. Otot pengunyah lemah
 - c. Otot menelan lemah
 - d. Membran mukosa pucat
 - e. Sariawan
 - f. Serum albumin turun.
 - g. Rambut rontok berlebihan
 - h. Diare
9. Pola Napas Tidak Efektif (D. 0005)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

- a. Dispnea

Objektif:

- a. Penggunaan otot bantu pernapasan
- b. Fase ekspirasi memanjang
- c. Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, *cheyne-stokes*)

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

- a. Ortopnea

Objektif:

- a. Pernapasan pursed-lip
- b. Ortopnea
- c. Pernapasan cuping hidung
- d. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
- e. Ventilasi semenit menurun
- f. Kapasitas vital menurun
- g. Tekanan ekspirasi menurun
- h. Tekanan inspirasi menurun
- i. Ekskursi dada berubah

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh perawat, klien, keluarga, dan orang-orang terdekat pasien untuk membantu menangani masalah dan meningkatkan status kesehatan pasien (Beatrik, 2019). Perencanaan ini adalah tahap ketiga dalam proses perawatan kesehatan. Langkah-langkah dalam tahap perencanaan dilakukan setelah menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diinginkan, dengan menentukan rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah klien (Dewi & Diana, 2023).

Berikut intervensi yang dapat diberikan pada pasien dengan PPOK dengan menggunakan Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D. 0001)
 Luaran: Bersihan jalan napas meningkat (L. 01001)
 Intervensi: Manajemen jalan napas (I. 01011)

Observasi

- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. *Gurgling*, mengi, *wheezing*, ronkhi kering)
- c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik

- a. Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*
- b. Berikan minum air hangat
- c. Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi

- a. Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*.
2. Risiko jatuh dibuktikan dengan Usia ≥ 65 tahun

Luaran: Tingkat Jatuh (L. 14138)

Intervensi: Pencegahan jatuh (I.14540)

Observasi

- a. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
- b. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)
- c. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. *Fall Morse Scale*, *Humpty Dumpty Scale*), *jika perlu*
- d. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda

Terapeutik

- a. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- b. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- c. Pasang *handrail* tempat tidur
- d. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

- e. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari *nurse station*

Edukasi

- a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 - b. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

Luaran: Toleransi Aktivitas (05047)

Intervensi: Manajemen energi (I.05178)

Observasi

- a. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri
- b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
- c. Monitor kebersihan tubuh

Terapeutik:

- a. Sediakan peralatan mandi
- b. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- c. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Edukasi:

- a. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
 - b. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055)

Luaran: Pola tidur (L. 05045)

Intervensi: Dukungan tidur (I.09265)

Observasi

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis)

Terapeutik

- a. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)

- b. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

Edukasi

- a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
 - b. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
 - c. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
5. Resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (D. 0124)

Luaran: Tingkat Infeksi (L. 14137)

Intervensi: Pencegahan Infeksi (I. 14539)

Observasi

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- a. Batasi jumlah pengunjung
- b. Berikan perawatan kulit pada area edema
- c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

- a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- c. Ajarkan etika batuk
- d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

Luaran: Tingkat pengetahuan (L. 12111)

Intervensi: Edukasi kesehatan (I.12383)

Observasi

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik

- a. Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan
- b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
 - b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
 - c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
7. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D. 0019)

Luaran: Status nutrisi (L. 03030)

Intervensi: Manajemen nutrisi (I. 03119)

Observasi

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- c. Identifikasi makanan yang disukai
- d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
- f. Monitor asupan makanan
- g. Monitor berat badan
- h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- c. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- d. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

- e. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- b. Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri)
 - b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
8. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D. 0005)

Luaran: Pola napas (L. 01004)

Intervensi: Manajemen jalan napas (I. 01011)

Observasi

- a. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- b. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*Jaw-thrust* jika curiga terjadi cedera servikal)

Terapeutik

- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, *wheezing*, ronkhi kering)
- c. Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- d. Berikan minum hangat
- e. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- f. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- g. Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal
- h. Keluarkan sumbatan benda padat dengan *forcep McGill*
- i. Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

- a. Edukasi anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi

b. Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

9. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi (D. 0003)

Luaran: Pertukaran gas (L. 01003)

Intervensi: Pemantauan respirasi (I. 01014)

Observasi

a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

b. Monitor pola napas (seperti *bradipnea*, *takipnea*, hiperventilasi, kussmaul, *Cheyne-Stokes*, biot, *ataxic*)

c. Monitor kemampuan batuk efektif

d. Monitor adanya produksi sputum

e. Monitor adanya sumbatan jalan napas

f. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru

g. Auskultasi bunyi napas

h. Monitor saturasi oksigen

i. Monitor nilai AGD

j. Monitor hasil x-ray toraks

Terapeutik

a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

b. Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan bagian dari proses keperawatan dan merupakan tahap keempat dari proses, dimana tindakan perawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana. Implementasi keperawatan adalah tahap proses keperawatan dimana perawat menerapkan berbagai strategi tindakan keperawatan yang telah direncanakan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan mereka dan

mencapai status kesehatan yang optimal. Pelaksanaan tindakan adalah pelaksanaan intervensi keperawatan, yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Zeithml, 2021).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses penilaian yang membandingkan perubahan kondisi pasien (hasil observasi) dengan tujuan dan kriteria hasil yang Anda tetapkan saat merencanakan perawatan. Penilaian ini dilakukan selama proses evaluasi untuk menentukan tingkat keberhasilan intervensi yang diberikan kepada pasien. Evaluasi keperawatan terdiri dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif). Evaluasi formatif dilakukan setiap kali perawat menyelesaikan tindakan, dan evaluasi hasil dilakukan untuk mengukur tingkat keberhasilan tindakan yang dilakukan pada pasien. Tahap evaluasi dibagi menjadi empat tahap, seperti SOAP (Dewi & Diana, 2023):

1. S (Subjektif)

Informasi subjektif didapatkan melalui anamnesis guna mengetahui keluhan pasien saat ini, riwayat penyakit sebelumnya, dan riwayat penyakit keluarga. Pada pasien PPOK akan didapatkan informasi bahwa klien mengalami perubahan pada gejala yang dialami, seperti sesak napas.

2. O (Objektif)

Hasil pemeriksaan fisik, termasuk tanda-tanda vital, skala nyeri, dan hasil pemeriksaan penunjang pasien saat ini, dianggap sebagai data objektif. Pada pasien PPOK mungkin didapatkan data seperti tekanan darah, frekuensi pernapasan, denyut nadi, saturasi, hingga penggunaan otot bantu napas.

3. A (*Assessment*)

Membandingkan data subjektif dan objektif dengan maksud dan kriteria hasil, kemudian menetapkan apakah permasalahan telah teratasi, teratasi sebagian, belum teratasi, atau muncul permasalahan baru.

4. P (*Planning*)

Penilaian dalam perencanaan merupakan langkah terakhir dari evaluasi, dimana akan dinilai tingkat keberhasilan perawatan yang

diberikan pada pasien, dan akan ditentukan apakah akan dilanjutkan, dihentikan, ditambahkan, atau dimodifikasi.



BAB III

METODE PENULISAN

3.1 Jenis/Desain Penulisan

Jenis penulisan ini adalah studi kasus deskriptif, yang bertujuan menjelaskan secara rinci tentang satu asuhan keperawatan sistem pernapasan PPOK untuk memperoleh pemahaman terhadap fenomena yang terjadi pada klien yang menderita PPOK serta manfaat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan di sarana pelayanan kesehatan rumah sakit.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek utama studi kasus dalam karya tulis ilmiah ini adalah Ny A.S yang mengalami gangguan sistem pernapasan yaitu PPOK yang termasuk dalam keperawatan medikal bedah.

3.3 Definisi Operasional

Karya tulis ilmiah dengan judul "Studi kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Paru Obstruktif Kronis Pada Ny. A.S di RSUD Gunung Maria Tomohon". Maka definisi operasionalnya yaitu:

1. Asuhan keperawatan medikal bedah: merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang mencakup bio-psiko-sosio-spiritual secara menyeluruh yang ditujukan pada orang dewasa pada masalah fisiologi, seperti masalah dengan sistem pernapasan, khususnya PPOK.
2. PPOK: merupakan penyakit paru-paru yang bersifat kronis yang ditandai dengan sesak napas, batuk dan sulit mengeluarkan dahak.
3. Diagnosa keperawatan
 - a. Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan pasien untuk mengeluarkan sekret yang ada di jalan napas
 - b. Risiko jatuh adalah keadaan pasien yang berisiko untuk jatuh yaitu usia ≥ 65 tahun (91 tahun)
 - c. Intoleransi aktivitas adalah ketidakmampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena sesak napas
 - d. Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu

tidur pasien

3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Tempat pengambilan studi kasus karya tulis ilmiah ini yaitu di ruang rawat inap St. Agustinus Angela, Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon. Waktu pelaksanaan pengambilan studi kasus yaitu pada tanggal 09 Maret 2024 dan dilakukan implementasi selama 4 hari mulai dari tanggal 09 Maret 2024 sampai tanggal 12 Maret 2024.

3.5 Proses Pengumpulan Data

3.5.1 Kepustakaan

1. Literatur buku

Literatur buku yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu buku SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Selain itu, penulis juga menggunakan buku asuhan keperawatan medikal bedah PPOK, dan buku asuhan keperawatan tentang sistem pernapasan.

2. Literatur jurnal Online (*Google Scholar*)

Literatur jurnal online digunakan untuk menemukan artikel penelitian tentang asuhan keperawatan pada pasien PPOK yang diterbitkan dalam waktu 5 tahun terakhir.

3. Literatur internet

Literatur internet digunakan untuk mengakses informasi tentang prevalensi PPOK melalui prevalensi secara global maupun nasional melalui website resmi WHO dan Kemenkes RI.

3.5.2 Kasus Asuhan Keperawatan

1. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, Riwayat penyakit keluarga, dan lain-lain. Sumber data dari klien, keluarga atau rekam medik.

2. Observasi

Observasi dilakukan dengan melihat hasil laboratorium, dan

pemeriksaan fisik dengan menggunakan teknik: inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi pada tubuh klien.

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan data yang didapatkan dari pemeriksaan diagnostik.

4. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan keluarga pasien, perawat, dokter, dosen pembimbing untuk memperoleh data pengkajian dan data yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien

3.6 Penyajian Data

3.6.1 Narasi

Penyajian data disajikan dalam bentuk narasi dan tabel. Data yang disajikan dalam bentuk narasi yaitu pengkajian *head to toe* dan pengkajian pola kesehatan, yaitu pola cairan dan nutrisi, pola eliminasi, pola istirahat dan tidur, pola aktivitas dan latihan, pola kognitif, pola persepsi diri, pola reproduksi dan hubungan seksual, pola coping dan toleransi terhadap stress, pola nilai dan kepercayaan, serta terapi obat yang diberikan kepada pasien.

3.6.2 Tabel

Data yang disajikan dalam bentuk tabel yaitu hasil pemeriksaan laboratorium (hematologi lengkap, kimia klinik), rencana asuhan keperawatan (diagnosa keperawatan, tujuan/kriteria), implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan.

3.7 Etika Penelitian

3.7.1 Prinsip *Respect Person* (Hormat)

1. Lembar persetujuan (*informed consent*)

Informed Consent adalah persetujuan pasien terhadap tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter dan perawat terhadap dirinya setelah pasien diberikan informasi oleh dokter dan perawat tentang tindakan medis yang akan dilakukan untuk membantu dirinya serta risiko-risiko yang mungkin terjadi (BPSDM, 2022). Prinsip *informed consent* yang dilakukan kepada pasien dan keluarga yaitu dengan meminta persetujuan pada keluarga untuk melakukan wawancara atau

tindakan medis lainnya, apakah pasien atau keluarga setuju atau tidak. Pada kasus asuhan keperawatan Ny. A.S telah menerapkan prinsip *informed consent* dengan meminta persetujuan pada pasien dan keluarga untuk dilakukan wawancara ataupun tindakan medis lainnya.

2. *Anonymity* (prinsip tanpa nama)

Pasien mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dijaga kerahasiaannya, sehingga perlu adanya tanpa nama (*anonymity*). Prinsip ini digunakan namun tanpa nama atau tanpa identitas, dalam melakukan tindakan atau kegiatan apapun bertujuan untuk menjaga privasi dan keamanan dari pihak yang bersangkutan (Universitas Alma Ata, 2019). Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis tidak mencantumkan nama, penulis hanya menggunakan inisial pasien dan keluarga.

3. *Freedom* (prinsip kebebasan)

Prinsip kebebasan didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir secara logis dan dapat membuat keputusan sendiri. Prinsip ini menyatakan penghargaan terhadap seseorang dan dianggap sebagai persetujuan yang tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak atas kemandirian dan kebebasan individu yang memerlukan pengakuan sebagai individu yang berbeda (Universitas Alma Ata, 2019). Pada keluarga Ny. A.S diberikan kebebasan untuk memberikan pendapat tentang masalah kesehatannya dan keluhan apapun yang dirasakan, serta bebas untuk memutuskan tindakan apa yang boleh atau tidak boleh dilakukan kepada pasien.

4. *Privacy* (prinsip kerahasiaan)

Prinsip kerahasiaan mewajibkan menjaga privasi informasi klien. Isi catatan kesehatan klien hanya boleh diakses untuk keperluan pengobatan klien dan tidak boleh disebarkan tanpa persetujuan klien. Pembicaraan tentang klien dengan orang lain di luar lingkup pelayanan kesehatan harus dihindari (Universitas Alma Ata, 2019).

Pada keluarga Ny. A.S harus menjaga rahasia atau privasi pada keluarga tersebut.

5. *Beneficience* (prinsip bermanfaat)

Beneficience mengacu pada tindakan yang bertujuan untuk melakukan kebaikan semata. Konsep kebaikan ini mencakup upaya untuk mencegah kerusakan atau kejahatan, menghilangkan kerusakan atau kejahatan yang ada, serta meningkatkan hal-hal yang baik bagi diri sendiri maupun orang lain (Universitas Alma Ata, 2019). Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien yang tentunya bermanfaat bagi pasien dan keluarga serta memberikan manfaat yang maksimal dan risiko yang minimal pada Ny. A.S.

6. *Justice* (prinsip keadilan)

Prinsip ini menekankan setiap orang layak mendapatkan sesuatu yang sesuai dengan haknya menyangkut keadilan distributif dan pembagian yang seimbang. Jangan sampai terjadi kelompok yang rentan mendapatkan masalah yang tidak adil (Universitas Alma Ata, 2019).



BAB IV
TINJAUAN KASUS

4.1 Pengkajian

Ruang Perawatan : St. Agustinus Angela	Auto Anamnese : ✓
Kamar : VII bed 2	Allo Anamnese : ✓
Tanggal Masuk RS: 08-03-2024	No.CM/DM : 423815
Tanggal Pengkajian: 09-03-2024	No. Register : 030300

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial	: Ny. A.S
Umur	: 91 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Janda
Agama	: Kristen
Suku Bangsa	: Minahasa
Warga Negara	: WNI
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan terakhir	: SD
Pekerjaan	: Pensiunan
Alamat	: Makalonsou, Tondano
Timur	

b. Identitas Penanggung jawab

Nama Penanggung jawab	: Ny. L.R
Umur	: 30 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Makalonsou, Tondano
Timur	
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Hubungan dengan pasien	: Cucu pasien

2. Data Medik

- a. Diagnosa Medik
 Saat masuk: Dispepsia (08-03-2024)
 Saat Pengkajian: PPOK, CKD (09-03-2024)

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan: Keadaan umum pasien lemah, aktivitas terbatas seperti mandi, makan, BAK/BAB. Pasien tampak terpasang IVFD NS 0,9% 10 tetes/ menit, dan O2 NRM 10 liter/menit. Pasien tampak sesak napas, gelisah, batuk dan sulit mengeluarkan lendir.

b. Pemeriksaan Status Kesadaran

1) Kualitatif: Apatis

2) Kuantitatif: GCS (*Glasgow Coma Scale*)

a) Respon Motorik: 6 (melakukan perintah dengan benar/mematuhi perintah)

b) Respon Bicara: 3 (kalimat tidak sesuai namun kata-kata baik)

c) Respon Membuka Mata: 3 (membuka mata ketika dipanggil/di ajak berbicara)

Jumlah: 12

Kesimpulan: Apatis

c. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital Tubuh

1) Tekanan Darah

Lokasi: Di lengan kanan

Hasil: 130/70 mmHg

$$\text{MAP: } \frac{\text{sistol} + (2 \times \text{diastol})}{3} = \frac{130 + (2 \times 70)}{3} = \frac{270}{3} = 90 \text{ mmHg}$$

Kesimpulan: Perfusi darah ke ginjal memadai

Normal mmHg: 70-110 mmHg

2) Nadi

Lokasi: Di arteri radialis

Hasil: 79 x/ menit

Irama: Reguler

3) Pernapasan (normal 16-24 x / menit)
 Hasil: 26 x/menit

Irama: Ireguler

Jenis Pernapasan: Pernapasan dada

Suara napas tambahan: *wheezing*

4) Suhu Tubuh

Lokasi: Axila

Hasil: 36,7° C

d. Pengukuran

1) Tinggi Badan: 150 cm

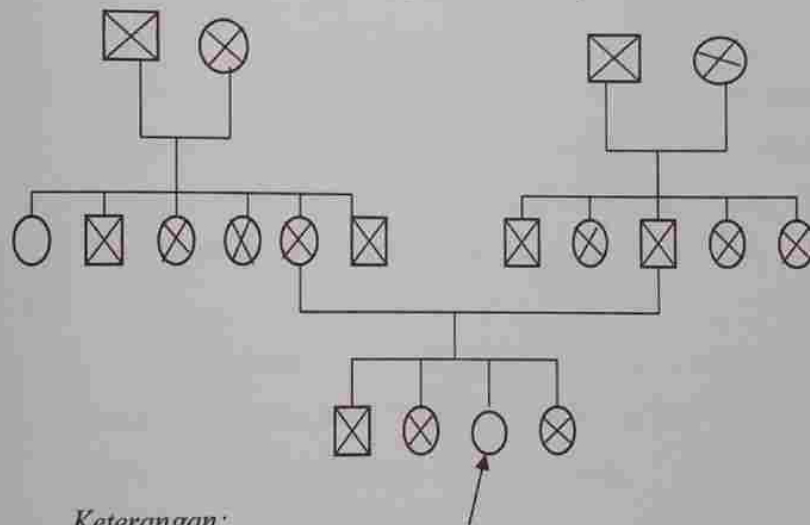
2) Berat Badan: 45 kg

3) Indeks Massa Tubuh: $\frac{BB}{TB (m^2)} = \frac{45}{150 \times 150} = \frac{45}{2,25} = 20 \text{ kg/m}^2$

Keterangan:

Kesimpulan: Berat badan normal

e. Pengkajian Genogram (2 generasi keatas)



Keterangan:

Laki-laki:

Perempuan:

Meninggal:

Pasien: (with arrow)

Menikah:

Keturunan:

Kesimpulan: Pasien berumur 91 tahun, dan dalam keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien.

4. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

a. Kulit

Saat dilakukan pemeriksaan pada pasien, tidak ada tanda dehidrasi (finger print), kulit teraba hangat, warna kulit kuning langsung, kulit tampak bersih. Terdapat tanda kebiruan pada kedua tangan.

b. Kepala dan Rambut

Saat dilakukan pemeriksaan, kulit kepala pasien tampak bersih, penyebaran rambut merata, tidak terdapat luka di kulit kepala, tidak terdapat benjolan. Rambut pasien mudah rontok, tidak terdapat nyeri tekan.

c. Mata

Saat dilakukan pemeriksaan, pasien tidak menggunakan kacamata, palpebra tidak edema, sklera tidak ikterik, konjungtiva anemis, refleks cahaya positif, pupil isokor sama besar kiri dan kanan. Fungsi penglihatan pasien menurun.

d. Telinga

Saat dilakukan pemeriksaan, telinga tampak bersih, tidak ada serumen, canalis utuh tidak ada radang, refleks cahaya politzer positif, fungsi pendengaran pasien menurun.

e. Hidung

Saat dilakukan pemeriksaan, posisi septum ditengah, tidak terdapat sekret, tidak ada peradangan mukosa hidung, tidak ada pendarahan pada hidung, tidak ada nyeri tekan pada sinus. Fungsi penciuman pasien baik.

f. Rongga Mulut, Gigi, Lidah dan Tonsil

Saat dilakukan pemeriksaan, rongga mulut pasien tampak kotor, tidak terdapat bau mulut, tidak terdapat luka pada mukosa bibir, gigi

pasien sudah tidak lengkap. Tidak terdapat pendarahan dan luka di gusi, lidah pasien tampak kotor, tidak ada peradangan pada tonsil.

g. Leher

Saat dilakukan pemeriksaan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada kaku kuduk

h. Thoraks dan Pernapasan (konsep oksigenasi)

Saat dilakukan pemeriksaan, bentuk dada tampak datar, frekuensi napas 26 x/menit, pernapasan pasien tampak tidak teratur, tidak terdapat sianosis di daerah bibir dan perifer kuku, vokal fremitus teraba bagian kiri kurang getaran. Terdengar suara napas tambahan wheezing, terdapat produksi sputum. Pasien tampak menggunakan alat bantu napas oksigen NRM 10 liter/menit.

Pemeriksaan payudara (khusus wanita)

Bentuk payudara tampak simetris, tidak ada luka, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan.

i. Jantung

Saat dikaji, ictus cordis teraba, jumlah HR: bpm, tidak ada bunyi jantung tambahan

j. Abdomen

Bentuk abdomen datar, tidak terdapat bekas luka operasi, peristaltik usus 15x/menit, dinding perut teraba tegang, terdapat nyeri tekan pada abdomen, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada benjolan, terdapat nyeri ketuk pada ginjal kiri dan kanan.

k. Ekstremitas

Ekstremitas atas

Tidak ada edema, tampak ada lebam di kedua pergelangan tangan tangan kiri, rentang gerak pasien terbatas.

Ekstremitas bawah

Tidak ada edema pada kedua kaki, tidak ada luka, tidak ada fraktur, rentang gerak pasien terbatas.

Kekuatan Otot Ektremitas Atas dan Bawah

kiri	5	5	kanan
kiri	3	3	kanan

Keterangan:

3 = mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan

5 = Kekuatan utuh

l. Columna Vertebralis

Saat melakukan pemeriksaan, bentuk columna vertebralis pasien lordosis, tidak ada luka atau benjolan, tidak ada nyeri tekan.

m. Genetalia

Saat dilakukan pemeriksaan tidak terdapat radang atau luka, tidak ada pengeluaran pus atau cairan pada mulut uretra, tidak ada pendarahan OUE (*Orifisium Urethra Eksternal*), terdapat nyeri tekan pada saat palpasi kandung kemih

n. Bokong dan anus

Saat dilakukan pemeriksaan, tidak ada luka atau lesi pada bokong dan anus, saluran pembuangan anus ada, tidak ada hemoroid, tidak ada pendarahan pada anus.

5. **Pengkajian 11 Pola Persepsi Kesehatan**

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit, pasien beraktivitas seperti biasa, misalnya berkebun

2) Riwayat Penyakit Saat Masuk Rumah Sakit

a) Keluhan utama saat klien masuk rumah sakit

Keluarga pasien mengatakan nyeri di ulu hati

b) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pasien merasakan nyeri 1 jam sebelum di bawa ke rumah sakit.

c) Keluhan lain yang menyertai saat pasien masuk rumah sakit

Keluarga pasien mengatakan nyeri di bagian abdomen, terasa panas di daerah dada, dan badan terasa lemah.

3) Riwayat penyakit saat dilakukan pengkajian

a) Keluhan utama saat dilakukan pengkajian

Keterangan:

3 = mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan

5 = Kekuatan utuh

l. Columna Vertebralis

Saat melakukan pemeriksaan, bentuk columna vertebralis pasien lordosis, tidak ada luka atau benjolan, tidak ada nyeri tekan.

m. Genetalia

Saat dilakukan pemeriksaan tidak terdapat radang atau luka, tidak ada pengeluaran pus atau cairan pada mulut uretra, tidak ada pendarahan OUE (*Orifisium Urethra Eksternal*), terdapat nyeri tekan pada saat palpasi kandung kemih

n. Bokong dan anus

Saat dilakukan pemeriksaan, tidak ada luka atau lesi pada bokong dan anus, saluran pembuangan anus ada, tidak ada hemoroid, tidak ada pendarahan pada anus.

5. **Pengkajian 11 Pola Persepsi Kesehatan**

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit, pasien beraktivitas seperti biasa, misalnya berkebun

2) Riwayat Penyakit Saat Masuk Rumah Sakit

a) Keluhan utama saat klien masuk rumah sakit

Keluarga pasien mengatakan nyeri di ulu hati

b) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pasien merasakan nyeri 1 jam sebelum di bawa ke rumah sakit.

c) Keluhan lain yang menyertai saat pasien masuk rumah sakit

Keluarga pasien mengatakan nyeri di bagian abdomen, terasa panas di daerah dada, dan badan terasa lemah.

3) Riwayat penyakit saat dilakukan pengkajian

a) Keluhan utama saat dilakukan pengkajian

Keterangan:

3 = mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan

5 = Kekuatan utuh

l. Columna Vertebralis

Saat melakukan pemeriksaan, bentuk columna vertebralis pasien lordosis, tidak ada luka atau benjolan, tidak ada nyeri tekan.

m. Genetalia

Saat dilakukan pemeriksaan tidak terdapat radang atau luka, tidak ada pengeluaran pus atau cairan pada mulut uretra, tidak ada pendarahan OUE (*Orifisium Urethra Eksternal*), terdapat nyeri tekan pada saat palpasi kandung kemih

n. Bokong dan anus

Saat dilakukan pemeriksaan, tidak ada luka atau lesi pada bokong dan anus, saluran pembuangan anus ada, tidak ada hemoroid, tidak ada pendarahan pada anus.

5. **Pengkajian II Pola Persepsi Kesehatan**

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit, pasien beraktivitas seperti biasa, misalnya berkebun

2) Riwayat Penyakit Saat Masuk Rumah Sakit

a) Keluhan utama saat klien masuk rumah sakit

Keluarga pasien mengatakan nyeri di ulu hati

b) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pasien merasakan nyeri 1 jam sebelum di bawa ke rumah sakit.

c) Keluhan lain yang menyertai saat pasien masuk rumah sakit

Keluarga pasien mengatakan nyeri di bagian abdomen, terasa panas di daerah dada, dan badan terasa lemah.

3) Riwayat penyakit saat dilakukan pengkajian

a) Keluhan utama saat dilakukan pengkajian

- Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas.
- b) Riwayat keluhan utama saat dilakukan pengkajian
 Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas karena terdapat penumpukan sputum yang sulit dikeluarkan
- c) Keluhan lain yang menyertai saat dilakukan pengkajian
 Keluarga pasien mengatakan, pasien merasa nyeri dan terasa panas di daerah dada, badan terasa lemah, pasien batuk dan pasien sulit mengeluarkan sekret.
- 4) Riwayat penyakit yang pernah dialami
 Keluarga pasien mengatakan, pasien belum pernah mengalami penyakit yang sama, pasien pernah mengalami fraktur di daerah pergelangan tangan sejak ± 5 bulan yang lalu karena jatuh dari tempat tidur. Saat sakit pasien biasanya berobat di puskesmas dan tukang urut. Pasien tidak ada alergi pada obat maupun makanan dan minuman. Pasien dulunya merupakan perokok aktif dan pecandu alkohol.
- 5) Riwayat penyakit dalam keluarga
 Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit turunan dalam keluarga.
- b. Pola Nutrisi dan Metabolik
- 1) Keadaan sebelum sakit
 Makan:
 Pasien makan 3x sehari, jenis makanan nasi, ikan sayur, pasien tidak ada gangguan saat makan.
 Minum:
 Pasien minum ± 1.500 cc, jenis minuman air putih, tidak ada gangguan saat minum.
- 2) Keadaan sejak sakit
 Makan:
 Pasien makan 3x sehari dengan porsi sedikit ± 5 sendok makan, jenis makanan bubur, tidak ada gangguan dalam menelan.
 Minum:

Frekuensi minum pasien ± 300 cc per hari, jenis minuman air putih, tidak ada gangguan saat minum.

Pengkajian Khusus Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit
Balance Cairan

a) Intake cairan (cairan masuk)

Cairan oral: makanan: 250 cc

Minuman: ± 300 cc

Cairan Parenteral: IVFD 750 cc

Obat-obatan: 166 cc

Lain-lain: -

Total intake: 1.666 cc

b) Ouput Cairan (cairan keluar)

Urine: Jumlah: 750 cc

Kejernihan/kepekatan: Kuning keruh

Pispot kateter

Muntah: - cc

Lain-lain: - cc

Total ouput: 750 cc

c) IWL (Insisible Water Loss):

$(15 \times \text{BB (kg)} \times \text{jam kerja})/24 \text{ jam}$

$(15 \times 45 \times 24)/24 = 675 \text{ cc}$

Balance Cairan: Intake - Output - IWL

$= 1.300 - 750 - 675$

$= -125 \text{ cc}$

Kesimpulan: Hipovolemi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Buang Air Besar:

Keluarga pasien mengatakan feses berwarna kekuning-kuningan, bau khas feses normal, konsistensi lunak, tidak ada gangguan saat buang air besar.

Buang Air Kecil:

Pasien mengatakan urine berwarna kuning, bau khas urin normal, tidak ada gangguan saat buang air kecil.

2) Keadaan sejak sakit

Buang Air Besar:

Keluarga pasien mengatakan feses berwarna kekuning-kuningan, bau khas feses normal, konsistensi lunak, tidak ada gangguan saat buang air besar.

Buang Air Kecil:

Pasien menggunakan kateter, tampak warna urine kuning keruh, bau obat, jumlah urine 750 cc/ 24jam.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Makan: nilai 0 (mandiri)

Mandi: nilai 0 (mandiri)

Pakaian: nilai 0 (mandiri)

Kerapihan: nilai 0 (mandiri)

BAB: nilai 0 (mandiri)

BAK: nilai 0 (mandiri)

Mobilisasi: 0 (mandiri)

Gangguan saat beraktivitas: nyeri sendi

2) Keadaan sejak sakit:

Obsevasi aktivitas harian:

Makan: nilai 4 (total)

Mandi: nilai 4 (total)

Pakaian: nilai 4 (total)

Kerapihan: nilai 4 (total)

BAB: nilai 4 (total)

BAK: nilai 4 (total)

Mobilisasi: 4 (total)

Kesimpulan: Pasien membutuhkan bantuan total

Tingkat kelelahan

a) Aktivitas yang membuat lelah:

Pasien sering berteriak-teriak

b) Riwayat sesak napas:

Pasien merasa sesak napas sejak berada di IGD.

Pasien memiliki postur tubuh lordosis, kemampuan pergerakan pasien terbatas.

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan kebiasaan tidur teratur, pasien tidur pada pukul 21:00, dan bangun pagi sekitar pukul 06:00, pasien bangun sendiri, pasien tidak menggunakan alat bantu tidur dan kualitas tidur pasien baik.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan kebiasaan tidur pasien tidak teratur, pasien sering terbangun pada malam hari. Frekuensi tidur malam 4-5 jam, gangguan saat tidur yaitu sesak napas. Pasien juga mengatakan tidak puas tidur dan tampak sering menguap.

f. Pola persepsi kognitif dan perseptual

Persepsi sensori

- 1) Fungsi penglihatan: Fungsi penglihatan pasien kabur, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, kemampuan menulis dan membaca menurun.
- 2) Fungsi pendengaran: Fungsi pendengaran pasien menurun, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.
- 3) Fungsi penciuman: Fungsi penciuman pasien baik, tidak ada gangguan dalam hal penciuman
- 4) Fungsi komunikasi: Pasien mampu berespon terhadap pembicaraan namun namun kata-kata yang diucapkan pasien kurang jelas.
- 5) Fungsi sensitivitas kulit terhadap rangsangan: Pasien mampu membedakan panas dan dingin, pasien juga mampu merasakan nyeri.

Pemeriksaan khusus konsep gangguan rasa aman dan nyaman:

- 1) P (*Paliative/Provocative*)
 Faktor yang membuat nyeri semakin bertambah: pada saat pasien batuk
 Faktor yang membuat nyeri semakin berkurang sampai tidak lagi dirasakan: pada saat pasien istirahat (tidur)
- 2) Q (*Quality/Quantity*)
 Kualitas nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk
- 3) R (*Region/Radiation*)
 Nyeri dirasakan di bagian abdomen
- 4) S (*Severity/Scale*)
 Skala nyeri 2-3
 Intensitas nyeri: nyeri ringan
 Ekspresi wajah : meringis saat nyeri
- 5) T(*Time*)
 Durasi nyeri: ± 1menit
 Frekuensi nyeri : nyeri seperti ditusuk-tusuk

Pola Kognitif: Pasien tidak mampu berorientasi terhadap waktu, pasien mengetahui dimana ia berada sekarang namun tidak mampu mengingat nama orang

- g. Pola Persepsi Konsep Diri: Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengenal dirinya sendiri, hal positif dari pasien yaitu membawa keceriaan. Kontak mata pasien menurun, rentang perhatian menurun, suara dan cara bicara pasien kurang jelas.
- h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama: Peran pasien dalam keluarga adalah sebagai ibu dari anak-anaknya dan menjadi nenek dari cucu-cucunya, hubungan pasien dengan masyarakat baik, jika kesulitan pasien mempercayai keluarganya untuk membantunya. Pasien tidak lagi terlibat dalam kegiatan sosial masyarakat karena pasien sudah berumur.
- i. Pola Reproduksi dan Seksualitas: Fungsi seksualitas pasien menurun, pasien tidak lagi menstruasi (menopause).

- j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres: Masalah utama saat sakit yang dihadapi pasien yaitu tidak dapat beraktivitas lagi seperti saat sehat, mekanisme koping saat menghadapi masalah dengan berdoa.
- k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan: Agama yang dianut pasien yaitu kristen, keluarga pasien mengatakan walau pasien tidak ke gereja namun ia tetap rajin berdoa kepada Tuhan untuk kesembuhannya.

6. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

- a. Hematologi (08 Maret 2024, 18.36 wita)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	12.7	12-18	g/dL
Hematokrit	36.8	35-47	%
Eritrosit	3.58	3.50-5.00	juta/uL
Leukosit	6.60	5-10	uL
Trombosit	197	150-400	uL
Hitung jenis/ DIFF			
Basofil	0.1	0-1	%
Eosinofil	1.5	1-5	%
Neutrofil Segment	* 85.5	40-70	%
Limfosit	* 8.3	30-45	%
Monosit	4.6	2-8	%
Index Eritrosit			
MCV	9.41	80-100	fL
MCH	31.6	24-34	pg
MCHC	33.6	33-37	%
RDW- CV	13.9	11.3-14.7	%

RDW- SD	* 49.0	39-47	fL
---------	--------	-------	----

Tabel 4.1 Hematologi Lengkap

b. Kimia Klinik (08 Maret 2024, 18.36 wita)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
KIMIA KLINIK			
Fungsi Ginjal			
Ureum	*117	17-49	mg/dL
Kreatinin	2.70	< 1.5	mg/dL
Elektrolit			
Natrium (Na)	141.0	135-147	mEq/L
Kalium (K)	4.6	3.6-5.5	mEq/L
Chlorida (CL)	102.0	98.0-106.0	mEq/L
Glukosa Darah			
Glukosa Darah Sewaktu	139	70-140	mg/dL

Tabel 4.2 Pemeriksaan Kimia Klinik

c. Urinalisa (08 Maret 2024, 18.36)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
URINE			
Urinalisa			
Warna	Kuning	Kuning	
Kejernihan	*Agak keruh	Jernih	
Kimia			
Berat Jenis	1.030	1.015-1.025	
pH	5.5	4.5-8.0	
Glukosa	Negatif	Negatif	

Protein	Negatif	Negatif	
Keton	*+/-	Negatif	
Nitrit	Negatif	Negatif	
Billirubin	Negatif	Negatif	
Urrobilinonogen	0.1	Normal	
Darah	Negatif	Negatif	
Leukosit osterase	Negatif	Negatif	
Mikroskopis			
Leukosit	0 - 1	0-5	/LPB
Eritrosit	0 - 1	0-3	/LPB
Sel Epitel	0 - 1	< 5	/LPB
Silinder	Negatif	Negatif	/LPK
Kristal	Negatif	Negatif	/LPK
Bakteri	Negatif	Negatif	LPB
Mucus	Negatif	Negatif	

Tabel 4.3 Pemeriksaan Urinalisa

FOTO RONTGEN

Nama : Ny. A.S

Hari/ tanggal/ jam : Kamis/29-02-2024/ 09:00

Intrepretasi Hasil:

- Corakan bronchovascular dan kedua hilus paru prominent. Aerasi paru meningkat
- Sinus costophrenicus dan diafragma kanan baik, kiri suram
- Tulang-tulang intak

Pengkajian Risiko Jatuh

No	Pengkajian	Skala	Skoring
1.	Riwayat jatuh: apakah pasien pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak: 0 Ya: 25	25
2.	Diagnosa sekunder: apakah pasien memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak: 0 Ya: 15	

3.	Alat bantu jalan: - Bed rest/dibantu perawat - Kruk/tongkat - Berpegangan pada benda-benda di sekitar	0 15 30	0
4.	Terapi intravena: apakah saat ini pasien terpasang infus?	Ya: 20	20
5.	Gaya berjalan atau berpindah: - Normal/bed rest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri) - Lemah: (tidak bertenaga) - Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)	0 10 20	10
6.	Status mental - Pasien menyadari kondisi dirinya - Pasien mengalami keterbatasan daya ingat	0 15	15
	Total nilai: 70		

Tabel 4.4 tabel Risiko jatuh

7. Terapi Obat

Obat Oral

a. Sucralfat (Sirup) 3 x 100 ml /via oral

- 1) Klasifikasi obat: golongan *mucosal protectants*
- 2) Indikasi: sucralfate merupakan obat yang bekerja dengan cara berikatan dengan protein positif membentuk lapisan mukus.lapisan ini secara lokal melindungi lambung dari asam peptik, pepsin, dan garam empedu. Obat ini digunakan untuk pengobatan jangka pendek dan jangka panjang pada tukak

lambung dan usus, gastritis kronik, dan profilaksis perdarahan gastrointestinal.

- 3) Kontraindikasi: penggunaan sukralfat hari diperhatikan pada pasien yang diketahui memiliki riwayat reaksi hipersensitivitas terhadap kandungan yang ada di dalam sukralfat.
 - 4) Efek samping: peningkatan resiko akumulasi dan toksisitas Al seperti osteodistrofi Al, osteomalasia dan ensefalopati (pada pasien dengan gangguan ginjal), pembentukan bezoar dan obstruksi usus (pada pasien yang penyakit parah), hiperglikemia, aspirasi disertai komplikasi pernapasan, vertigo, sembelit, diare, perut kembung, ketidaknyamanan lambung, mulut kering, dispepsia, mual, muntah.
- b. Ocuson (Tablet), 3 x 25 mg / via oral
- 1) Klasifikasi obat: golongan *kortikosteroid betamethason*
 - 2) Indikasi: Ocuson adalah obat dengan kandungan betamethasone dan dexchlorpheniramine yang digunakan untuk mengobati kasus-kasus alergi dan inflamasi yang membutuhkan terapi dengan kortikosteroid.
 - 3) Kontraindikasi: hipersensitivitas, cedera otak traumatis dengan mata, herpes simpleks, bayi baru lahir, tukak peptik.
 - 4) Efek samping: mengantuk, pusing, mulut, dan tenggorokan kering.
- c. Curcuma, 3 x 1/ via oral
- 1) Klasifikasi obat: golongan *curcuma xanthorrhiza*
 - 2) Indikasi: merupakan suplemen makanan yang berasal dari ekstrak temulawak yang digunakan untuk membantu menambah atau meningkatkan nafsu makan, membantu menjaga daya tahan tubuh serta membantu memelihara fungsi hati.
 - 3) Kontraindikasi:
 - 4) Efek samping: mual, diare, perdarahan pada orang-orang dengan kondisi kesehatan tertentu (batu ginjal atau penyakit autoimun).
- d. Salbutamol 4mg 3 x 1/via oral

- 1) Klasifikasi Obat: obat golongan bronkodilator
 - 2) Indikasi: Salbutamol merupakan obat golongan adrenergik agonis yang secara langsung dapat membuat otot-otot polos pada bronkus menjadi lebih rileks. Salbutamol digunakan untuk mengobati bronkospasme (misalnya penyakit asma karena alergi, asma bronkial, bronkitis asmatis, emfisema pulmonum dan PPOK).
 - 3) Kontraindikasi: Hipersensitif Salbutamol
 - 4) Efek samping: Takikardi, palpitasi, mual-muntah, kram otot, tremor, dan sakit kepala.
- e. Asam Folat 3 x 1/via oral
- 1) Klasifikasi obat: golongan multivitamin
 - 2) Indikasi: Asam Folat merupakan vitamin B yang biasanya ditemukan dalam makanan seperti kacang kering, kacang polong, jeruk, produk gandum, hati, brokoli, dan bayam. Asam Folat dapat membentuk tubuh memproduksi dan memelihara sel-sel baru dan juga membantu mencegah perubahan pada DNA yang dapat menyebabkan kanker.
 - 3) Kontraindikasi: Anemia Pernisiosa yang tidak diobati, defisiensi cobalamin yang tidak diobati, penyebab defisiensi cobalamin lainnya.
 - 4) Efek samping: Demam, kelemahan atau ketidaknyamanan, kulit memerah, sesak napas, ruam kulit atau gatal-gatal, sesak di dada, kesulitan bernapas, mengi, gangguan saluran pencernaan, gangguan sistem saraf, hipersensitif dan anoreksia.
- f. Paracetamol 3 x 1/ via oral
- 1) Klasifikasi: golongan analgesik dan atipiretik
 - 2) Indikasi: Paracetamol merupakan obat yang dapat digunakan untuk meringankan rasa sakit pada kepala, sakit gigi, dan menurunkan demam.
 - 3) Kontraindikasi: Paracetamol jangan diberikan kepada penderita hipersensitif/ alergi terhadap paracetamol, penderita gangguan hati

berat.

- 4) Efek samping: Trombositopenia (jumlah trombosit kurang dari normal), gangguan saluran cerna, mual, muntah dan sembelit, gangguan sistem saraf, sakit kepala, gangguan kejiwaan, insomnia.

Obat Injeksi

a. Ranitidine 1 ampul (2mg) /via IV

- 1) Klasifikasi obat: golongan antagonis reseptor histamin
- 2) Indikasi: obat yang digunakan untuk mengobati penyakit-penyakit yang di sebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung, seperti sakit maag dan tukak lambung. Obat ini digunakan tukak lambung dan tukak duodenun, refluks esofagitis, dispepsia episodik kronis, tukak akibat AINS,tukak duodenun karena H. pylori, sindrom Zollinger-ellison, kondisi lain dimana pengurangan asam lambung.
- 3) Kontraindikasi: riwayat porfiria akut
- 4) Efek samping: sakit kepala, konstipasi, diare, mual, rasa tidak nyaman/nyeri, pusing.

b. Ceftriaxone (2 g), / . via IV

- 1) Klasifikasi obat: golongan antibiotik sefalosporin
- 2) Indikasi: ceftriaxone bisa digunakan untuk mengobati infeksi bakteri di berbagai bagian tubuh . obat ini termasuk golongan obat yang banyak orang kenal sebagai antibiotik sefalosporin.
- 3) Kontraindikasi: obat ini dikontraindikasi pada pasien yang diketahui alergi terhadap kelompok antibiotik sefalosporin
- 4) Efek samping: ruam, tinja darah atau berair, disertai kram perut atau demam,nyeri perut, mual dan muntah, nyeri dada.

c. Ondansentron 1 ampul (4mg)/via IV

- 1) Klasifikasi obat: golongan antagonis reseptor serotonin
- 2) Indikasi: obat resep yang digunakan sebagai profilaksis dan untuk mengobati gejala mual dan muntah akibat kehamilan, kemoterapi, radiasi dan pasca operasi. Obat ini termasuk dalam

- kelas obat yang disebut antiemetik, selektif 5-HT₃ antagonis.
- 3) Kontraindikasi: seseorang tidak boleh menggunakan obat ini jika, dalam waktu bersamaan juga menggunakan apomorphine, mengalami alergi terhadap ondansetron, granisetron, dan palonosetron.
 - 4) Efek samping: sakit kepala, pusing parah, mengantuk, kelelahan atau sembelit, nyeri dada, detak jantung yang lambat, pingsan dapat terjadi sebagai efek samping umum dari konsumsi obat ini. Jika efek ini berlanjut atau memburuk, beritahu dokter segera.
- d. Bisolvon, 1 ampul (2ml), via IV
- 1) Klasifikasi : golongan agen mukolitik
 - 2) Indikasi: kegunaan Bisolvon *injection* (*bromhexine*) adalah sebagai terapi *secretolytic* pada penyakit bronkopulmonalis akut dan kronis yang terkait dengan sekresi dahak/ mukus yang berlebihan.
 - 3) Kontraindikasi: jangan menggunakan obat ini untuk pasien yang memiliki riwayat alergi obat bromhexine, pasien yang menderita ulkus pada lambung penggunaan obat ini harus dilakukan secara hati-hati.
 - 4) Efek samping: efek samping Bisolvon *injection* yaitu gangguan pada saluran pencernaan misalnya, mual, muntah, diare, rasa penuh di perut dan nyeri ulu hati. Efek samping lain bisa berupa sakit kepala, vertigo, keringat berlebihan, dan kenaikan enzim transaminase.

8. Terapi Cairan

Jenis cairan: Nacl 0,9%

Komposisi cairan:

Natrium Klorida, Nacl 4,5g

Air untuk injeksi ad 500ml

Sodium 154 mEq/L

Chloride 154 mEq/L

Osmolaritas 308 mOsm/L

9. Klasifikasi Data

- a. Data Subjektif
 - 1) Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas, batuk dan sulit mengeluarkan sekret
 - 2) Keluarga pasien mengatakan badan pasien terasa lemah
 - 3) Keluarga pasien mengatakan pasien tidak biasa beraktivitas sendiri
 - 4) Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat
 - 5) Keluarga pasien mengatakan pasien tidur tidak teratur
 - 6) Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari
- b. Data Objektif
 - 1) Pasien tampak sesak napas
 - 2) Pasien tampak batuk
 - 3) Pasien tampak sulit mengeluarkan sekret
 - 4) Pengkajian risiko jatuh: 70 (risiko tinggi)
 - 5) Pasien tampak meringis
 - 6) Pasien tampak gelisah
 - 7) Pasien tampak lemah
 - 8) Pasien tampak menguap
 - 9) Pasien tampak sulit tidur
 - 10) Aktivitas pasien tampak dibantu
 - 11) KU: lemah
 - 12) Suara napas terdengar *wheezing*
 - 13) Kesadaran pasien apatis
 - 14) Vokal fremitus teraba bagian kiri kurang getaran
 - 15) Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9% 10 tetes/menit
 - 16) Pasien tampak terpasang NRM 10 liter /menit
 - 17) Uji kekuatan otot:

Ekstremitas bawah (kanan-kiri): 3 (mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan)

17. Tanda-Tanda Vital:

TD: 130/70 mmHg

N: 79x/ menit

R: 26x/ menit

SB: 36,7° C

10. Analisa Data

No	Data (<i>Sign/Simptom</i>)	Penyebab (<i>Etiologi</i>)	Masalah (<i>Problem</i>)
1	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas b. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk dan sulit mengeluarkan sekret <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak sesak napas b. Pasien tampak batuk c. Pasien tampak sulit mengeluarkan sekret d. Suara napas terdengar wheezing e. Pasien tampak terpasang IVFD Nacl 0,9% 10tpm f. Pasien tampak terpasang NRM 10 liter /menit g. Tanda-Tanda Vital: TD: 130/70 mmHg N: 79x/ menit 	<p>Hipersekresi jalan napas</p>	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif (D.0001)</p>

	R: 26x/ menit SB: 36,7° C		
2.	Faktor risiko: Usia ≥ 65 tahun (91 tahun)		Risiko Jatuh (D. 0143)
3.	Data Subjektif: a. Keluarga pasien mengatakan badan pasien terasa lemah b. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa beraktifitas sendiri c. Keluarga pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat Data Objektif: a. Pasien tampak lemah b. Aktivitas pasien tampak dibantu	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas (D.0056)
4.	Data Subjektif: a. Keluarga pasien mengatakan tidur pasien tidak teratur b. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari c. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak puas tidur Data Objektif a. Pasien tampak sering menguap b. Pasien tampak gelisah	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)

11. Masalah Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan napas
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur
- d. Risiko jatuh dibuktikan dengan usia ≥ 65 tahun (91 tahun)

4.2 **Prioritas Diagnosa Keperawatan**

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan napas
2. Risiko jatuh dibuktikan dengan usia ≥ 65 tahun (91 tahun)
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur

4.3 Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

Hari perawatan 1: Sabtu, 09 Maret 2024

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi (Hari/Tanggal/Jam)
Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekreasi jalan napas ditandai dengan: Data Subjektif: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas 2. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk dan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam maka diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat	<i>Observasi</i> 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>Gurgling</i> , mengi, <i>wheezing</i> , ronkhi kering)	08.30 wita 08.31 wita	1) Memonitor pola napas pada pasien Hasil: Frekuensi napas pasien 26 x/ menit 2) Memonitor bunyi napas tambahan pada pasien Hasil: Terdengar bunyi napas tambahan <i>wheezing</i>	Minggu, 10 Maret 2024/ 07.00 wita S: 1. Keluarga pasien mengatakan sesak napas 2. Keluarga pasien mengatakan batuk dan sulit mengeluarkan sekret O:

<p>sulit mengeluarkan sekret</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak sesak napas 2. Pasien tampak batuk 3. Pasien tampak sulit mengeluarkan sekret 4. suara napas terdengar <i>wheezing</i> 5. Pasien terpasang IVFD Nacl 0,9% 10tpm 6. Pasien tampak 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Produksi sputum menurun 3. Wheezing menurun 4. Sulit berbicara menurun 5. Gelisah menurun 6. Frekuensi napas membaik 7. Pola napas membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Posisikan semi-fowler atau Fowler 	<p>08.31 wita</p> <p>08.35 wita</p> <p>08.35 wita</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3) Memonitor jumlah sputum pada pasien Hasil: Sputum pasien tampak berwarna putih pucat 1) Memposisikan posisi semi-fowler pada pasien Hasil: Pasien tampak merasa nyaman saat diberikan posisi semi-fowler 2) Memberikan pasien minum air hangat Hasil: Saat diberikan minum air hangat pasien mengatakan merasa nyaman di tenggorokan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sesak napas 2. Pasien tampak batuk 3. Pasien tampak sulit mengeluarkan sekret 4. suara napas terdengar <i>wheezing</i> 5. Pasien terpasang IVFD Nacl 0,9% 10tpm 6. Pasien terpasang NRM 10 liter/menit 7. Tanda-Tanda Vital:
---	--	--	---	--	--

<p>terpasang NRM 10 liter /menit</p> <p>7. Tanda-Tanda Vital:</p> <p>TD: 130/70 mmHg</p> <p>N: 79x/ menit</p> <p>R: 26x/ menit</p> <p>SB: 36,7° C</p>	<p>3) Berikan oksigen, jika perlu</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1) Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, jika perlu.</p>	<p>08.00 wita</p> <p>08.40 wita</p> <p>13.00 wita</p>	<p>3) Memberikan oksigen pada pasien Hasil: Pasien diberikan O2 NRM 10 liter/menit</p> <p>1) Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil: Pasien dapat mengikuti dan melakukan apa yang diajarkan</p> <p>1) Kolaborasi pemberian bronkodilator rekspetoran, mukolitik, jika perlu Hasil: Pasien diberikan obat Bisolfon (3x1), Okuson 25mg (3x1), Salbutamol 4mg (3x1)</p>	<p>TD: 130/70 mmHg</p> <p>N: 79x/ menit</p> <p>R: 26x/ menit</p> <p>SB: 36,7° C</p> <p>A:</p> <p>Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Monitor pola napas, bunyi napas, frekuensi napas</p> <p>2. Monitor warna dan jumlah sputum</p> <p>3. Memberikan posisi semi fowler</p>
---	--	---	---	--

<p>Risiko Jatuh dibuktikan dengan faktor risiko: Usia ≥ 65 tahun (91 tahun)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam maka diharapkan Mobilitas fisik meningkat</p>	<p><i>Observasi</i></p> <p>1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan</p>	<p>09.00 wita</p>	<p>1) Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, keseimbangan, gangguan penglihatan, Neuropati)</p>	<p>4. Mengajarkan minum air hangat</p> <p>5. Melakukan pemberian oksigen</p> <p>6. Mengajarkan teknik batuk efektif</p> <p>7. Kolaborasi pemberian bronkodilator</p>
<p>Minggu, 10 Maret 2024/ 08.30 wita</p> <p>A: Risiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Memastikan roda</p>					

	<p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Kelemahan fisik menurun 	<p>penglihatan, Neuropati)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Identifikasi lingkungan meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 3) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda 	<p>09.05 wita</p> <p>09.06 wita</p>	<p>Hasil: Pasien berusia 91 tahun dan mengalami penurunan kesadaran</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) <p>Hasil: Faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh tidak ada</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda <p>Hasil: Pasien sudah tidak mampu untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi roda</p>	<p>tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memasang <i>handrail</i> tempat tidur 3. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 4. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan
--	---	--	---	--	---

		<p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 	09.02 wita	<p>1) Mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengenal ruangan yang ditempati</p>
	<ol style="list-style-type: none"> Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 	09.10 wita	<p>2) Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>Hasil: Roda tempat tidur pasien selalu dalam kondisi terkunci</p>	
	<ol style="list-style-type: none"> Pasang <i>handraill</i> tempat tidur 	09.10 wita	<p>3) Memasang <i>handraill</i> tempat tidur</p> <p>Hasil: <i>Handraill</i> tempat tidur pasien selalu terpasang</p>	
	<ol style="list-style-type: none"> Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 	09.11 wita	<p>4) Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>	

Intoleransi berhubungan dengan aktivitas	Setelah dilakukan	<p>5) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i></p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>	09.12 wita	<p>5) Menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i></p> <p>Hasil: Pasien diberikan kamar yang dekat dengan <i>nurse station</i></p> <p>1) Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>Hasil: Keluarga pasien menerima apa yang dianjurkan dan mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p>	Minggu, 10 Maret 2024/ 09.00 wita
--	-------------------	--	------------	--	-----------------------------------

<p>Ketiidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan badan pasien terasa lemah 2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas sendiri 3. Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan 	<p>tindakan keperawatan selama 24 jam maka diharapkan Toleransi Aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari 3. Perasaan lemah 	<p>budaya dalam membantu kebersihan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3) Monitor kebersihan tubuh <p><i>Terapeutik:</i></p>	<p>09.30 wita</p> <p>09.35 wita</p> <p>09.40 wita</p>	<p>1) Mengidentifikasi usia dalam membantu kebersihan diri</p> <p>Hasil: Pasien berusia 91 tahun dan sudah tidak mampu membersihkan diri sendiri</p> <p>2) Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</p> <p>Hasil: Pasien membutuhkan bantuan total (<i>Total Care</i>)</p> <p>3) Memonitor kebersihan tubuh</p> <p>Hasil: Pasien tampak bersih, hanya saja kuku di jari tangan dan kaki sudah mulai panjang</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan badan pasien terasa lemah 2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas sendiri 3. Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Aktivitas pasien tampak dibantu
---	---	---	---	---	--

perawat	menurun	Sediakan peralatan mandi	09.45	Menyediakan peralatan mandi	A:
Data Objektif:	4. Frekuensi napas membaik	1) Sediakan peralatan mandi	wita	Hasil: Peralatan mandi yang disediakan yaitu tissue basah, air hangat, kain bersih	Intoleransi Aktivitas belum teratasi
1. pasien tampak lemah		2) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman	09.50	2) Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman Hasil: Saat mandi pasien tetap dijaga privasinya dengan menutup sampiran dan menutup pintu kamar (jika memungkinkan)	P: Intervensi dilanjutkan
2. Aktivitas pasien tampak dibantu		3) Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan	09.51	3) Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan Hasil: Setelah selesai dimandikan pasien terlihat lebih segar	1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Memonitor kebersihan tubuh 3. Sediakan peralatan mandi 4. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 5. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

		<p>4) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p> <p>Hasil: Pasien diberikan bantuan sepenuhnya (bantuan total)</p>	<p>10.00 wita</p>	<p>4) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p> <p>Hasil: Pasien diberikan bantuan sepenuhnya (bantuan total)</p>
	<p><i>Edukasi:</i></p> <p>1) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</p>	<p>10.01 wita</p>	<p>1) Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</p> <p>Hasil: Pasien dan keluarga pasien tampak mengerti dengan apa yang dijelaskan</p>	<p>1) Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</p> <p>Hasil: Pasien dan keluarga pasien tampak mengerti dengan apa yang dijelaskan</p>
	<p>2) Ajarkan kepada keluarga memandikan pasien,</p>	<p>10.05 wita</p>	<p>2) Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien</p>	<p>2) Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien</p>

	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam maka diharapkan gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:	jika perlu		Hasil: Pasien dan keluarga tampak mengerti dengan apa yang diajarkan	
<p>Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan tidur pasien tidak teratur 2. Keluarga pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari 3. Keluarga pasien 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam maka diharapkan gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur meningkat 2. Keluhan sering 	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor gangguan tidur (fisik dan psikologis) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, 	<p>13.30 wita</p> <p>13.35 wita</p> <p>13.40 wita</p>	<p>1) Mengidentifikasi pola dan jam tidur</p> <p>Hasil: Keluarga pasien mengatakan sejak sakit kebiasaan tidur pasien tidak teratur. Frekuensi tidur sekitar 4-5 jam</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>Hasil: Keluarga pasien mengatakan faktor pengganggu tidur yaitu sesak napas</p>	<p>Minggu, 10 Maret 2024/12.00 wita</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur tidak teratur 2. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari 3. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak puas tidur <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak

<p>mengatakan pasien tidak puas tidur</p>	<p>terjaga meningkat</p>	<p>kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</p>	<p>13.45 wita</p>	<p>1) Memodifikasi lingkungan sekitar pasien Hasil: Pasien diberi ruangan yang tenang, tidak ribut dan nyaman</p>	<p>sering menguap tampak</p>
<p>Data Objektif 1. pasien tampak sering menguap</p>	<p>3. Keluhan tidak puas tidur meningkat</p>	<p>2) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p>	<p>13.46 wita</p>	<p>2) Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi) Hasil: Pasien diberikan posisi semi-fowler untuk mengurangi sesak agar pasien bisa tidur dengan nyaman selain itu pasien sesekali diberikan pijatan oleh keluarga</p>	<p>2. Pasien gelisah</p>
<p>2. pasien tampak gelisah</p>	<p>4. Keluhan pola tidur berubah meningkat</p>	<p>Edukasi</p>	<p>13.46 wita</p>	<p>1) Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur (contoh: makanan/minuman yang</p>	<p>A: Gangguan Pola Tidur belum teratasi</p>
<p></p>	<p>5. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat</p>	<p>1) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p>	<p>13.46 wita</p>	<p>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang</p>	<p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
<p></p>	<p>6. Kemampuan beraktivitas menurun</p>	<p></p>	<p></p>	<p>2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p>	<p>1. Memodifikasi lingkungan</p>

			minuman berkafein atau mengandung soda) Hasil: Keluarga mengikuti apa yang dianjurkan	mengganggu tidur
--	--	--	--	------------------

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari Perawatan 2: minggu, 10 Maret 2024

Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekreasi jalan napas ditandai dengan: Data Subjektif: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas	07.00 wita	1) Memonitor pola napas pada pasien Hasil: Frekuensi napas pasien 26 x/ menit 2) Memonitor bunyi napas tambahan pada pasien	Senin, 11 Maret 2024/08.00 wita S: 1. Keluarga pasien mengatakan sesak napas 2. Keluarga pasien mengatakan batuk dan sulit mengeluarkan sekret O:

<p>2. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk dan sulit mengeluarkan sekret</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak sesak napas 2. Pasien tampak batuk 3. Pasien tampak sulit mengeluarkan sekret 4. suara napas terdengar wheezing 5. Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9% 10 tpm 6. Pasien tampak terpasang NRM 10 liter /menit 7. Tanda-Tanda Vital: TD: 130/70 mmHg N: 79x/ menit R: 26x/ menit SB: 36,7° C 	<p>07.01 wita</p> <p>07.05 wita</p> <p>07.10 wita</p> <p>07.20 wita</p>	<p>Hasil: Terdengar bunyi napas tambahan <i>wheezing</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Memonitor warna sputum pada pasien Hasil: Sputum pasien tampak berwarna putih pucat 4) Memposisikan posisi semi-fowler pada pasien Hasil: Pasien tampak merasa nyaman saat diberikan posisi semi-fowler 5) Memberikan pasien minum air hangat Hasil: Saat diberikan minum air hangat pasien mengatakan merasa nyaman di tenggorokan 6) Memberikan oksigen pada pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sesak napas 2. Pasien tampak batuk 3. Pasien tampak sulit mengeluarkan sekret 4. suara napas terdengar <i>wheezing</i> 5. Pasien tampak terpasang NRM 10 liter /menit 6. Tanda-Tanda Vital: TD: 130/70 mmHg N: 79x/ menit R: 26x/ menit SB: 36,7° C <p>A: Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas, bunyi napas 2. Memberikan posisi semi fowler
--	---	--	--

	08.00 wita	<p>Hasil: Pasien diberikan O2 NRM 10 liter/menit</p> <p>7) Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil: Pasien dapat mengikuti dan melakukan apa yang diajarkan</p> <p>8) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i> Hasil: Pasien diberikan obat Bisolvon (3x1), Okuson 25 mg (3x1), Salbutamol 4 mg (3x1)</p>	<p>3. Anjurkan minum air hangat</p> <p>4. Melakukan pemberian oksigen</p> <p>5. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>6. Kolaborasi pemberian bronkodilator</p>
<p>Risiko Jatuh dibuktikan dengan Usia ≥ 65 tahun (91 tahun)</p>	08.40 wita	<p>1) Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci Hasil: Roda tempat tidur pasien selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>2) Memasang <i>handrail</i> tempat tidur</p>	<p>A: Risiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</p>

	08.45 wita	<p>Hasil: <i>Handrail</i> tempat tidur pasien selalu terpasang</p> <p>3) Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>4) Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>Hasil: Keluarga pasien menerima apa yang dianjurkan dan mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p>	<p>2. Memasang <i>handrail</i> tempat tidur</p> <p>3. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>4. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p>
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p>	09.00 wita	<p>1) Memonitor kebersihan tubuh</p> <p>Hasil: Pasien tampak bersih dan tampak kuku pasien sudah dibersihkan</p> <p>2) Menyediakan peralatan mandi</p>	<p>S:</p> <p>1. Keluarga pasien mengatakan badan terasa lemah</p> <p>2. Keluarga pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas sendiri</p>

<p>1. Keluarga pasien menggunakan bantuan rumah sakit</p> <p>2. Keluarga pasien menggunakan tidak bisa beraktivitas sendiri</p> <p>3. Keluarga pasien menggunakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak lemah 2. aktivitas pasien tampak dibantu 	<p>09.10 wita</p>	<p>Hasil: Perawatan mandi yang dilakukan yaitu suhu hangat, air hangat, kain bersih</p> <p>3) Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>Hasil: Saat mandi pasien tetap dijaga privasinya dengan menutupi seprang dan menutup pintu kamar (jika memungkinkan)</p> <p>4) Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil: Setelah selesai dimandikan pasien terlihat lebih segar</p>	<p>3. Keluarga pasien menggunakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>Di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak lemah 2. aktivitas pasien tampak dibantu <p>A:</p> <p>Intoleransi Aktivitas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kebugaran tubuh 2. Sediakan peralatan mandi 3. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian
<p>1. Keluarga pasien menggunakan bantuan rumah sakit</p> <p>2. Keluarga pasien menggunakan tidak bisa beraktivitas sendiri</p> <p>3. Keluarga pasien menggunakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak lemah 2. aktivitas pasien tampak dibantu 	<p>09.20 wita</p>	<p>Hasil: Perawatan mandi yang dilakukan yaitu suhu hangat, air hangat, kain bersih</p> <p>3) Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>Hasil: Saat mandi pasien tetap dijaga privasinya dengan menutupi seprang dan menutup pintu kamar (jika memungkinkan)</p> <p>4) Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil: Setelah selesai dimandikan pasien terlihat lebih segar</p>	<p>3. Keluarga pasien menggunakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>Di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak lemah 2. aktivitas pasien tampak dibantu <p>A:</p> <p>Intoleransi Aktivitas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kebugaran tubuh 2. Sediakan peralatan mandi 3. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian
<p>1. Keluarga pasien menggunakan bantuan rumah sakit</p> <p>2. Keluarga pasien menggunakan tidak bisa beraktivitas sendiri</p> <p>3. Keluarga pasien menggunakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak lemah 2. aktivitas pasien tampak dibantu 	<p>09.30 wita</p>	<p>Hasil: Perawatan mandi yang dilakukan yaitu suhu hangat, air hangat, kain bersih</p> <p>3) Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>Hasil: Saat mandi pasien tetap dijaga privasinya dengan menutupi seprang dan menutup pintu kamar (jika memungkinkan)</p> <p>4) Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil: Setelah selesai dimandikan pasien terlihat lebih segar</p>	<p>3. Keluarga pasien menggunakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>Di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak lemah 2. aktivitas pasien tampak dibantu <p>A:</p> <p>Intoleransi Aktivitas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kebugaran tubuh 2. Sediakan peralatan mandi 3. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

<p>Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur dibuktikan dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan tidur pasien tidak teratur 2. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari 3. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak puas tidur <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak sering menguap 2. pasien tampak gelisah 	<p>13.30 wita</p>	<p>5) Memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p> <p>Hasil: Pasien diberikan bantuan sepenuhnya (Bantuan Total)</p>	<p>Senin, 11 Maret 2024/ 12.00 wita</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur tidak teratur 2. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari 3. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak puas tidur <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak sering menguap 2. pasien tampak gelisah <p>A:</p> <p>Gangguan Pola Tidur belum teratasi</p> <p>P:</p>
<p>1) Mengidentifikasi pola dan jam tidur</p> <p>Hasil: Keluarga pasien mengatakan sejak sakit kebiasaan tidur pasien tidak teratur. Frekuensi tidur sekitar 4-5 jam</p>	<p>13.31 wita</p>	<p>2) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>Hasil: Keluarga pasien mengatakan faktor pengganggu tidur yaitu sesak napas</p>	
<p>3) Memodifikasi lingkungan sekitar pasien</p>	<p>13.35 wita</p>		

	13.40 wita	<p>Hasil: Pasien diberi ruangan yang tenang, tidak ribut dan nyaman</p> <p>4) Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi)</p> <p>Hasil: Pasien diberikan posisi semi-fowler untuk mengurangi sesak agar pasien bisa tidur dengan nyaman selain itu pasien sesekali diberikan pijatan oleh keluarga</p>	<p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola dan jam tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan sekitar pasien 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 5. Anjurkan makanan/minuman yang mengganggu tidur
	13.45 wita	<p>5) Menganjurkan makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>Hasil: Pasien dan keluarga mengikuti apa yang dianjurkan</p>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari Perawatan 3 : senin, 11 maret 2024

Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
<p>Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekreasi jalan napas ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas 2. Keluarga pasien mengatakan pasien batuk dan sulit mengeluarkan sekret <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sesak napas 2. Pasien tampak batuk 3. Pasien tampak sulit mengeluarkan sekret 	<p>08.30 wita</p> <p>08.31 wita</p> <p>08.31 wita</p> <p>08.35 wita</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor pola napas pada pasien Hasil: Frekuensi napas pasien 26 x/ menit 2) Memonitor bunyi napas tambahan pada pasien Hasil: Terdengar bunyi napas tambahan <i>wheezing</i> 3) Memonitor warna sputum pada pasien Hasil: Sputum pasien tampak berwarna putih pucat 4) Memposisikan posisi semi-fowler pada pasien 	<p>Selasa, 12 Maret 2024/ 08.00 wita</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak napas 2. Keluarga pasien mengatakan pasien masih batuk dan tidak mampu mengeluarkan sekret <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sesak napas 2. Pasien tampak batuk 3. Pasien tampak sulit mengeluarkan sekret 4. Suara napas pasien terdengar <i>wheezing</i> 5. Pasien tampak terpasang oksigen NRM 10 liter/menit 6. Tanda - tanda vital : <p>TD : 125/80 mmHg</p>

<p>4. Suara napas terdengar wheezing</p> <p>5. Pasien tampak terpasang O2 NRM 10 liter/menit</p> <p>6. Tanda-tanda vital TD: 130/70 mmHg N: 79 x/menit R: 26x/menit SB: 36,2 °C</p>	<p>08.40 wita</p>	<p>Hasil: Pasien tampak merasa nyaman saat diberikan posisi semi-fowler</p> <p>5) Memberikan pasien minum air hangat</p> <p>Hasil: Saat diberikan minum air hangat pasien mengatakan merasa nyaman di tenggorokan</p> <p>6) Memberikan oksigen pada pasien</p> <p>Hasil: Pasien diberikan O2 NRM 10 liter/menit</p> <p>7) Mengajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Hasil: Pasien dapat mengikuti dan melakukan apa yang diajarkan</p>	<p>N : 80 x/ menit R : 24 x/ menit SB : 36 °C</p> <p>A: Bersihan Jalan Napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas 3. Posisikan semi-fowler 4. Berikan oksigen 5. Mengajarkan Teknik batuk efektif 6. Kolaborasi pemberian bronkodilator
---	-------------------	--	---

	13.00 wita	8) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu Hasil: Pasien diberikan obat Bisolvon (3x1), Okuson 25 mg (3x1), Salbutamol 4 mg (3x1)	
Resiko Jatuh di buktikan dengan faktor risiko: Usia ≥ 65 tahun (91 tahun)	09.30 wita	1) Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci Hasil: Roda tempat tidur pasien selalu dalam kondisi terkunci 2) Memasang <i>handrail</i> tempat tidur Hasil: <i>Handrail</i> tempat tidur pasien selalu terpasang 3) Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan	<p>A : Resiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P : Intervensi lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan roda tempat tidur selalu terkunci 2. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur 3. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan
	09.40 wita		

<p>Intoleransi berhubungan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan badan pasien terasa lemah 2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas sendiri 3. Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat 	<p>Aktivitas dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan badan pasien terasa lemah 2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas sendiri 3. Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat 	<p>10.00 wita</p> <p>10.05 wita</p> <p>10.15 wita</p>	<p>Hasil: Keluarga pasien menerima apa yang dianjurkan dan mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>1) Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan Hasil: Pasien membutuhkan bantuan total (<i>Total Care</i>)</p> <p>2) Memonitor kebersihan tubuh Hasil: Pasien tampak bersih dan tampak kuku pasien sudah dibersihkan</p> <p>3) Menyediakan peralatan mandi</p>	<p>Senin, 12 Maret 2024/09.45</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan badan pasien terasa lemah 2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas sendiri 3. Keluarga pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Aktivitas pasien tampak dibantu <p>A:</p> <p>Intoleransi Aktivitas belum teratasi</p> <p>P:</p>
--	---	---	--	---

Data Objektif:	10.20	Hasil: Peralatan mandi yang disediakan yaitu tissue basah, air hangat, kain bersih	Intervensi lanjut
1. Pasien tampak lemah	wita	4) Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman Hasil: Saat mandi pasien tetap dijaga privasinya dengan menutup sampiran dan menutup pintu kamar (jika memungkinkan)	1. Identifikasi jenis bantuan yang diberikan
2. Aktivitas pasien tampak dibantu	10.25 wita	5) Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan Hasil: Setelah selesai dimandikan pasien terlihat lebih segar	2. Monitor kebersihan tubuh
	10.30 wita	6) Memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian	3. Sediakan peralatan mandi
			4. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
			5. Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan
			6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

<p>Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur dibuktikan dengan : Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan tidur pasien tidak teratur 2. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari 3. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak puas tidur <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sering menguap 2. Pasien tampak gelisah 	<p>13.30 wita</p> <p>13.35 wita</p>	<p>Hasil: Pasien diberikan bantuan sepenuhnya (Bantuan Total)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi pola dan jam tidur 2) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3) Memodifikasi lingkungan sekitar pasien <p>Hasil: Keluarga pasien mengatakan sejak sakit kebiasaan tidur pasien tidak teratur, frekuensi tidur sekitar 4-5 jam</p> <p>Hasil: Keluarga pasien mengatakan faktor pengganggu tidur yaitu sesak napas</p> <p>Hasil: Pasien diberi ruangan yang tenang, tidak ribut dan nyaman</p>	<p>Selasa, 12 Maret 2024/ 13.00 wita</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan tidur pasien tidak teratur 2. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun pada malam hari 3. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak puas tidur <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sering menguap 2. Pasien tampak gelisah <p>A :</p> <p>Gangguan Pola Tidur belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola dan jam tidur
--	-------------------------------------	--	---

	13.45 wita	<p>4) Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi) Hasil: Pasien diberikan posisi semi-fowler untuk mengurangi sesak agar pasien bisa tidur dengan nyaman selain itu pasien sesekali diberikan pijatan oleh keluarga</p>	<p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan sekitar pasien 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p>
	13.46 wita	<p>5) Mengajarkan makanan/minuman yang mengganggu tidur Hasil: Pasien dan keluarga mengikuti apa yang dianjurkan</p>	

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pengkajian

Tahap ini merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang meliputi pengumpulan data dengan cara mewawancarai klien guna untuk mendapatkan informasi tentang penyakit klien sehingga mengetahui masalah yang ada pada klien.

1. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang ada di tinjauan teori dan tinjauan kasus:

yang ada di tinjauan teori: Gejala PPOK termasuk kesulitan bernapas, batuk kronis, dan penumpukan sputum. Pada pasien PPOK sesak napas sering terjadi dan merupakan salah satu gejala utama. Hal ini menyebabkan bibir menjadi kebiruan karena kekurangan oksigen, yang dapat terjadi jika seseorang mengalami gangguan pernapasan atau masalah kesehatan lainnya (Made *et al.*, 2024).

Yang ada di tinjauan kasus: sesak napas, batuk dan sulit mengeluarkan sekret, badan terasa lemah, pasien tidak biasa beraktivitas sendiri, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, dada terasa nyeri saat batuk dan menyebar sampai ke belakang.

2. Tanda dan gejala yang ada di tinjauan teori tapi tidak ada di tinjauan kasus yaitu bibir berwarna kebiruan (sianosis) dan sakit kepala.

Pada penderita PPOK sesak napas yang dibiarkan terus-menerus tanpa disadari akan menurunkan saturasi oksigen yang selanjutnya dapat menyebabkan sianosis. Maka perlu dilakukan penanganan dengan pemberian terapi non-farmakologis yaitu pengaturan posisi dan latihan pernapasan (Samantha & Almalik, 2019).

3. Tanda dan gejala yang ada di tinjauan kasus tapi tidak ada di tinjauan teori yaitu badan terasa lemah, pasien tidak bisa beraktivitas sendiri dan dada terasa nyeri saat batuk. Hal ini disebabkan oleh sebagian besar penderitanya memiliki riwayat perokok aktif. Zat yang

terkandung dalam rokok berupa partikel dan gas berbahaya yang jika dibiarkan dapat merusak paru-paru (Yunisa *et al.*, 2021).

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa keperawatan yang ada di tinjauan teori SDKI dan ada di tinjauan kasus yaitu:
 - a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipers sekresi jalan napas. Diagnosa keperawatan ini diangkat menjadi diagnosa utama karena pada pasien ditemukan tanda dan gejala utama sesak napas dan terdapat penumpukan lendir yang sulit dikeluarkan oleh pasien.
 - b. Risiko jatuh dibuktikan dengan usia > 65 tahun (91 tahun). Diagnosa keperawatan ini diangkat menjadi diagnosa kedua karena ditemukan faktor risiko berupa usia pasien sudah berusia 91 tahun, kesadaran saat dikaji apatis, dan pasien sudah lama tirah baring.
 - c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosa keperawatan ini diangkat menjadi diagnosa ketiga karena ditemukan tanda dan gejala berupa badan terasa lemah dan pasien tidak bisa beraktivitas sendiri karena sesak napas.
 - d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur. Diagnosa Keperawatan ini diangkat menjadi diagnosa keperawatan keempat karena ditemukan tanda dan gejala pasien mengatakan tidur tidak teratur dan sering terbangun pada malam hari.
2. Diagnosa Keperawatan yang ada di tinjauan teori tapi tidak ada di tinjauan kasus yaitu: risiko infeksi, defisit pengetahuan, gangguan pertukaran gas, defisit nutrisi, pola napas tidak efektif. Penulis tidak mengangkat diagnosa- diagnosa tersebut karena saat dikaji tidak ditemukan tanda dan gejala yang mendukung.

5.3 Intervensi keperawatan, Implementasi dan Evaluasi

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dan keluhan dari pasien dalam tinjauan kasus maka penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan. Berdasarkan intervensi yang tersusun, maka penulis melakukan implementasi keperawatan pada Ny A.S sesuai dengan diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Implementasi yang dilakukan, yaitu monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor jumlah sputum, memposisikan posisi semi fowler, memberikan minum air hangat, memberikan oksigen, NRM 10 liter/menit, mengajarkan teknik batuk efektif.
2. Risiko jatuh dibuktikan dengan usia > 65 tahun (91 tahun). Implementasi yang diberikan yaitu mengidentifikasi faktor risiko jatuh, menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari *nurse station*, menganjurkan memanggil perawat, jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. implementasi yang diberikan yaitu mengidentifikasi bantuan yang diberikan memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian, mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur. Implementasi yang diberikan yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, menjelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit. Selama perawatan di rumah sakit, pasien dan keluarga juga sangat kooperatif dengan perawat dan tenaga medis lainnya.

Setelah melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dirancang, penulis mengevaluasi pasien berdasarkan masalah keperawatan yang muncul. Berdasarkan hasil evaluasi selama empat hari perawatan masalah keperawatan aktual belum teratasi yaitu

bersih, jalan napas tidak efektif, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur dan satu masalah keperawatan risiko jatuh tidak terjadi.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

6.1.1 Pengkajian keperawatan

Tanda dan gejala pada pasien dengan PPOK, yaitu sesak napas, batuk dan terdapat penumpukan sputum dimana itu dapat membuat kondisi pasien menurun seiring berjalannya waktu. Sesak napas ini menyebabkan bibir menjadi kebiruan (sianosis) karena kekurangan oksigen, yang dapat terjadi jika seseorang mengalami gangguan pernapasan.

6.1.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diangkat sesuai dengan hasil pengkajian yaitu: bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, risiko jatuh dibuktikan dengan usia > 65 tahun (91 tahun), intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.

6.1.3 Intervensi keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang diangkat, maka penulis membuat perencanaan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul sesuai dengan kebutuhan pasien.

6.1.4 Implementasi keperawatan

Dari intervensi keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan diagnosa yang diangkat dan sesuai dengan kebutuhan pasien, maka penulis melakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 4 hari. Pada hari pertama penulis melakukan semua intervensi yang telah direncanakan. Pada hari kedua semua intervensi dilaksanakan dan dibuat dalam catatan perkembangan. Pada hari ketiga sebagian intervensi hari kedua dilanjutkan dan dimasukkan di dalam catatan perkembangan. Setelah itu pada hari keempat dilakukan evaluasi.

6.1.5 Evaluasi keperawatan

Dari keempat diagnosa yang diangkat, terdapat tiga diagnosa yang belum teratasi yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara

suplai dan kebutuhan oksigen, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur, dan untuk diagnosa risiko jatuh tidak terjadi.

6.2 Saran

6.2.1 Pasien dan keluarga

Ny. A.S dan keluarga semoga selalu dapat mempertahankan kesehatan khususnya kesehatan Ny. A.S dan dapat memahami perawatan dan penanganan dari PPOK serta menciptakan pola hidup yang sehat.

6.2.2 Pelayanan keperawatan

Rumah sakit dapat meningkatkan pengelolaan pada pasien dengan PPOK dengan memaksimalkan asuhan keperawatan untuk mencegah infeksi dan komplikasi yang dapat menyebabkan masalah lainnya serta dapat meningkatkan pelayanan mutu rumah sakit terkait alat-alat kesehatan.

6.2.3 Institusi Pendidikan

Hendaknya hasil karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan terutama ketika menyusun asuhan keperawatan untuk pasien PPOK dan diharapkan pihak prodi dapat menambah referensi terbaru terkait PPOK.

6.2.4 Peneliti (mahasiswa peneliti selanjutnya)

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lebih lanjut terkait PPOK dengan komplikasi penyakit lainnya sehingga asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien semakin berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Beatrik, L. (2019). *Manajemen Asuhan Keperawatan Sebagai Acuan Keberhasilan Intervensi Keperawatan*.
- BPSDM, S. S. (2022). "Memahami Prosedur Pemberian Informed Consent Dalam Praktek Kedokteran." <https://bpsdm.sulselprov.go.id/informasi/detail/memahami-prosedur-pemberian--informed-consent--dalam-praktek-kedokteran>
- Davies, A., Peige, S., Yajie, Z., Harry, C., Aziz, S., & Igor, R. (2022). *Prevalensi global, regional, dan nasional serta faktor risiko penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) pada tahun 2019: tinjauan sistematis dan analisis pemodelan*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9050565/>
- Dewi, N., & Diana, M. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. "A" Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Di Ruang IGD Rumah Sakit TK II Pelomonia Makassar*.
- Fauzan, R. (2023). *Hubungan Derajat Merokok dengan Komorbiditas di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara*.
- Heldi, P. (2018). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pernapasan "Chronic Obstructive Pulmonary Disease"*.
- Kemkes. (2024). *Penyakit Paru Obstruktif Kronis*. <https://ayosehat.kemkes.go.id/topik-penyakit/lansia-penyakit-pernapasan-kronis/penyakit-paru-obstruktif-kronis>
- Lubis, A. J. (2020). *Pengertian dari Karakteristik Diagnosa dan Menerapkan Proses Pengumpulan Data Sesuai dengan Standar*. 2. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/mg7pa>
- Made, A. N., Putu, D., & Mochamad, H. (2024). *edukasi teknik relaksasi napas dalam untuk meningkatkan nilai saturasi oksigen Penyakit Paru Obstruktif*.
- Najihah, N., Paridah, P., Aldianto, D., & Asmhyaty, A. (2023). Edukasi Bahaya Merokok sebagai Upaya Pencegahan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK). *Jurnal Mandala Pengabdian Masyarakat*, 4(1), 91–95. <https://doi.org/10.35311/jmpm.v4i1.161>
- Najihah, Theovena, E. M., Ose, M. L., & Wahyudi, D. T. (2023). Prevalensi Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) berdasarkan karakteristik demografi dan derajat keparahan. *Journal of Borneo Holistic Health*, 6(1), 109–115. <http://180.250.193.171/index.php/borticalth/article/view/3550>
- Nataria, S. Y., Fitriani, R., Dewi, A., Yani, S., & Puji, S. (2024). *Penerapan Tindakan Progressive Musclerelaxation (PMR) dan Deep Breathing Excerciset (DBE) untuk mengatasi sesak napas pada pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) di RSUP Persahabatan Jakarta Timur*.
- Nova, M., Akhmad, J., & Bowo, A. (2023). *Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) dengan Multipel Komorbid*.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2023). *Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia*. <https://doi.org/10.1002/9783527809080.cataz12474>
- Rusmini, R., Kurniasih, H., & Widiastuti, A. (2023). Prevalensi Kejadian Penyakit Tidak Menular (PTM). *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1032–1039. <https://doi.org/10.31539/jks.v6i2.4967>
- Samantha, R., & Almalik, D. (2019). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pasien*

- Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) Di Igd Rsud Simo Boyolali.
Tjybjb.Ac.Cn, 3(2), 58-66.
<http://www.tjybjb.ac.cn/CN/article/downloadArticleFile.do?attachType=PDF&id=9987>
- Susmita, H. H. (n.d.). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis Dengan Pola Napas Tidak Efektif dan Penerapan Pursed Lips Breathing di Ruang Arafah 2 Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap. 2023.
- Syamilal, G., Kurth, L. M., Dodd, K. E., David, ;, Blackley, J., Hall, N. B., & Mazurek, J. M. (2020). *Morbidity and Mortality Weekly Report Chronic Obstructive Pulmonary Disease Mortality by Industry and Occupation-United States*, 2020. 71(49), 1550-1554.
<https://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/Industry-and-Occupation->
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Dignosis Keperawatan Indonesia*.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.
- Universitas Alma Ata. (2019). *prinsip etik dalam keperawatan*.
<https://fikes.almaata.ac.id/prinsip-etik-dalam-keperawatan/>
- Vivi, O. (2022). *Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien Ny. G Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronis di RSUD Kota Bengkulu*.
- WHO. (2023). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- Yunica, A. N. M., Aditha, P. A., Putu, W., & Sri, J. (2021). *Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen pada Pasien PPOK*.
- Zeithml, dkk 2018. (2021). Dokumentasi Keperawatan. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951-952.
<https://repository.penerbiteureka.com/ru/publications/560197/dokumentasi-keperawatan>

Lampiran 1

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN
PENELITIAN KARYA TULIS ILMIAH**

Setelah diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur penelitian karya tulis ilmiah, kerahasiaan informasi yang disampaikan serta bentuk keikutsertaan dalam penelitian ini, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. L.R

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 30 tahun

Alamat : Kel. Makalonsouw, Kec. Tondano Timur, Kab. Minahasa

No. Telp. / Hp. : 08152747xxxx

Bersedia berpartisipasi untuk ikut serta menjadi responden dalam Penelitian Karya Tulis Ilmiah dengan Judul: Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Paru Obstruktif Kronis pada Ny. A.S. di RSUD Gunung Maria Tomohon yang dilakukan oleh:

No	Nama	NIM	Status
1	Agetha Maria Rosalina Bongkubun	202101001	Mahasiswa Semester VI, Tahun
2	Lusitania Yuyu Dianomo	202101019	Akademik 2023/2024

Adapun bentuk kesediaan saya yaitu:

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN
PENELITIAN KARYA TULIS ILMIAH

Setelah diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur penelitian karya tulis ilmiah, kerahasiaan informasi yang disampaikan serta bentuk keikutsertaan dalam penelitian ini, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. L.R

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 30 tahun

Alamat : Kel. Makalonsouw, Kec. Tondano Timur, Kab. Minahasa

No. Telp. / Hp. : 08152747xxxx

Bersedia berpartisipasi untuk ikut serta menjadi responden dalam Penelitian Karya Tulis Ilmiah dengan Judul: Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Paru Obstruktif Kronis pada Ny. A.S. di RSUD Gunung Maria Tomohon yang dilakukan oleh:

No	Nama	NIM	Status
1	Agetha Maria Rosalina Bongkubun	202101001	Mahasiswa Semester VI, Tahun
2	Lusitania Yuyu Dianomo	202101019	Akademik 2023/2024

Adapun bentuk kesediaan saya yaitu:

1. Bersedia untuk memberikan informasi sehubungan dengan data yang diperlukan dalam penelitian karya tulis ilmiah ini.
2. Bersedia untuk memperoleh asuhan keperawatan yang diberikan oleh peneliti.

Surat pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tomohon, 09 Maret 2024

Peneliti



Agetha Maria Rosalina Bongkubun

Peneliti,



Lusitania Yuyu Dianomo

Responden,



Ny. L.R

