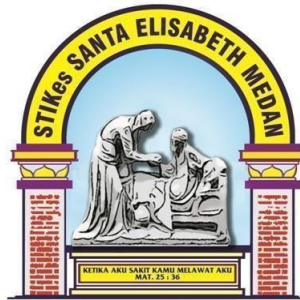


**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN PENYAKIT
PARU OBSTRUKTIF KRONIK PADA Tn. R DI
RUANGAN St.MELANIA RUMAH SAKIT
SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



OLEH:

ANNA ROSA SIMAMORA
052025004

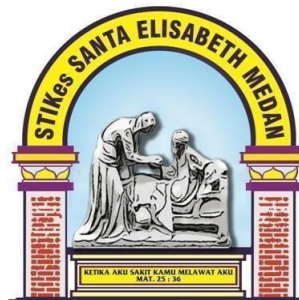
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN PENYAKIT
PARU OBSTRUKTIF KRONIK PADA Tn. R DI
RUANG St.MELANIA RUMAH SAKIT
SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



OLEH:

ANNA ROSA SIMAMORA
052025004

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 22 JANUARI 2026

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F. Tampubolon S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc)



LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DIDEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 22 JANUARI 2026

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Dr.Lilis Novitarum S.Kep.,NS,.M.Kep

Anggota 1 : Imelda Derang S.Kep.,NS,.M.Kep

Anggota 2 : Amnita Ginting S.Kep.,NS,.M.Kep



LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh :

ANNA ROSA SIMAMORA
Medan, 22 Januari 2026

Menyetujui
Ketua Penguji

(Dr.Lilis Novitarum S.Kep.,NS.,M.Kep)

Anggota

(Imelda Derang S.Kep.,NS.,M.Kep)

(Amnita Ginting S.Kep.,NS.,M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat kasih dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.R Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Ruang St.Melania Rumah Sakit Elisabeth Medan Tahun 2025”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan. Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata sempurna baik dari isi maupun bahasa yang digunakan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga dapat lebih baik lagi. Dalam penyusunan karya ilmiah akhir telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dan telah memberikan waktu dalam memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini..
2. dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp.OT (K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus kelolaan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan.



3. Lindawati F. Tampubolon, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan waktu dalam membimbing dan memberi arahan dengan sangat baik selama penulis mengikuti profesi ners.

4. Dr. Lilis Novitarum, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji I yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

5. Imelda Derang, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji II yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

6. Amnita Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji I yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

7. Teristimewa keluarga tercinta ayah saya R. Simamora dan Ibu saya S. Tumanggor, yang telah membesarkan saya dengan penuh cinta dan kasih sayang yang tiada henti memberikan doa, dukungan moral dan motivasi yang luar biasa dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih belum sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.



Medan, 22 Januari 2026

Penulis

(Anna Rosa Simamora)



SINOPSIS

Anna Rosa Simamora, 052025004

“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.R Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Ruang St.Melania Rumah Sakit Elisabeth Medan Tahun 2025”

Program Studi Profesi Ners 2025

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, PPOK

Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) merupakan penyakit yang ditandai dengan gejala pernapasan persistem dan keterbatasan aliran udara yang disebabkan oleh saluran napas dan kelainan alveolar karena paparan signifikan terhadap partikel atau gas berbahaya. Peradangan kronis menyebabkan penyempitan saluran napas dan penurunan daya tolak paru. Penyakit ini sering kali disertai gejala batuk, dispnea, dan produksi sputum. Kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat dan menjadi pedoman dalam pencegahan terjadinya penyakit tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn.R dengan PPOK di ruangan St.Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025. Hasil: Manifestasi yang timbul pada kasus Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) ditemukan sesuai dengan teori buku dan data yang ditemukan di lapangan. Penatalaksanaan dilakukan sesuai dengan anjuran dokter dengan pemberian terapi nebulizer dan terapi obat lainnya, pemberian posisi semi fowler, latihan batuk efektif, pemberian edukasi mengenai pursed lipbreathing, minum air hangat dan dukungan tidur.



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG DEPAN	i
HALAMAN SAMBUNG DALAM.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
HALAMAN PERSETUJUAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
SINOPSIS.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Medis.....	7
2.2.1 Definisi	7
2.2.2 Etiologi	8
2.2.3 Anatomi Dan Fisiologi.....	12
2.2.4 Patofisiologi	16
2.2.5 Pathway	20
2.2.6 Manifestasi Klinis	22
2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik	24
2.2.8 Penatalaksanaan	25
2.2.9 Komplikasi.....	34
2.2 Konsep Dasar Keperawatan	34
2.3.1 Pengkajian.....	34
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	34
2.3.3 Intervensi Keperawatan	35
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	35
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	38



BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN.....	39
3.1 Pengkajian.....	54
3.2 Analisa Data.....	57
3.3 Diagnosa Keperawatan	60
3.4 Prioritas Masalah	62
3.5 Intervensi Keperawatan	64
3.6 Implementasi Keperawatan.....	71
3.7 Evaluasi Keperawatan.....	78
BAB 4 PEMBAHASAN	79
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	97
5.1 Kesimpulan	97
5.2 Saran	98
DAFTAR PUSTAKA	99
LAMPIRAN.....	102
Evidence Based Pracetice.....	104
Dokumentasi.....	108
Mind Mapping.....	109



DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar Sistem Pernapasan.....	12
-----------------------------------	----

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) adalah suatu kondisi yang ditandai dengan penurunan aliran udara progresif. Penyakit ini terkait dengan perubahan struktural paru-paru akibat peradangan kronis akibat paparan partikel atau gas berbahaya yang berkepanjangan, yang paling umum adalah asap rokok. Peradangan kronis menyebabkan penyempitan saluran napas dan penurunan daya tolak paru. Penyakit ini sering kali disertai gejala batuk, dispnea, dan produksi sputum (Al and Kurniawati, 2026). Penyakit paru obstruktif kronik merupakan penyakit saluran napas yang berpotensi fatal dan bersifat progresif non reversible dengan karakteristik gejala adanya hambatan aliran udara di saluran napas kecil dan kerusakan parenkim paru yang umumnya ditandai dengan peradangan pada paru akibat polusi udara dan gas berbahaya (Lisma Ayu, 2025).

Global Strategy for the Diagnosis, Management, Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) dalam (Pattinaj and Utama, 2025) pada tahun 2023 memperkirakan prevalensi PPOK mencapai 10,3%. Prevalensi bervariasi di beberapa tempat di Amerika latin yaitu 7,8% di Meksiko, 19,7% di Uruguay, dan 3,5 % hingga 6,7%, di Asia Pasifik (rata-rata 6,3%). Di Indonesia pada tahun 2013-2018, jumlah penderita PPOK mencapai 3,7%. Provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi tertinggi yaitu 11%, sedangkan Provinsi Banten dan DKI Jakarta memiliki prevalensi terendah yaitu 6,3%. Penderita PPOK akan



meningkat seiring bertambahnya usia. Prevalensi menurut usia adalah 25-34 tahun = 1,6%, 35-44 tahun = 2,4%, 45-54 tahun = 3,9%, 55-64 tahun = 5,6%, 65-74 tahun = 8,6% dan usia 75 tahun ke atas = 9,4%. Secara keseluruhan, 7.967 penderita datang untuk menjalani pemeriksaan tambahan. Hasil data dari Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tahun (2019) didapatkan jumlah penderita PPOK sebanyak 188.565 ribu jiwa atau sekitar 27,4 (Citra Lestari1, 2024). Dirumah Sakit Santa Elisabeth Medan untuk prevalensi penderita PPOK pada tahun 2023 sebanyak 237 orang sedang di tahun 2024 penderita PPOK sampai saat ini sebanyak 515 orang (Puba, 2025).

Menurut (Anik Inayati1, 2025) Faktor penyebab utama PPOK telah diketahui yaitu perilaku merokok dan polusi udara. 78% pasien PPOK disebabkan oleh infeksi virus, bakteri atau keduanya, adanya riwayat infeksi saluran nafas saat usia anak-anak dan adanya keluarga yang menderita PPOK juga diduga menjadi penyebab PPOK. Gejala PPOK yang paling umum adalah kesulitan bernapas, batuk kronis (kadang-kadang disertai dahak) dan merasa penderita PPOK dapat mengalami obstruksi kronis pada saluran napas akibat penyumbatan lendir, hilangnya integritas saluran napas, atau penyempitan saluran napas. Perubahan pada saluran napas ini dapat mencegah tekanan pendorong dan aliran udara yang tepat untuk mempertahankan pembersihan karbon dioksida yang memadai karena peningkatan resistensi saluran napas sehingga mengakibatkan penurunan saturasi oksigen. Penderita PPOK dengan saturasi oksigen rendah (SpO_2) memiliki peluang lebih besar untuk mengalami sesak napas dengan derajat terburuk, sehingga mengakibatkan memburuknya kualitas



hidup, peningkatan risiko morbiditas kardiovaskular, dan risiko kematian yang lebih besar.

Menurut Mariann Harding, (2020), Penyakit Paru Obstruktif Kronik dikaitkan dengan peningkatan respons peradangan kronis di saluran udara dan paru-paru, yang terutama disebabkan oleh kebiasaan merokok dan partikel serta gas berbahaya lainnya. Merokok dapat mengurangi aktivitas silia dan dapat menyebabkan hilangnya silia. Merokok juga menyebabkan pelebaran abnormal pada ruang udara distal dengan kerusakan pada dinding alveolar. Keluhan utama pada klien PPOK biasanya berkembang secara perlahan yaitu batuk kronis atau produksi sputum, dispnea, dan riwayat paparan faktor risiko penyakit (misalnya, asap tembakau, debu pekerjaan).

Adapun penatalaksanaan yang dapat diberikan pada pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) yaitu pemberian non farmakologi yaitu pemberian posisi semi-fowler dan teknik pursed lips breathing. Pursed lips breathing adalah latihan nafas dengan penekanan pada saat ekspirasi yang bertujuan dalam memudahkan pengeluaran udara air trapping atau udara yang terjebak di saluran nafas. Pursed lips breathing dapat menghambat udara keluar dengan menggunakan kedua bibir sehingga menyebabkan tekanan dalam rongga mulut menjadi lebih positif. Pursed lips breathing membantu mengeluarkan udara yang terperangkap pada pasien PPOK sehingga CO₂ di paru dapat dikeluarkan (Milasari, 2021).

Menurut Dewi *et al.*, (2022), pemberian nebulizer pada pasien yang mengalami bersihan jalan napas tidak efektif menimbulkan medikasi langsung



pada tempat atau sasaran aksinya (seperti paru), pengiriman obat ke paru sangat cepat, sehingga aksinya lebih cepat dari pada rute lainnya seperti subkutan atau oral, serta dosis yang rendah dapat menurunkan absorpsi sistemik dan efek samping sistemik. Pemberian nebulizer yaitu rileksasi dari spasme bronchial, mengencerkan secret melancarkan jalan napas dan melembabkan saluran pernapasan.

Menurut Ristyowati, (2023), fisioterapi dada merupakan salah satu tindakan untuk membantu mengeluarkan dahak di paru dengan menggunakan gaya gravitasi. Waktu yang baik untuk melakukan fisioterapi dada yaitu sekitar 1 jam sebelum sarapan pagi dan sebelum tidur pada malam hari. Penerapan fisioterapi dada melakukan dengan teknik clapping (menepuknebuk) dan teknik vibrasi (menggetarkan) pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan. Pengaruh fisioterapi dada terhadap ekspektorasi sputum dan peningkatan saturasi oksigen penderita PPOK, pemberian fisioterapi dada dapat meningkatkan ekspektrotasi sputum lebih baik dari pada hanya pemberian batuk efektif.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik melakukan karya ilmiah akhir dengan judul asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn.R dengan gangguan pernafasan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di ruangan St.Melania Rumah Sakit Elisabeth Medan Tahun 2025.

1.2 Rumusan Masalah

Penulis mampu mengetahui dan memahami tentang bagaimana asuhan keperawatan medikal bedah dengan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) di ruang St.Melania Rumah Sakit Elisabeth Medan tahun 2025.



1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir

1.3.1 Tujuan umum

Penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn.R dengan masalah sistem pernapasan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di ruangan St. Melania Rumah Sakit Elisabeth Medan tahun 2025

1.3.2 Tujuan khusus

Setelah 3 hari menerapkan asuhan keperawatan pada pasien maka mahasiswa mampu:

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada Tn.R dengan masalah sistem pernapasan PPOK
2. Menegakkan diagnosa asuhan keperawatan pada Tn.R dengan masalah sistem pernapasan PPOK
3. Menyusun perencanaan asuhan kepearwatan pada Tn.R dengan masalah sistem pernpasan PPOK
4. Melakukan implementasi asuhan keperawatan pada Tn.R dengan masalah sistem pernapasan PPOK
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada Tn.R dengan masalah sistem pernapasan PPOK



1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil dari karya ilmiah akhir ini di harapkan sumber bacaan dan dapat mengembangkan pengetahuan mengenai asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn.R dengan gangguan sistem pernapasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) ruangan St.Melania di Rumah Sakit Elisabeth Medan Tahun 2025

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi instusi pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini akan digunakan sebagai bahan pembelajaran serta menjadi tolak ukur mahasiswa dalam mengimplementasikan metode asuhan keperawatan pada pasien PPOK

2. Bagi pendidikan keperawatan

Untuk meningkatkan knowledge, kapasitas serta efisiensi dalam penerapan asuhan keperawatan PPOK

3. Bagi praktek

Dapat memebrikan pelayanan yang komprehensif sehingga mampu meningkatkan mutu pelayanan yang optimal dalam pengaplikasian asuhan keperawatan PPOK



BAB 2

TINJUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Medik

2.1.1 Defenisi PPOK

Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) adalah penyakit yang dapat dicegah dan diobati, tetapi seringkali progresif, ditandai dengan keterbatasan aliran udara yang persisten. PPOK dikaitkan dengan peningkatan respons inflamasi kronis di saluran napas dan paru-paru, terutama disebabkan oleh merokok dan partikel serta gas berbahaya lainnya. Eksaserbasi PPOK dan penyakit penyerta atau komorbiditas lainnya dapat berkontribusi pada tingkat keparahan penyakit secara keseluruhan (Lewis, 2020).

Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) adalah penyakit pernapasan progresif lambat yang dapat dicegah dan diobati, yang ditandai dengan obstruksi aliran udara yang melibatkan saluran napas, parenkim paru, atau keduanya. Parenkim meliputi semua bentuk jaringan paru, termasuk bronkiolus, bronkus, pembuluh darah, interstisium, dan alveoli. Keterbatasan atau obstruksi aliran udara pada PPOK tidak sepenuhnya dapat dipulihkan. Sebagian besar pasien PPOK menunjukkan tanda dan gejala yang tumpang tindih antara emfisema dan bronkitis kronis, yang merupakan dua proses penyakit yang berbeda. PPOK dapat mencakup penyakit yang menyebabkan obstruksi aliran udara (misalnya, emfisema, bronkitis kronis) atau kombinasi dari gangguan-gangguan ini. Penyakit lain seperti fibrosis kistik (CF), bronkiektasis, dan asma diklasifikasikan sebagai gangguan paru kronis (Brunner & Suddarth's, 2018).



2.1.2 Etiologi

Menurut Lewis, (2020) banyak faktor yang memengaruhi perkembangan dan progresi PPOK. Pembahasan berikut membahas faktor risiko yang paling umum.

- Merokok

Faktor risiko utama untuk mengembangkan PPOK adalah merokok. PPOK memengaruhi sekitar 20% perokok. PPOK harus dipertimbangkan pada setiap orang yang berusia di atas 40 tahun dengan riwayat merokok 10 bungkus rokok per tahun atau lebih. Asap rokok memiliki beberapa efek langsung pada saluran pernapasan. Efek iritasi asap menyebabkan hiperplasia sel, termasuk sel goblet, sehingga meningkatkan produksi lendir. Hiperplasia mengurangi diameter saluran napas dan mempersulit pembersihan sekresi. Merokok mengurangi aktivitas silia dan dapat menyebabkan hilangnya silia. Merokok menyebabkan pelebaran abnormal ruang udara distal dengan kerusakan dinding alveolus. Banyak sel mengembangkan inti yang besar dan atipikal, yang dianggap sebagai kondisi prakanker. Merokok menyebabkan peradangan kronis yang meningkat pada berbagai bagian paru-paru dengan perubahan struktural dan perbaikan (disebut remodeling). Alasan respons inflamasi belum sepenuhnya dipahami. Faktor genetik mungkin berperan karena pasien yang tidak pernah merokok pun dapat mengembangkan PPOK. Merokok menyebabkan stres oksidatif dan ketidakseimbangan antara protease yang memecah jaringan ikat di paru-paru dan antiprotease yang melindungi paru-paru. Perubahan ini meningkat seiring dengan semakin parahnyanya penyakit dan tetap ada bahkan setelah pasien berhenti merokok.



Merokok pasif adalah paparan asap rokok terhadap orang yang bukan perokok, yang juga dikenal sebagai asap tembakau lingkungan (ETS) atau asap rokok bekas. Pada orang dewasa, paparan asap rokok pasif (ETS) dikaitkan dengan penurunan fungsi paru-paru, peningkatan gejala pernapasan, dan infeksi saluran pernapasan bawah yang parah (misalnya pneumonia). ETS juga dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker sinus hidung dan kanker paru-paru.

- Infeksi

Infeksi merupakan faktor risiko untuk mengembangkan PPOK. Infeksi saluran pernapasan berulang yang parah pada masa kanak-kanak telah dikaitkan dengan penurunan fungsi paru-paru dan peningkatan gejala pernapasan pada usia dewasa. Belum jelas apakah perkembangan PPOK berhubungan dengan infeksi berulang pada orang dewasa. Orang yang merokok dan terinfeksi virus imunodefisiensi manusia (HIV) memiliki perkembangan PPOK yang lebih cepat. Tuberkulosis juga merupakan faktor risiko untuk perkembangan PPOK.

- Asma

Pasien dengan PPOK mungkin juga menderita asma. Asma dapat menjadi faktor risiko perkembangan PPOK. Terdapat tumpang tindih patologis dan fungsional yang cukup besar antara kedua gangguan ini (Tabel 28.41), terutama pada orang dewasa yang lebih tua, yang mungkin memiliki komponen dari kedua penyakit tersebut. Kami menyebut tumpang tindih asma-PPOK ini sebagai sindronte.

- Polusi Udara



Tingkat polusi udara perkotaan yang tinggi berbahaya bagi orang yang sudah memiliki penyakit paru-paru. Namun, pengaruh polusi udara luar ruangan sebagai faktor risiko perkembangan PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik) masih belum jelas. Faktor risiko lainnya adalah paparan batu bara dan bahan bakar biomassa lainnya yang digunakan untuk pemanasan dan memasak di dalam ruangan. Banyak orang yang tidak pernah merokok memiliki risiko signifikan karena memasak dengan bahan bakar ini di area yang berventilasi buruk.

- Bahan Kimia dan Debu di Tempat Kerja

Jika seseorang terpapar secara intens atau berkepanjangan terhadap berbagai debu, uap, iritan, atau asap di tempat kerja, gejala gangguan paru-paru yang sesuai dengan PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik) dapat berkembang. Jika seseorang terpapar di tempat kerja dan merokok, risiko terkena PPOK meningkat.

- Penuaan

Meskipun penuaan sering dianggap sebagai faktor risiko PPOK, buktinya masih belum jelas. Apakah proses penuaan menyebabkan PPOK, atau apakah PPOK merupakan faktor penyebab penuaan? Apakah ini akibat dari paparan kumulatif yang terjadi sepanjang hidup? Penuaan normal mengakibatkan hilangnya elastisitas paru-paru, pengerasan dinding dada, dan penurunan toleransi olahraga. Paru-paru secara bertahap kehilangan elastisitasnya. Sangkar toraks menjadi kaku dan keras, dan tulang rusuk kurang fleksibel. Bentuk sangkar rusuk secara bertahap berubah karena peningkatan volume residu (RV), menyebabkannya membesar dan menjadi lebih bulat. Penurunan kepatuhan dada



dan elastisitas paru-paru yang disebabkan oleh penuaan memengaruhi aspek mekanis ventilasi dan meningkatkan kerja pernapasan (WOB). Jumlah alveoli fungsional berkurang karena saluran udara perifer kehilangan jaringan pendukung. Seiring waktu, luas permukaan untuk pertukaran gas berkurang, dan PaO₂ menurun. Perubahan elastisitas paru-paru mengurangi cadangan ventilasi. Perubahan ini mirip dengan yang terlihat pada pasien dengan PPOK.

- Genetika

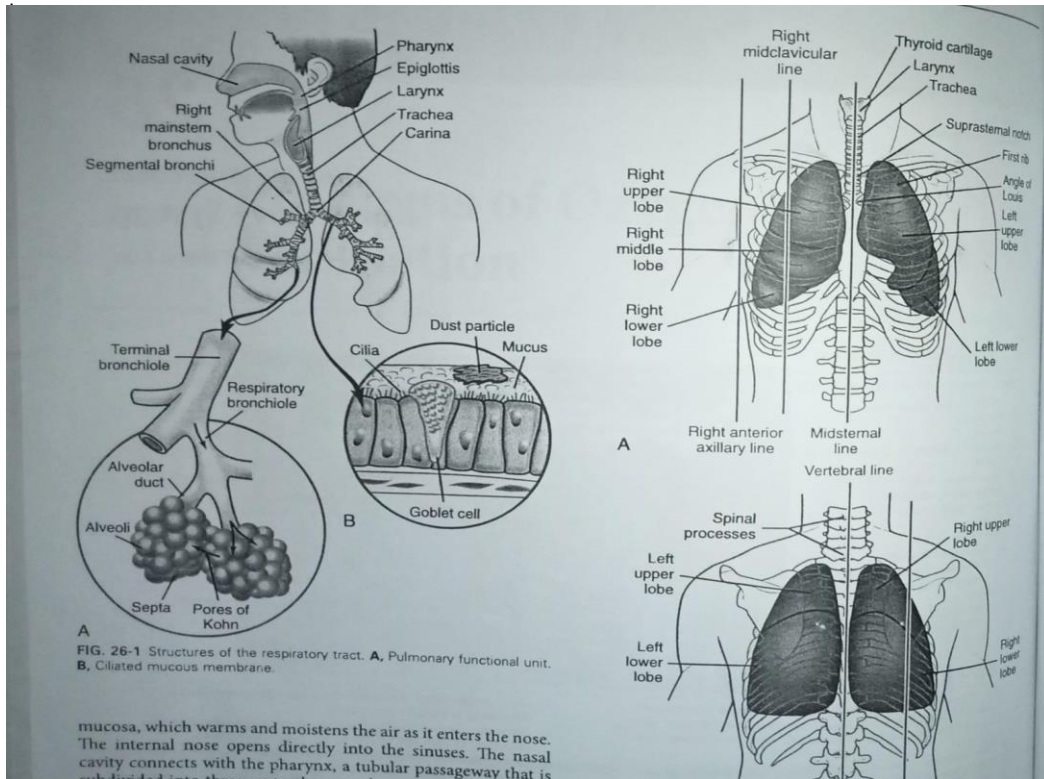
Pertanyaan yang menarik adalah mengapa sebagian perokok mengembangkan PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik) dan sebagian lainnya tidak. Fakta bahwa hanya sebagian kecil perokok yang menderita PPOK menunjukkan dengan kuat bahwa faktor genetik memainkan peran utama dalam menentukan siapa yang mengembangkan PPOK. Karena interaksi genetik-lingkungan, dua orang mungkin memiliki riwayat merokok yang sama, tetapi hanya satu yang mengembangkan PPOK. Hingga saat ini, hanya satu faktor genetik yang telah diidentifikasi secara jelas.

- Defisiensi Alfa-1 Antitripsin (AATD)

Defisiensi alfa-1(11) antitripsin (AATD) adalah kelainan autosomal resesif yang dapat memengaruhi paru-paru atau hati. AATD merupakan faktor risiko genetik untuk PPOK. Alfa-antitripsin (AAT) adalah protein serum yang diproduksi oleh hati dan biasanya ditemukan di paru-paru. Fungsi utama AAT, sebagai penghambat protease, adalah untuk melindungi jaringan paru-paru normal dari serangan protease selama peradangan yang terkait dengan merokok dan infeksi. AATD yang parah menyebabkan emfisema bulosa dini di paru-paru

2.1.3 Anatomi dan fisiologis

1. Anatomi



Gambar 2.1 Sistem Pernapasan Lewis,(2020)

2. Fisiologi

Berikut penjelasan fisiologis sistem pernapasan menurut Lewis, (2020)

Saluran Pernafasan Bagian Atas

Saluran pernapasan bagian atas meliputi hidung, mulut, faring, epiglottis, laring, dan trakea. Udara masuk ke saluran pernapasan melalui hidung. Hidung terbuat dari tulang dan tulang rawan dan dibagi menjadi dua lubang hidung oleh septum hidung. Bagian dalam hidung dibentuk menjadi tiga saluran oleh tonjolan yang disebut turbinat. Turbinat meningkatkan luas permukaan hidung Mukosa,



yang menghangatkan dan melembabkan udara saat masuk ke hidung. Bagian dalam hidung terbuka langsung ke sinus. Rongga hidung terhubung dengan faring, saluran berbentuk tabung yang terbagi menjadi tiga bagian: nasofaring, orofaring, dan laringofaring.

Hidung berfungsi untuk melindungi saluran pernapasan bagian bawah dengan menghangatkan dan melembabkan udara serta menyaring partikel-partikel kecil sebelum udara masuk ke paru-paru. Ujung saraf penciuman, yang terletak di langit-langit hidung, bertanggung jawab atas indra penciuman. Udara bergerak melalui orofaring ke laringofaring. Kemudian udara melewati epiglotis ke laring sebelum masuk ke trakea. Epiglotis adalah lipatan kecil yang terletak di belakang lidah yang menutup laring saat menelan. Ini mencegah zat padat dan cairan masuk ke paru-paru. Pita suara terletak di laring. Suara getaran dihasilkan selama pernapasan yang menyebabkan vokalisasi. Udara melewati glotis, lubang di antara pita suara, dan masuk ke trakea. Trakea adalah tabung silindris dengan panjang sekitar 5 inci (10 hingga 12 cm) dan diameter 1 inci (1,5 hingga 2,5 cm). Tulang rawan berbentuk U menjaga trakea tetap terbuka tetapi memungkinkan esofagus yang berdekatan untuk mengembang saat menelan. Trakea bercabang menjadi bronkus utama kanan dan kiri pada titik yang disebut karina. Karina terletak pada tingkat persimpangan manubriosternal, yang juga disebut sudut Louis. Karina sangat sensitif, dan menyentuhnya selama penyedotan akan menyebabkan batuk yang hebat



- Saluran Pernapasan Bawah

Saluran pernapasan bagian bawah terdiri dari bronkus, bronkiolus, saluran alveolar, dan alveoli. Kecuali bronkus utama kanan dan kiri, semua struktur saluran udara bagian bawah terletak di dalam paru-paru. Paru-paru kanan terbagi menjadi tiga lobus (atas, tengah, dan bawah) dan paru-paru kiri menjadi dua lobus (atas dan bawah). Struktur dinding dada (tulang rusuk, pleura, otot pernapasan) juga penting untuk pernapasan.

Setelah udara melewatinya, udara berada di saluran pernapasan bagian bawah. Bronkus utama, pembuluh darah paru, dan saraf memasuki paru-paru melalui celah yang disebut hilus. Bronkus utama kanan lebih pendek, lebih lebar, dan lebih lurus daripada bronkus utama kiri. Karena alasan ini, aspirasi lebih mungkin terjadi di paru-paru kanan daripada di paru-paru kiri. Bronkus utama terbagi beberapa kali membentuk bronkus lobar, segmental, dan subsegmental. Pembagian lebih lanjut membentuk bronkiolus. Bronkiolus yang paling jauh disebut bronkiolus respiratorik. Di luar bronkiolus ini terdapat duktus alveolar dan kantung alveolar. Bronkiolus dikelilingi oleh otot polos yang berkontraksi dan berdilatasi sebagai respons terhadap berbagai rangsangan. Istilah bronkokonstriksi dan bronkodilatasi mengacu pada penurunan atau peningkatan diameter saluran udara yang disebabkan oleh kontraksi atau relaksasi otot-otot ini.

Pertukaran oksigen dan karbon dioksida terjadi di alveoli. Trakea dan bronkus bertindak sebagai jalur untuk menghantarkan gas ke alveoli. Trakea ditambah bronkus disebut ruang mati anatomis (VD). Udara yang mengisi ruang ini setiap kali bernapas tidak tersedia untuk pertukaran gas. Pada orang dewasa,



volume tidal (VT) normal, atau volume udara yang dipertukarkan setiap kali bernapas, adalah sekitar 500 mL (pada pria dengan berat 150 lb). Dari setiap 500 mL yang dihirup, sekitar 150 mL adalah VD. Setelah melewati VD, udara mencapai bronkiolus pernapasan dan alveoli (Gambar 26-4). Alveoli adalah kantung kecil yang merupakan tempat utama pertukaran gas di paru-paru. Alveoli saling terhubung oleh pori-pori Kohn, yang memungkinkan pergerakan udara dari alveolus ke alveolus. Pernapasan dalam mendorong pergerakan udara melalui pori-pori ini dan membantu mengeluarkan lendir dari bronkiolus pernapasan. Bakteri juga dapat bergerak melalui pori-pori ini, menyebarkan infeksi ke area yang sebelumnya tidak terinfeksi. Paru-paru orang dewasa memiliki 300 juta alveoli. Ruang pertukaran yang ukurannya kira-kira sebesar lapangan tenis.

Gas terjadi di membran alveolar-kapiler. Dimana alveoli bersentuhan dengan kapiler paru-paru pertukaran dalam kondisi seperti edema paru, kelebihan gas mengisi ruang intersisial dan alveoli, secara signifikan mengurangi gas di alveoli. Surfaktan. Paru-paru merupakan kumpulan dari 300 juta alveoli. Alveoli berdiameter 0,3 mm. Karena alveoli tidak stabil, alveoli memiliki kecenderungan alami untuk kolaps. Sel-sel alveoli mengeluarkan surfaktan. Surfaktan adalah lipoprotein yang menurunkan tekanan permukaan untuk mengembangkan alveoli dan membuatnya kurang mungkin kolaps. Secara termal, setiap orang mengambil napas yang sedikit lebih besar, yang disebut tarikan napas, setelah setiap lima atau enam napas. Tarikan napas ini meregangkan alveoli.



2.1.4 Patofisiologis

Menurut Lewis, (2020) PPOK ditandai dengan peradangan kronis pada saluran napas, parenkim paru (bronkiolus pernapasan dan alveoli), dan pembuluh darah paru. Patogenesis PPOK kompleks dan melibatkan banyak mekanisme. Ciri khas PPOK adalah keterbatasan aliran udara yang tidak sepenuhnya dapat dipulihkan selama ekshalasi paksa. Hal ini terutama disebabkan oleh hilangnya elastisitas dan obstruksi aliran udara, yang disebabkan oleh hipersekresi lendir, edema mukosa, dan bronkospasme.

Seiring perkembangan penyakit, kelainan pada keterbatasan aliran udara, jebakan udara, dan pertukaran gas memburuk. Pada PPOK berat, terjadi hipertensi paru dan manifestasi sistemik. PPOK memiliki distribusi perubahan patologis yang tidak merata. Area jaringan paru yang sangat terganggu dan/atau rusak ada berdampingan dengan area paru yang relatif normal. Proses peradangan paling sering dimulai dengan menghirup partikel dan gas berbahaya (misalnya, asap rokok, polusi udara). Proses peradangan abnormal menyebabkan kerusakan jaringan dan mengganggu mekanisme pertahanan normal serta proses perbaikan paru-paru. Kita belum sepenuhnya memahami mekanisme peningkatan respons peradangan ini. Mungkin hal ini ditentukan secara genetik. Sel inflamasi yang dominan pada PPOK adalah neutrofil, makrofag, dan limfosit. Pola sel inflamasi ini berbeda dengan pola pada asma, di mana eosinofil, sel mast, neutrofil, limfosit, dan makrofag adalah penyebab utamanya. Sel inflamasi menarik mediator inflamasi lainnya (misalnya, leukotrien) dan sitokin proinflamasi (misalnya, faktor nekrosis tumor).



Proses peradangan dapat diperparah oleh oksidan, yang dihasilkan oleh asap rokok dan partikel lain yang terhirup serta dilepaskan dari sel-sel inflamasi. Oksidan berdampak buruk pada paru-paru karena menonaktifkan antiprotease (yang mencegah penghancuran alami paru-paru), merangsang sekresi lendir, dan meningkatkan cairan di paru-paru. Hasil dari proses peradangan tersebut adalah perubahan struktural pada paru-paru. Setelah menghirup oksidan dalam tembakau atau polusi udara, aktivitas protease (yang memecah jaringan ikat paru-paru) meningkat dan antiprotease (yang melindungi terhadap pemecahan) dihambat. Oleh karena itu, keseimbangan alami protease/antiprotease bergeser mendukung penghancuran alveoli dan hilangnya elastisitas paru-paru.

Ketidakmampuan untuk menghembuskan napas adalah karakteristik utama PPOK. Lokasi utama keterbatasan aliran udara adalah di saluran napas yang lebih kecil. Saat saluran napas perifer tersumbat, udara secara bertahap terperangkap selama ekspirasi. Volume udara sisa meningkat drastis pada PPOK berat karena perlekatan alveolus (mirip karet gelang) ke saluran napas kecil hancur. Saat udara terperangkap di paru-paru, dada mengembang berlebihan dan menjadi berbentuk seperti tong, karena otot pernapasan tidak dapat berfungsi secara efektif. Kapasitas residu fungsional (FRC) meningkat. Udara sisa, dikombinasikan dengan hilangnya elastisitas, membuat ekspirasi pasif udara menjadi sulit. Pasien sekarang mencoba menghirup udara ketika paru-paru berada dalam keadaan "terlalu mengembang". Dengan demikian, pasien menjadi sesak napas dengan kapasitas olahraga yang terbatas. Biasanya, pasien tidak mengalami masalah hipoksemia saat istirahat hingga stadium akhir penyakit. Awalnya, hipoksemia



dapat berkembang selama berolahraga dan pasien mungkin mendapat manfaat dari suplementasi O₂. Kelainan pertukaran gas mengakibatkan hipoksemia dan hiperkapnia (peningkatan CO₂) seiring memburuknya penyakit. Seiring meningkatnya penumpukan udara, dinding alveoli hancur (Gambar 28.11). Bulla (ruang udara besar di parenkim) dan bleb (ruang udara di dekat pleura) dapat terbentuk. Bulla dan bleb tidak efektif dalam pertukaran gas karena tidak mengandung jaringan kapiler yang biasanya mengelilingi setiap alveolus. Oleh karena itu, terjadi ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (V/Q) yang signifikan dan hipoksemia. Obstruksi jalan napas perifer juga mengakibatkan ketidakseimbangan V/Q dan, dikombinasikan dengan gangguan otot pernapasan, menyebabkan retensi CO₂, terutama pada bentuk penyakit yang parah.

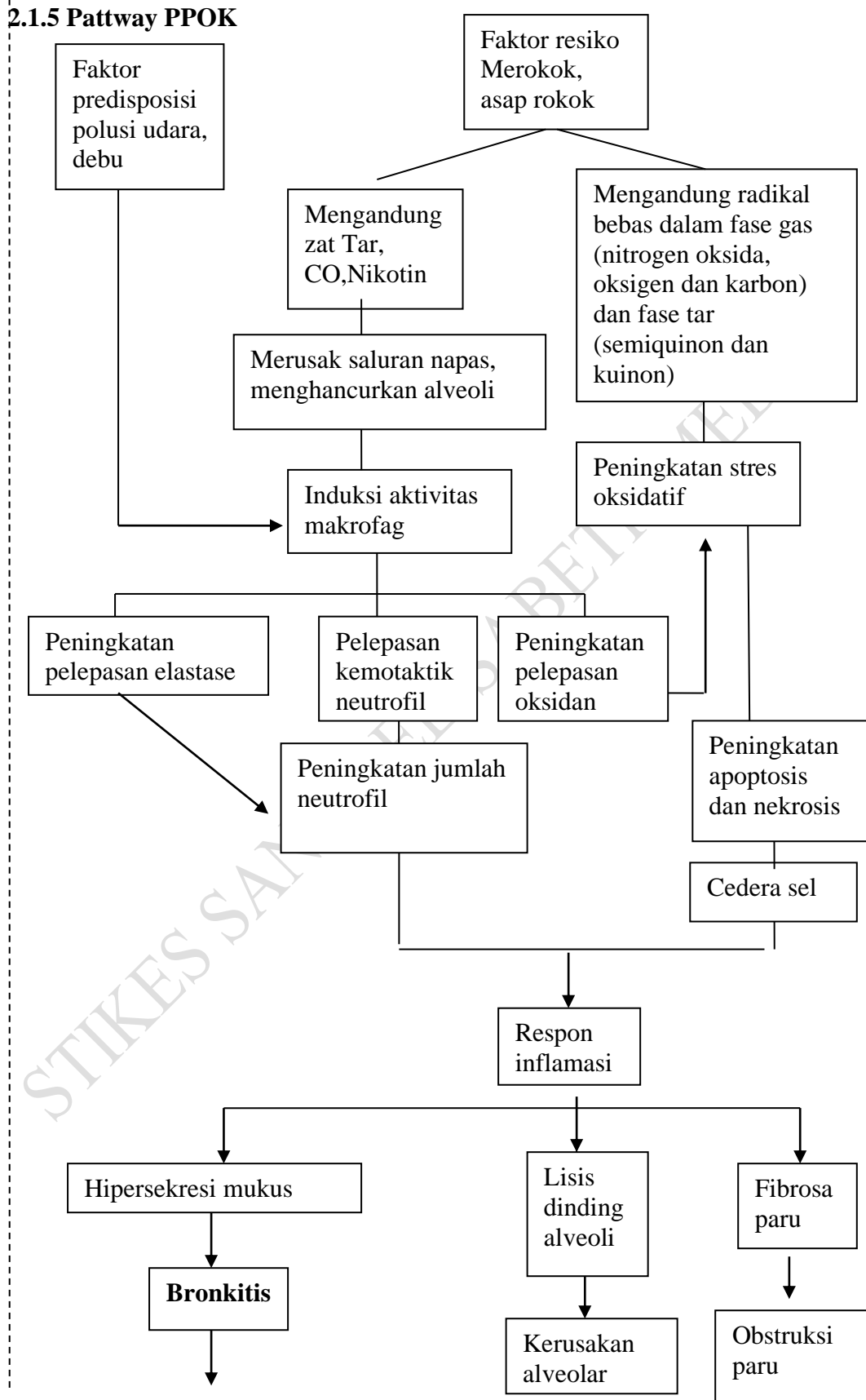
Produksi lendir berlebih, yang mengakibatkan batuk produktif kronis, merupakan ciri khas penderita bronkitis kronis yang dominan. Namun, tidak semua pasien PPOK memiliki produksi dahak. Jika ada, produksi lendir berlebih bersifat multifaktorial, termasuk (1) peningkatan jumlah sel goblet penghasil lendir, (2) pembesaran kelenjar submukosa, (3) disfungsi silia, dan (4) stimulasi dari mediator inflamasi. Selain penyakit paru-paru, PPOK adalah penyakit sistemik. Peradangan kronis merupakan masalah mendasar bagi banyak pasien. Umum Penyakit sistemik, termasuk osteoporosis, diabetes, dan sindrom metabolik, telah ditemukan pada PPOK. Penyakit kardiovaskular juga umum terjadi. Perubahan pembuluh darah paru yang mengakibatkan hipertensi paru ringan hingga sedang dapat terjadi pada tahap akhir PPOK. Arteri paru kecil mengalami vasokonstriksi akibat hipoksia. Seiring perkembangan penyakit,

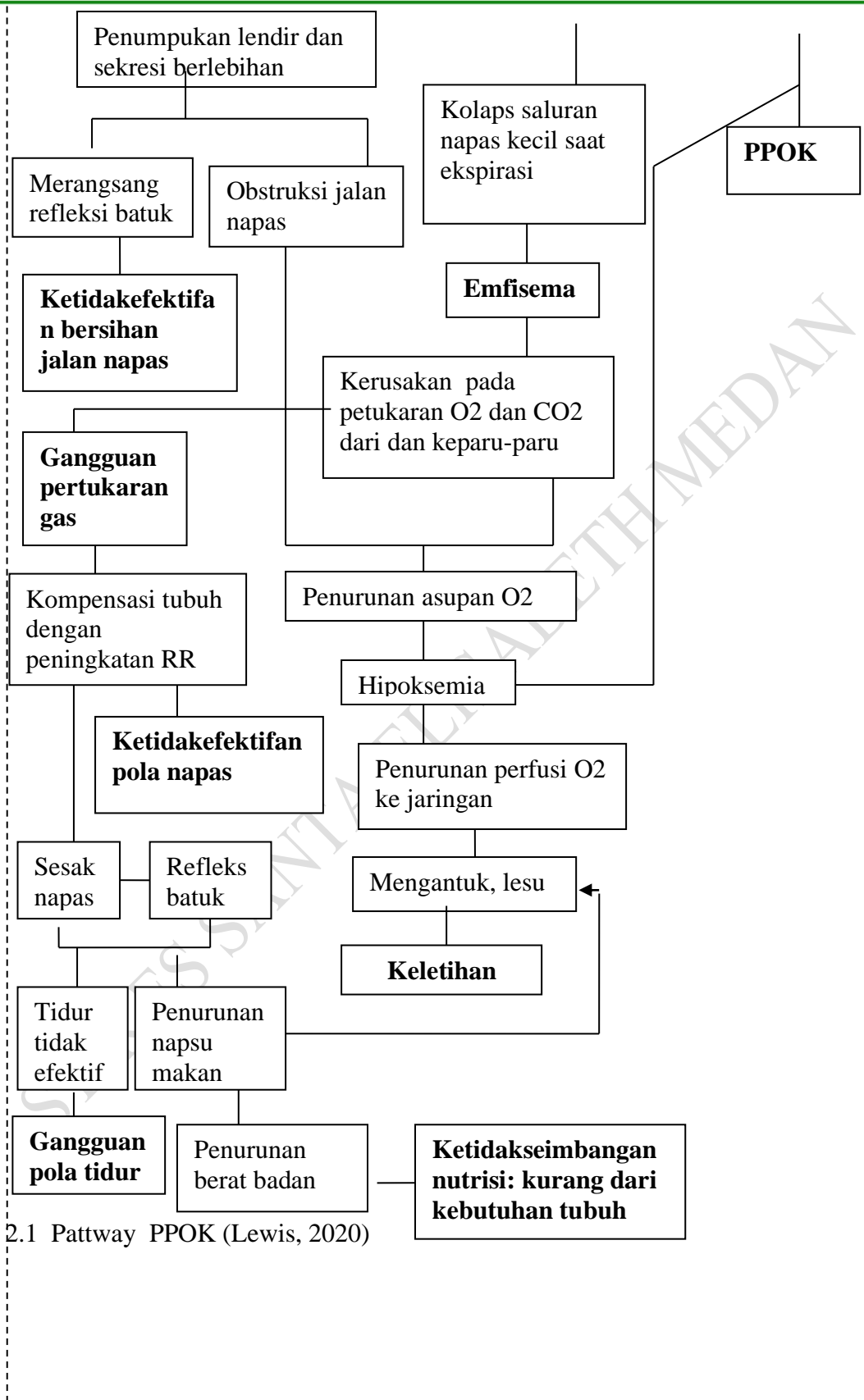


struktur arteri paru berubah, mengakibatkan penebalan otot polos pembuluh darah. Karena hilangnya dinding alveolus dan kapiler di sekitarnya, tekanan dalam sirkulasi paru meningkat. Hipertensi paru dapat berkembang dan menyebabkan hipertrofi ventrikel kanan jantung. Ventrikel kanan melebar dan akhirnya dapat menyebabkan gagal jantung sisi kanan.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

2.1.5 Pattway PPOK





2.1 Pathway PPOK (Lewis, 2020)



2.1.6 Manifestasi klinik

Manifestasi PPOK biasanya berkembang perlahan. Diagnosis klinis PPOK harus dipertimbangkan pada setiap pasien yang mengalami batuk kronis atau produksi dahak, sesak napas, dan riwayat paparan faktor risiko penyakit (misalnya, asap rokok, debu di tempat kerja). Terkadang sulit untuk membedakan PPOK dari asma, terutama jika orang tersebut memiliki riwayat merokok. Namun, beberapa ciri klinisnya berbeda. Batuk kronis yang muncul dan hilang timbul yang seringkali merupakan gejala pertama yang muncul, mungkin sudah ada saat penyakit tersebut mulai terlihat pada pasien. Pasien sering mengabaikan batuk tersebut karena mengaitkannya dengan merokok atau paparan lingkungan. Batuk tersebut mungkin bersifat produktif. Keterbatasan aliran udara yang signifikan dapat terjadi tanpa batuk atau dahak. Biasanya, sesak napas bersifat progresif, umumnya terjadi saat beraktivitas, dan hadir setiap hari.

Pasien mungkin melaporkan rasa berat di dada, tidak mampu menarik napas dalam-dalam, terengah-engah, peningkatan usaha untuk bernapas, dan rasa sesak napas. Pasien cenderung mengabaikan gejala dan beralasan bahwa "saya semakin tua" atau "saya tidak bugar lagi." Mereka mengubah perilaku untuk menghindari sesak napas, seperti menggunakan lift daripada tangga. Pasien hanya akan mencari perawatan medis ketika sesak napas parah atau ketika sesak napas secara signifikan mengganggu kemampuan mereka untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari (ADL). Pada stadium lanjut PPOK, sesak napas dapat terjadi bahkan saat istirahat. Seiring semakin banyaknya alveoli yang mengembang, semakin banyak udara yang terperangkap. Hal ini menyebabkan diafragma menjadi datar,



dan pasien harus bekerja lebih keras untuk bernapas. Pernapasan perut yang efektif berkurang karena diafragma yang datar akibat paru-paru yang mengembang berlebihan. Pasien menjadi lebih banyak bernapas menggunakan dada, mengandalkan otot interkostal dan otot bantu pernapasan. Namun, pernapasan dada tidak terlalu efisien, terutama dalam jangka waktu yang lama.

Mengi dan sesak dada mungkin ada, tetapi dapat bervariasi tergantung waktu dalam sehari atau dari hari ke hari, terutama pada pasien dengan penyakit yang lebih parah. Sesak dada, yang sering terjadi setelah aktivitas, mungkin terasa mirip dengan kontraksi otot.

Penderita PPOK stadium lanjut sering mengalami kelelahan, penurunan berat badan, dan anoreksia. Bahkan dengan asupan kalori yang cukup, pasien mungkin masih mengalami penurunan berat badan. Kelelahan adalah gejala yang sangat umum dan memengaruhi aktivitas sehari-hari pasien. Selama pemeriksaan fisik, fase ekspirasi yang memanjang diamati. Penurunan suara napas dan/atau mengi terdengar di seluruh lapangan paru-paru. Karena diameter anteroposterior dada meningkat ("dada barel") akibat jebakan udara kronis, pasien mungkin perlu bernapas lebih keras dari biasanya agar suara napas terdengar dengan stetoskop.

Pasien mungkin duduk tegak dengan lengan ditopang pada permukaan tetap seperti meja di atas tempat tidur (posisi tripod). Pasien mungkin secara alami mengerutkan bibir saat ekspirasi (pernapasan bibir mengerucut) dan menggunakan otot bantu, seperti otot di leher, untuk membantu inspirasi. Edema di pergelangan kaki mungkin menjadi satu-satunya petunjuk keterlibatan jantung sisi kanan (kardiopulmonale). Seiring waktu, hipoksemia (PaO_2 kurang dari 60 mm Hg atau



saturasi O₂ kurang dari 88% pada udara ruangan) dapat berkembang dengan hiperkapnia (PaCO₂ lebih dari 45 mm Hg). Warna kulit kebiruan-merahan disebabkan oleh polisitemia dan sianosis. Polisitemia berkembang akibat peningkatan produksi sel darah merah karena tubuh mencoba mengkompensasi hipoksemia kronis. Konsentrasi hemoglobin dapat mencapai 20 g/dL (200 g/L) atau lebih. Namun, orang tersebut mungkin memiliki hemoglobin dan hemoglobin yang lebih rendah karena anemia kronis (Lewis, 2020).

2.1.7 Pemeriksaan diagnostik

Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik sangat penting dalam proses diagnosis. Spirometri mengkonfirmasi diagnosis pada mereka yang diduga menderita PPOK. Spirometri mengkonfirmasi adanya obstruksi aliran udara dan menentukan tingkat keparahan PPOK. Dalam spirometri, pasien menerima SABA. Nilai pasca-bronkodilator dibandingkan dengan nilai referensi normal. Diagnosis PPOK ditegakkan ketika rasio FEV₁/FVC kurang dari 70%.²⁰ Nilai FEV₁ memberikan pedoman untuk tingkat keparahan PPOK. Semakin rendah FEV₁, semakin besar obstruksi saluran napas.

Pemeriksaan diagnostik lain yang dapat dilakukan diuraikan Foto rontgen dada tidak bersifat diagnostik tetapi sering menunjukkan diafragma datar karena paru-paru yang mengalami hiperinflasi. Pasien sering mengalami hipoksemia akibat olahraga. Terapis fisik atau pernapasan dapat melakukan tes jalan 6 menit. Pembacaan oksimetri nadi dilakukan saat pasien berjalan dan beristirahat. Jika nilai saturasi O₂ 88% atau lebih rendah saat istirahat dan pasien bernapas dengan udara ruangan, mereka memenuhi syarat untuk mendapatkan oksigen tambahan.



Analisis gas darah arteri (ABG) biasanya dipantau pada pasien yang dirawat di rumah sakit dengan eksaserbasi PPOK akut. ABG saja tidak cukup untuk mendiagnosis PPOK, tetapi membantu mengidentifikasi tingkat keparahan eksaserbasi dengan menilai kelainan pada oksigenasi dan ventilasi. Pada tahap awal, mungkin terdapat PaO₂ normal atau hanya sedikit menurun dan PaCO₂ normal. Pada tahap lanjut PPOK, temuan khasnya adalah pH normal rendah, PaCO₂ normal tinggi atau di atas normal, dan bikarbonat (HCO₃⁻) normal tinggi. Hal ini dapat mengindikasikan asidosis respiratorik yang terkompensasi sebagian atau sepenuhnya. Pasien mengalami retensi CO₂ kronis dan ginjal telah menyimpan HCO₃⁻ untuk meningkatkan pH hingga berada dalam kisaran normal.

EKG mungkin normal atau menunjukkan tanda-tanda gagal jantung kanan. Ekokardiogram atau pemindaian MUGA (cardiac blood pool) dapat digunakan untuk mengevaluasi fungsi jantung. Pemeriksaan dahak untuk kultur dan uji sensitivitas dapat dilakukan jika dicurigai adanya infeksi, seperti pneumonia. (Lewis, 2020).

2.1.8 Penatalaksanaan

Berikut penatalaksanaan PPOK Menurut (Lewis, 2020)

- Perawatan Interprofesional

Sebagian besar pasien PPOK dirawat sebagai pasien rawat jalan. Mereka dirawat di rumah sakit karena eksaserbasi akut PPOK atau komplikasi, seperti pneumonia, gagal jantung, atau gagal pernapasan akut. Evaluasilah paparan pasien terhadap iritan lingkungan atau pekerjaan dan tentukan cara untuk mengendalikan atau menghindarinya. Misalnya, ajarkan pasien untuk menghindari, jika



memungkinkan, ruangan yang penuh asap dan polutan udara. Pasien dengan PPOK sangat rentan terhadap infeksi paru-paru. Pasien dengan PPOK harus menerima imunisasi influenza setiap tahun. Vaksin pneumokokus direkomendasikan untuk semua perokok berusia 19 tahun ke atas dan semua pasien dengan PPOK.

- Penghentian Merokok

Menghentikan kebiasaan merokok pada setiap penderita PPOK dengan tingkat keparahan apa pun adalah intervensi terpenting yang dapat memengaruhi perkembangan alami PPOK. Setelah seseorang berhenti merokok, penurunan fungsi paru yang dipercepat akibat merokok melambat hingga hampir mencapai tingkat seperti pada orang yang tidak merokok. Semakin cepat perokok berhenti, semakin sedikit fungsi paru yang hilang dan semakin cepat gejalanya berkurang, terutama batuk dan produksi dahak.

- Terapi Obat

Obat-obatan untuk PPOK dapat mengurangi gejala, meningkatkan kapasitas olahraga, memperbaiki kesehatan secara keseluruhan, dan mengurangi jumlah serta tingkat keparahan eksaserbasi. Seperti halnya asma, obat-obatan diberikan secara bertahap sesuai dengan tingkat obstruksi aliran udara yang ditentukan dari spirometri (FEV_1) dan gejala. Dosis obat ditingkatkan secara bertahap, tetapi biasanya tidak diturunkan seperti pada asma, karena pada PPOK gejala terus-menerus muncul. Pemberian obat melalui inhalasi lebih disukai dan digunakan secara teratur atau sesuai kebutuhan. Terapi obat bronkodilator merelaksasi otot polos di saluran napas dan meningkatkan ventilasi paru-paru, sehingga



mengurangi tingkat sesak napas. Pasien dengan PPOK tidak memberikan respons yang dramatis terhadap terapi bronkodilator seperti halnya pasien asma. Namun, terapi bronkodilator mengurangi sesak napas dan meningkatkan FEV1. Obat bronkodilator yang umum digunakan adalah agonis κ 2-adrenergik, agen antikolinergik, dan, dalam jumlah yang jauh lebih sedikit, metilxantin. Pilihan bronkodilator bergantung pada respons pasien. Obat ini diberikan sesuai jadwal atau sesuai kebutuhan. Jika pasien menderita PPOK ringan atau gejalanya sedikit, SABA digunakan. Albuterol atau ipratropium dapat digunakan sendiri, tetapi kombinasi bronkodilator meningkatkan efeknya dan mengurangi risiko efek samping. Albuterol dan ipratropium dapat diuapkan bersama (DuoNeb) atau diberikan melalui semprotan inhalasi (Combivent Respimat).

Pada stadium PPOK sedang (FEV, kurang dari 60%), LABA sering menjadi bagian dari rencana pengobatan. Tidak seperti asma, LABA dapat digunakan sebagai monoterapi pada PPOK. Salmeterol dan formoterol adalah LABA yang banyak digunakan. SABA masih dapat digunakan sebagai "penyelamat" untuk sesak napas. Pada pasien PPOK dengan FEV kurang dari 60%, pengobatan rutin dengan ICS sering diresepkan bersamaan dengan LABA. Contoh kombinasi ICS dengan LABA adalah fluticasone/salmeterol (Advair) dan budesonide/formoterol (Symbicort). Antikolinergik kerja panjang hirup, LABA, dan ICS semuanya mengurangi eksaserbasi PPOK. Namun, pada PPOK, tidak seperti asma, ICS tidak digunakan sebagai monoterapi karena kekhawatiran tentang efek sampingnya. Beberapa pasien PPOK menjalani terapi rangkap tiga dengan Advair dan tiotropium. Kortikosteroid oral tidak boleh digunakan untuk terapi jangka panjang



pada PPOK, tetapi efektif untuk penggunaan jangka pendek dalam mengobati eksaserbasi akut. Penggunaan teofilin kerja panjang dalam pengobatan PPOK masih kontroversial karena berinteraksi dengan banyak obat. Dosis rendah teofilin dengan ICS mungkin dapat membantu beberapa pasien PPOK yang tidak merespons obat inhalasi lainnya. Roflumilast (Daliresp) adalah obat oral yang digunakan untuk mengurangi frekuensi eksaserbasi pada pasien dengan PPOK berat dan bronkitis kronis. Obat ini merupakan penghambat fosfodiesterase. Ini adalah obat antiinflamasi yang menekan pelepasan sitokin dan mediator inflamasi lainnya serta menghambat produksi radikal O₂ reaktif. Perangkat pemberian obat baru semakin banyak tersedia dengan cepat. Salah satu contohnya adalah Respimat, perangkat genggam yang mudah digunakan dan memberikan pengendapan obat yang tinggi ke paru-paru serta pengendapan yang rendah di mulut dan tenggorokan. Respimat menyederhanakan koordinasi antara aktivasi obat dan inhalasi tanpa propelan. Perangkat ini tidak bergantung pada aliran inspirasi. Combivent dan Spiriva Respimat adalah contohnya.

- Terapi Bedah

Berbagai prosedur bedah digunakan untuk membantu mengelola PPOK berat. Namun, penting untuk diingat bahwa tidak semua pasien dengan PPOK berat memenuhi syarat untuk menjalani operasi. Salah satu jenis pembedahan adalah pembedahan pengurangan volume paru (LVRS). Tujuan LVRS adalah untuk mengurangi ukuran paru-paru dengan menghilangkan sebagian jaringan paru-paru yang sakit, sehingga jaringan paru-paru sehat yang tersisa dapat berfungsi lebih baik. Mengurangi jaringan paru-paru yang sakit sekitar 30%



menghasilkan penurunan obstruksi jalan napas dan peningkatan ruang bagi alveoli normal yang tersisa (kantong udara kecil di ujung setiap bronkiolus) untuk mengembang dan berfungsi. Selain memperbaiki paru-paru dan dinding dada. Secara mekanis, LVRS dapat memungkinkan diafragma kembali ke bentuk normalnya. Hal ini memungkinkan pasien untuk bernapas lebih efisien.

Jenis prosedur bedah lainnya adalah operasi pengurangan volume paru bronkoskopik. Prosedur ini melibatkan pemasangan katup satu arah, melalui bronkoskopi, di saluran udara yang mengarah ke bagian paru yang sakit. Dengan menyumbat sepenuhnya lobus paru tertentu, hal ini menyebabkan kolaps pada segmen paru tertentu dan menghasilkan hasil yang mirip dengan LVRS. Pneumotoraks adalah komplikasi umum. Pada bullectomi, satu atau lebih bula yang sangat besar diangkat. Pengangkatan bula membantu mengurangi kerja pernapasan (WOB). Transplantasi paru bermanfaat bagi pasien tertentu dengan PPOK stadium lanjut. Meskipun transplantasi paru tunggal adalah teknik yang paling umum digunakan karena kekurangan donor, transplantasi bilateral dapat dilakukan.

Perawatan Antarprofesi: Perawatan Pernapasan dan Terapi Oksigen

1. Terapi oksigen sering digunakan dalam pengobatan PPOK dan masalah lain yang terkait dengan hipoksemia. Oksigen adalah gas tidak berwarna, tidak berbau, dan tidak berasa yang membentuk 21% atmosfer. Pemberian oksigen tambahan meningkatkan tekanan parsial oksigen (PO_2) dalam udara yang dihirup. Secara klinis, oksigen dianggap sebagai obat yang diresepkan. Ini adalah satu-satunya obat yang telah dikaitkan dengan peningkatan angka harapan hidup pasien.



PPOK. Oksigen biasanya diberikan untuk mengobati hipoksemia yang disebabkan oleh banyak masalah lain, seperti syok, pneumonia, dan emboli paru. Terapi oksigen harus disesuaikan untuk memenuhi keadaan dan kebutuhan fisiologis unik setiap pasien. Untuk sebagian besar pasien, tujuan terapi oksigen adalah untuk menjaga SaO₂ lebih besar dari 90% selama istirahat, berdiri, dan eversi atau PaO₂ lebih besar dari 60 mm Hg. Tujuan ini dapat dimodifikasi untuk pasien dengan PPOK sedang hingga berat. Misalnya, berdasarkan kondisi pasien, tenaga kesehatan dapat menerima SaO₂ lebih besar dari 60 mm Hg.

2. Metode Administrasi

Terdapat berbagai metode pemberian O₂. Perangkat yang digunakan bergantung pada kondisi pasien, fraksi oksigen inspirasi (FIO₂) yang dibutuhkan pasien dan yang diberikan oleh perangkat, kebutuhan pelembapan, kerja sama pasien, kenyamanan, biaya, dan sumber daya keuangan. Sistem pemberian oksigen (O₂) diklasifikasikan sebagai sistem aliran rendah atau aliran tinggi. Sebagian besar metode pemberian O₂ adalah perangkat aliran rendah yang menyediakan O₂ dalam konsentrasi yang bervariasi sesuai dengan pola pernapasan seseorang. Perangkat aliran rendah menarik sebagian udara ruangan. Hal ini membuat rentang FIO₂ diketahui, tetapi FIO₂ yang tepat sulit ditentukan. Selang hidung dan masker non-rebreather adalah contoh sistem O₂ aliran rendah. Perangkat pemberian O₂ aliran tinggi memberikan konsentrasi O₂ tetap (misalnya 28%, 35%) terlepas dari pola pernapasan pasien. Masker Venturi dan ventilator mekanis adalah contoh sistem pemberian O₂ aliran tinggi.



3. Pelembapan dan Nebulisasi

Oksigen (O_2) yang diperoleh dari tabung O_2 atau sistem dinding bersifat kering. Oksigen kering memiliki efek iritasi pada selaput lendir dan mengeringkan sekresi. Oleh karena itu, penting untuk melembabkan O_2 . Pelembapan melibatkan penambahan air suling steril, yang dihubungkan ke alat pemberian O_2 , untuk mencegah menghirup udara kering. Misalnya, alat umum yang digunakan untuk pelembapan ketika pasien menggunakan kanula atau masker adalah botol plastik kecil berisi air suling yang disebut pelembap gelembung. Alat ini dihubungkan ke sumber O_2 melalui pengukur aliran.

4. Terapi Oksigen di Rumah

Terapi oksigen rumahan jangka pendek (hingga 30 hari) mungkin diperlukan untuk pasien yang mengalami hipoksemia setelah keluar dari rumah sakit. Misalnya, pasien dengan PPOK yang mengalami infeksi saluran pernapasan serius mungkin memerlukan terapi oksigen berkelanjutan untuk mengatasi hipoksemia selama beberapa minggu setelah keluar dari rumah sakit. Petugas perawatan kesehatan di rumah dapat mengukur status oksigenasi pasien setelah episode akut untuk menentukan apakah oksigen masih diperlukan.

Pasien mungkin hanya menerima O_2 selama berolahraga dan/atau tidur. Evaluasi kebutuhan O_2 selama periode ini dengan tes jalan 6 menit atau oksimetri semalaman. Peningkatan angka harapan hidup terjadi pada pasien PPOK yang menerima terapi O_2 jangka panjang (LTOT) (lebih dari 15 jam/hari) untuk mengobati hipoksemia. Evaluasi ulang berkala diperlukan untuk pasien yang



menggunakan LTOT. Pasien dievaluasi ulang setiap 30 hingga 90 hari selama tahun pertama terapi dan setiap tahun setelah itu jika kondisi pasien tetap stabil.

5. Pelatihan Ulang Pernapasan

Pasien dengan PPOK sering mengalami dispnea dengan peningkatan laju pernapasan. Otot-otot bantu pernapasan di leher dan Otot-otot bagian atas dada digunakan secara berlebihan untuk mendorong gerakan dinding dada. Otot-otot ini tidak dirancang untuk penggunaan jangka panjang dan akibatnya pasien mengalami peningkatan kelelahan hilang.

6. Teknik Pembersihan Jalan Nafas

Banyak pasien dengan PPOK atau kondisi lain yang mengalami retensi sekret (misalnya, CF, bronkiektasis) membutuhkan bantuan untuk membersihkan saluran napas mereka secara memadai. Teknik pembersihan saluran napas (ACT) melonggarkan lendir dan sekret sehingga dapat dibersihkan dengan batuk. Ada berbagai teknik. Ini termasuk batuk yang efektif, fisioterapi dada, alat pembersih saluran napas, dan ventilasi dada frekuensi tinggi. Terapis pernapasan, terapis fisik, dan perawat dapat melakukan teknik-teknik ini. ACT sangat bermanfaat pada pasien yang mengalami eksaserbasi PPOK. Terapi ini sering digunakan bersamaan dengan pengobatan lain. Biasanya, pasien menerima terapi bronkodilator melalui alat inhalasi (misalnya, nebulisasi) sebelum ACT. Kemudian ACT digunakan, diikuti dengan batuk yang efektif (misalnya, batuk huff).



7. Batuk Efektif

Banyak pasien PPOK mengalami pola batuk yang tidak efektif sehingga tidak cukup membersihkan dahak dari saluran napas. Mereka khawatir akan mengalami bronkospasme, atau batuk spastik, yang mengakibatkan peningkatan sesak napas. Meskipun teknik lain (misalnya, fisioterapi dada) digunakan untuk melonggarkan sekresi dan lendir, pasien harus batuk secara efektif untuk membawa sekresi ke saluran napas bagian tengah agar dapat dikeluarkan. Batuk huff adalah teknik ekspirasi paksa yang efektif dan mudah diajarkan kepada pasien. Sebelum memulai, pastikan pasien bernapas dalam-dalam dari diafragma. Letakkan tangan pasien di dinding dada bagian bawah lateral, lalu minta pasien untuk bernapas dalam-dalam melalui hidung. Anda akan merasakan tangan pasien bergerak ke luar, yang menandakan tarikan napas dari diafragma

8. Fisioterapi Dada

Fisioterapi dada (CPT) terutama digunakan untuk pasien dengan sekresi bronkial berlebihan yang kesulitan membersihkannya (misalnya, CF, bronkiektasis). CPT terdiri dari drainase postural, perkusi, dan Getaran. CPT harus dilakukan oleh orang yang terlatih dengan benar. Komplikasi yang terkait dengan CPT yang dilakukan secara tidak benar meliputi patah tulang rusuk, memar, hipoksemia, dan rasa tidak nyaman. CPT dapat menimbulkan stres bagi beberapa pasien. Beberapa pasien mungkin mengalami hipoksemia dan bronkospasme.

2.1.9 Komplikasi



Insufisiensi dan gagal napas merupakan komplikasi utama PPOK yang mengancam jiwa. Tingkat keparahan dan kecepatan timbulnya gagal napas bergantung pada fungsi paru dasar, oksimetri nadi atau nilai gas darah arteri, kondisi komorbid, dan tingkat keparahan komplikasi PPOK lainnya. Insufisiensi dan gagal napas dapat bersifat kronis (pada PPOK berat) atau akut (dengan bronkospasme berat atau pneumonia pada pasien dengan PPOK berat). Insufisiensi dan gagal napas akut mungkin memerlukan dukungan ventilasi sampai komplikasi akut lainnya, seperti infeksi, dapat diobati. Komplikasi PPOK lainnya meliputi pneumonia, atelektasis kronis (Brunner&Suddarth's, 2018)

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

Menurut (Lewis, 2020) manajemen keperawatan meliputi:

- Penilaian Keperawatan

Data subjektif dan objektif yang harus diperoleh dari seseorang dengan PPOK.

- Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan untuk pasien dengan PPOK dapat meliputi:

1. Gangguan pernapasan
2. Intoleransi aktivitas
3. Gangguan status gizi
4. Kesulitan mengatasi

- Perencanaan

Tujuan keseluruhannya adalah agar pasien PPOK dapat (1) terbebas dari gejala, (2) mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADL) dan meningkatkan



toleransi olahraga, (3) tidak mengalami komplikasi yang berhubungan dengan PPOK, (4) memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk menerapkan rencana pengobatan jangka panjang, (5) mencegah perkembangan penyakit, dan (6) meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

- Implementasi Keperawatan

1. Promosi Kesehatan

Angka kejadian PPOK akan menurun drastis jika orang tidak mulai merokok atau berhenti merokok. Konseling pasien untuk berhenti merokok sangat penting. Ini adalah satu-satunya cara untuk memperlambat perkembangan penyakit tersebut .

- Perawatan Akut

Pasien dengan PPOK memerlukan rawat inap untuk eksaserbasi akut PPOK, yang disebabkan oleh pneumonia atau gagal jantung dan kondisi terkait komplikasi, seperti kor pulmonale dan gagal napas. Setelah krisis teratasi, penilaian ulang terhadap tingkat dan keparahan masalah yang mendasarinya diperlukan. Informasi yang diperoleh akan membantu dalam perencanaan perawatan ke depannya dan dapat membantu dalam perubahan rencana perawatan yang akan dibutuhkan setelah pasien keluar dari rumah sakit

- Perawatan Rawat Jalan

Tim interprofesional bekerja sama untuk mengindividualisasikan rencana perawatan bagi pasien PPOK. Aspek terpenting dalam perawatan jangka panjang pasien PPOK adalah pengajaran. Sebagian besar peran Anda adalah mengajarkan pasien manajemen diri penyakit mereka..



Rehabilitasi Paru-paru

Rehabilitasi paru dapat dilakukan di lingkungan rawat inap, rawat jalan, atau di rumah. Komponen rehabilitasi paru bervariasi, tetapi biasanya meliputi pelatihan olahraga, penghentian merokok, konseling nutrisi, dan edukasi. Terapis fisik atau perawat yang berpengalaman dalam perawatan pernapasan seringkali bertanggung jawab untuk mengelola rehabilitasi.

Pertimbangan Aktivitas

Pasien dengan PPOK berat biasanya menggunakan otot dada bagian atas dan leher untuk bernapas, bukan diafragma. Akibatnya, pasien mengalami kesulitan melakukan aktivitas ekstremitas atas, terutama yang membutuhkan pengangkatan lengan di atas kepala. Latihan fisik mengarah pada penghematan energi, yang merupakan bagian penting dalam rehabilitasi PPOK. Latihan fisik pada ekstremitas atas dapat meningkatkan fungsi otot dan membantu mengurangi sesak napas.

Pertimbangan Psikososial

Menghadapi tantangan merupakan hal yang sulit bagi pasien dan keluarga penderita PPOK. Seiring perkembangan penyakit, pasien PPOK sering dihadapkan pada banyak perubahan gaya hidup yang mungkin meliputi penurunan kemampuan untuk merawat diri sendiri, penurunan energi untuk aktivitas sosial, dan kehilangan atau perubahan pekerjaan

Seksualitas dan Aktivitas Seksual

Memodifikasi aktivitas seksual dapat berkontribusi pada kesejahteraan psikologis yang sehat. Pertama, nilai kekhawatiran pasien terkait seksualitas dan fungsinya,



Ajukan pertanyaan terbuka untuk menentukan apakah pasien ingin atau bersedia membahas kekhawatirannya. Anda dapat bertanya, "Bagaimana masalah pernapasan Anda memengaruhi cara Anda memandang diri sendiri sebagai pribadi?" Pertanyaan lain bisa berupa, "Bagaimana sesak napas Anda memengaruhi keinginan Anda untuk berhubungan intim dengan pasangan Anda?"

Jenis pertanyaan ini memberi pasien kesempatan untuk membahas kekhawatirannya.

Tidur

Tidur yang cukup sangat penting untuk menjaga kualitas hidup dan produktivitas. Sebagian besar pasien PPOK mengalami masalah tidur. Hiperinflasi paru-paru dan penurunan ventilasi dapat mengakibatkan penurunan saturasi O₂ yang parah (hingga 60% atau kurang) selama tidur. Hal ini menyebabkan peningkatan beban kerja pada jantung. Hiperkapnia dapat menyebabkan lebih sering terbangun. Hasil akhirnya adalah tidur yang buruk dan bangun dengan perasaan tidak segar dan lelah.

Pertimbangan Akhir Kehidupan

Perjalanan penyakit PPOK ditandai dengan penurunan kesehatan secara bertahap yang ditandai dengan peningkatan eksaserbasi yang berhubungan dengan peningkatan risiko kematian. Pada tahap lanjut dan parah dari penyakit ini, perawatan paliatif, perawatan akhir hayat, dan perawatan hospis merupakan komponen penting dalam perawatan pasien dengan PPOK stadium lanjut.



- Evaluasi

Hasil yang diharapkan adalah pasien dengan PPOK akan:

1. Pertahankan jalan napas yang terbuka dengan batuk secara efektif.
2. Memiliki laju, ritme, dan kedalaman pernapasan yang efektif.
3. Memiliki suara nafas yang jernih
4. Kembali ke fungsi pernapasan dasar sebelum eksaserbasi.
5. Pastikan nilai PaCO₂ dan PaO₂ pasien kembali normal.



BAB 3
TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Anna Rosa Simamora NIM:052025004

Unit : St. Melania Tgl. Pengkajia: 19 November 2025

Ruang/Kamar : St. Melania/75-2 Waktu Pengkajian : 08.30

Tgl. Masuk RS : 18 November 2025 Auto Anamnese :

Allo Anamnese :

1. IDENTIFIKASI

A. KLIEN

Nama Initial : Tn. R

Tempat/Tgl Lahir (umur) : 75 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Status Perkawinan : Menikah

Jumlah Anak : 5

Agama/Suku : Kristen/ Batak Toba

Warga Negara : Indonesia Asing

Bahasa yang Digunakan : Indonesia

Daerah : Batak Toba

Asing : -

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wirausaha

Alamat Rumah : Perumnas Mandala

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. R



Alamat : Perumnas Mandala

Hubungan dengan klien : Cucu

2. DATA MEDIK

a. Dikirim oleh : UGD (namanya) ...

Dokter praktek (namanya)

b. Diagnosa Medik :

b.1. Saat Masuk : PPOK

b.2. Saat Pengkajian : PPOK

3. KEADAAN UMUM

a. KEADAAN SAKIT : Klien tampak sakit ringan* / sedang* / berat*
(*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan : Tak bereaksi* / ~~baring lemah*~~ / ~~duduk*~~ / aktif* / ~~gelisah*~~ /
posisi tubuh* / ~~puat*~~ / Cyanosis* / ~~sesak napas*~~ /
penggunaan alat medik yang digunakan: Oksigen Nasal
kanul 3L

Lain-lain
(*pilih sesuai kondisi pasien)

b. RIWAYAT KESEHATAN

1). Keluhan Utama :

Tn. R mengatakan sesak saat melakukan aktivitas ringan maupun berat, dan dada terasa berat ketika bernapas, skala sesak 7 (sesak napas sangat berat) ini dirasakan sejak 3 hari yang lalu.

2). Riwayat kesehatan sekarang :

Tn R mengatakan sesak saat melakukan aktivitas ringan maupun berat, dan dada terasa berat ketika bernapas, skala sesak 7 (sesak napas sangat berat) ini dirasakan sejak 3 hari yang lalu, Tn. R juga mengatakan batuk berdahak sudah 2 minggu dan susah dikeluarkan, demam sudah 3 hari, tenggorokan terasa sakit ketika batuk, demam naik turun, mual muntah, sulit tidur, selara makan menurun, gelisah. Menggigil, semua badan terasa pegal terutama dibagian punggung. Dengan TD: 140/70 mmHg RR: 25x/i, T: 37,9⁰C, HR; 89x/i, SpO2 : 95%



3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan sudah mengonsumsi obat amlodipine 5 mg selama 5 tahun

4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran

- 1). Kualitatif : Compos mentis Somnolens Coma
 Apatis Soporocomatous

2). Kuantitatif :

Skala Coma Glasgow :
> Respon Motorik : 6 (Mengikuti perintah)
> Respon Bicara : 5 (Berorientasi baik)
> Respon Membuka Mata: 4 (Spontan Membuka Mata)
> Jumlah : 15

3). Kesimpulan : Normal (compos mentis)

- b. Flapping Tremor / Asterixis : Positif Negatif

c. Tekanan darah : 140/70 mm Hg

MAP : 93,3 mm Hg

Kesimpulan : Normal

d. Suhu : 37,9°C Oral Axillar Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 25 X/menit

1). Irama : Teratur Kusmaul Cheynes-Stokes

2). Jenis : Dada Perut

5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : 160cm

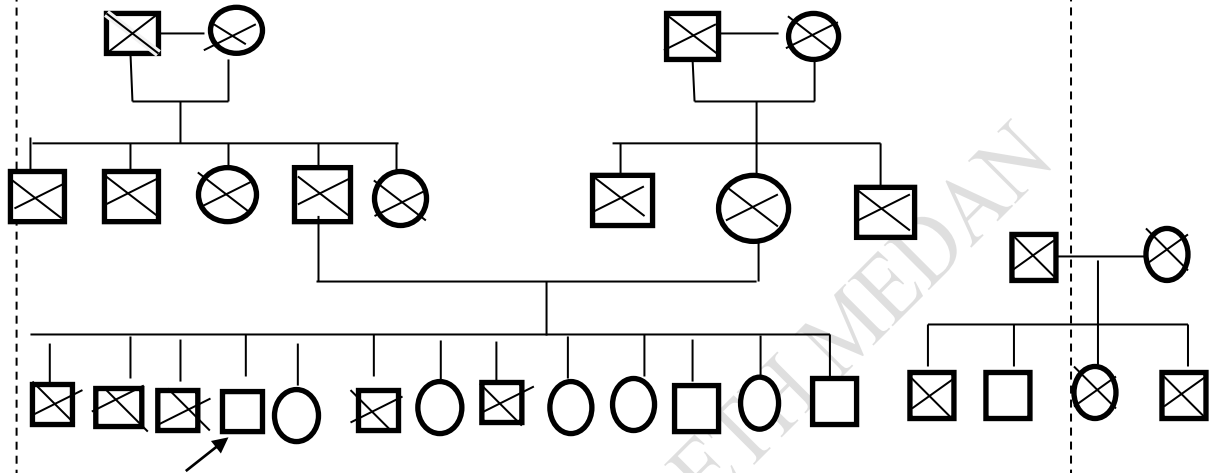
Berat Badan : 55 kg

IMT : 21,48 kg/m²

Kesimpulan : normal

Catatan : ideal

6. GENOGRAM : (3 generasi / keturunan)



Keterangan :

- ⊗ : Meninggal
- : Perempuan
- : Laki-laki
- ↗ : Klien (Tn. R)
- | : Keturunan

7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

1. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN

1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :
 (Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

Kapan Catatan



Keluarga klien mengatakan bahwa
 klien pernah dirawat dirumah sakit X
karena pengidap penyakit hipertensi

Kapan Catatan
.....

2). Data Subyektif

klien tampak lemas, dan berbaring ditempat tidur ditemani oleh cucu laki-lakinya

3. Data Obyektif

- Kebersihan rambut : bersih tidak ada ketombe
- Kulit kepala : bersih dan tidak ada lesi
- Kebersihan kulit : bersih tidak ada sariawan
- Kebersihan rongga mulut : bersih tidak ada lesi
- Kebersihan genitalia : terlihat bersih
- Kebersihan anus : terlihat bersih, tidak ada lesi tidak dan kotoran

II. NUTRISI DAN METABOLIK

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit biasanya makan 3x sehari dan selalu menghabiskan makanan, dengan menu 1 porsi nasi, sayur dan ikan terkadang juga memakan buah, dan kadang minum kopi dan makan roti ketika istirahat berkebun serta minum air putih 6-8 gelas/hari



b. Keadaan sejak sakit

Klien mengatakan semenjak Tn.R di rawat dirumah sakit makanan dari rumah sakit tidak pernah habis, hanya setengah saja yang habis karena merasa mual saat makan. Klien mengatakan Tn.R tidak memiliki riwayat alergi makanan dan minuman.

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : Terlihat beruban
- Hidrasi kulit : Terhidrasi (CRT <3 detik)
- Palpebrae : Tidak terlihat adanya edema

(pembengkakan)

- Conjunctiva : Tidak terlihat anemis (pucat)
- Sclera : Tidak ikterik R
- Rongga mulut : Sedikit terlihat kotor tetapi tidak bau
- Gusi : Tidak ada lesi
- Gigi Geligi :

Utuh

Tidak utuh 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang tanggal) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Gigi palsu :

Tidak ada

Ada gigi palsu 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang palsu) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Kemampuan mengunyah keras : masih mampu tetapi sudah kurang

- Lidah : bersih tidak ada lesi

- Tonsil : Ada pembesaran T

Tidak ada pembesaran

- Pharing : tidak ada peradangan

- Kelenjar parotis : Ada pembesaran



- Tidak ada pembesaran
- Kelenjar tyroid : Ada pembesaran
 Tidak ada pembesaran
- Abdomen
- = Inspeksi : Bentuk simetris tidak ada luka dan ruam
- = Auskultasi : Peristaltik 11 X / menit
- = Palpasi : Tanda nyeri umum tidak ada
- * Massa : tidak ada masalah
 - * Hidrasi kulit : kulit tidak ada masalah
 - * Nyeri tekan: R. Epigastrica
 Titik Mc. Burney
 R. Suprapubica
 R. Illiaca
- = Perkusi : Timpani
- * Ascites Negatif
 Positif, Lingkar perut .../.../... Cm
- Kelenjar limfe inguinal Teraba ada pembesaran
 Tidak teraba pembesaran
- Kulit :
- = Uremic frost Negatif Positif
- = Edema Negatif Positif
- = Icteric Negatif Positif
- = Tanda-tanda radang tidak ada
- = Lain-lain (yang ditemukan selain yang tertulis di atas)



III. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.R mengatakan sebelum sakit setiap pagi Tn. R selalu BAB, dimana konsistensi lunak, kadang keras juga, warna kuning dan berbau khas feces. BAK 5-6 x perhari berwarna kuning jernih. Tn. R mengatakan tidak ada masalah dalam pola eliminasi.

b. Keadaan sejak sakit

Tn.R mengatakan semenjak dirawat di rumah sakit BAB tetap 1 kali sehari tetapi jika ingin ke kamar mandi harus dibantu oleh cucunya. BAK juga masih tetap seperti biasa 5-6 kali perhari

2). Data Obyektif

a. Observasi

Klien tampak dibantu oleh cucunya jika ingin ke kamar mandi

b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika : Kandung kemih
 Penuh kosong
- Nyeri ketuk ginjal :
 - = Kiri : Negatif Positif
 - = Kanan : Negatif Positif
- Mulut Urethra : Tidak ada peradangan
- Anus :
 - = Peradangan : Negatif Positif
 - = Hemoroid : Negatif Positif
 - = Penemuan lain : tidak ada

IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.R mengatakan sebelum sakit pasien aktif melakukan aktivitas dikebun maupun di sekitar rumah, Tn.R juga mengatakan mampu melakukan segala aktivitas seperti mandi, berpakaian, makan dan lain-lain tanpa bantuan orang lain.



b. Keadaan sejak sakit

Tn.R mengatakan semenjak sakit seperti mengalami batuk, dan sesak napas terus menerus membuat dirinya tidak dapat melakukan aktivitas dengan sendiri baik aktivitas ringan dan berat, Tn. R selalu dibantu oleh cucunya dirumah

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

b). **Aktivitas Harian**

- Makan

- Mandi

- Berpakaian

- Kerapian

- Buang air besar

- Buang air kecil

- Mobilisasi ditempat tidur

- Ambulansi

- Postur tubuh / gaya jalan : sedikit menunduk

- Anggota gerak yang cacat : tidak ada

0	: mandiri
1	: bantuan dengan alat
2	: bantuan orang
3	: bantuan orang dan alat
4	: bantuan penuh

c). **Pemeriksaan Fisik**

- Perfusi pembuluh perifer kuku : <2 detik

- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : Bentuk Thorax : simetris

* Stridor Negatif Positif

* Dyspnea d'effort Negatif Positif

* Sianosis Negatif Positif

= Palpasi : Ekspansi Meningkat

= Perkusi : Sonor Redup Pekak



Batas paru hepar : ICS 5 linea mid clavicularis
Kesimpulan : normal

= Auskultasi :

Suara Napas : irreguler (kusmaul) terdapat pada lobus anterior(sisi depan) dan posterior(sisi belakang)

Suara Ucapan : normal terdapat pada lobus anterior dan superior

Suara Tambahan : terdengar bunyi ronchi terdapat pada lobus superior (sisi atas)

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : ICS 5 midclavikularis sinistra

= Palpasi : Ictus Cordis : ICS 5 midclavikularis sinistra
... Thrill : Negat Positif

= Perkusi (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis dextra
Batas kanan jantung : ICS 4 linea sternalis kanan
Batas kiri jantung : ICS 5 Mid Clavicularis

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II Aorta : irama reguler, tunggal, dan intensitas kuat normal (Lup-Dup)

Bunyi Jantung II Pilmonar : irama reguler, tunggal, dan intensitas kuat normal (Lup-Dup)

Bunyi Jantung I Trikuspidalis: irama reguler, tunggal, dan intensitas kuat normal (Lup-Dup)

Bunyi Jantung I Mitral : irama reguler, tunggal, dan intensitas kuat normal (Lup-Dup)

Bunyi Jantung III Irama Gallop : Negatif
 Positif



Murmur : Negatif

Positif : Tempat : -

Grade : -

HR : 89 X

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : Negatif Positif, lokasi di :.....

= Rentang gerak: normal

* Mati sendi Ditemukan

Tidak ditemukan

* Kaku sendi Ditemukan

Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot :

Kiri

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kanan

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

= Reflex Fisiologik :normal

= Reflex Patologik : Babinski,

* Kiri Negatif Positif

* Kanan Negatif Positif

= Clubing Jari-jari : Negatif Positif

= Varices Tungkai : Negatif Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi : Tidak ditemukan kelainan bentuk

Ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi :

* Nyeri tekan : Negatif Positif

* N. VIII Rombeng Test :

Negatif

Positif



Tidak diperiksa, alasannya :

* Kaku duduk : tidak ada

V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.R mengatakan sebelum sakit ini klien tidak pernah mengalami gangguan tidur, biasanya tidur pukul 21:00 pada jam 05:00 WIB sudah bangun. Tn R selalu nyaman tidur karena sudah capek dari kebun.

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan semenjak sakit Tn.R susah untuk tidur dikarenakan sesak dan badan yang terasa pegal. Biasanya Tn.R bisa tidur sekitar jam 2-3 pagi dan bangunnya sekitar jam 6 pagi, terkadang sudah tidur terbangun lagi dikarenakan sesak yang dialaminya. Keluarga mengatakan kadang Tn. R bisa tidur karena minum obat tidur yang diminta dari perawat

2). Data Obyektif

a). Observasi :

- Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Positif

- Palpebrae Inferior berwarna gelap : Negatif

Positif

VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. R mengatakan sebelum sakit fungsi panca indra klien sudah berkurang seperti pendengaran dan penglihatan sudah kurang jelas ketika ingin membaca atau melihat sesuatu yang berjarak cukup jauh harus menggunakan kacamata. Tetapi Tn. R masih mampu mengingat dan memutuskan masalah. Sebelum sakit Tn. R jarang emosi dan cemas hanya saja Tn R terkadang merasa kesepian karena hanya tinggal berdua bersama cucunya.



b. Keadaan sejak sakit

Tn. R mengatakan semenjak sakit fungsi panca indranya juga berkurang terutama fungsi pendengaran dan penglihatan. Tetapi untuk mengingat dan memutuskan masalah masih mampu karena Tn. R adalah tempat bertukar pikiran oleh anak-anaknya. Sesudah sakit Tn. R selalu merasa cemas dan gelisah takut jika klien tidak bisa sembuh. Tn. R juga merasa dirinya tidak berdaya karena tidak bisa melakukan apapun.

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

Tn. R tampak menggunakan kacamata, ketika diajak berbicara terkadang tidak langsung mendengar, jika diajak berbicara harus lumayan kuat dan dekat agar didengar, Tn.R tampak berbaring

b). **Pemeriksaan Fisik**

- **Penglihatan**

- = Cornea : berwarna bening
- = Visus : Menurun
- = Pupil : Tampak isokor
- = Lensa Mata : Tampak Jernih
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): Normal

- **Pendengaran**

- = Pina : Ada dan bersih
- = Canalis : Bersih
- = Membran Tympani : Tidak ada pembengkakan
- = Tes Pendengaran : normal (masih mampu mendengar)

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai : Tn. R dapat memberikan respon saat diberikan rangsangan

VII. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI

(perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya)

1). **Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit



Tn. R mengatakan bahwa dirinya adalah pekerja keras, dan memiliki citra tubuh yang baik. Tn. R tidak memiliki rasa cemas dan merasa dirinya masih kuat dan sehat.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit klien merasa cemas dan gelisah karena penyakit yang dialaminya, pasien ingin segera sembuh agar dapat beraktivitas seperti biasanya di kampung halaman dan mengurus kebunnya lagi.

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

- Kontak mata saat bicara : Fokus
- Rentang perhatian : Perhatian penuh / fokus
: Mudah teralihkan
: Tidak ada perhatian/tidak fokus
- Suara dan cara bicara : Jelas

b). **Pemeriksaan Fisik**

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- Penggunaan protesa : Tidak Ada
- Bila ada pada organ : Hidung Payudara
 Lengan Tungkai

VIII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)

1). **Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. R mengatakan dia seorang suami, ayah, kakek, yang baik hati. Tn. R bekerja sebagai petani. Tn. R berhubungan baik dengan keluarga, tetangga baik siapapun itu. Jika ada masalah atau ada hal yang ingin diselesaikan Tn. R dengan keluarga menyelesaikannya secara bersama-sama.



b. Keadaan sejak sakit

Tn. R mengatakan semenjak sakit masih tetap jadi suami,ayah,kakek yang baik hati. Tetapi Tn R tidak bisa bekerja lagi. Hubungan Tn. R dengan keluarga, tetangga baik dengan siapapun itu masih tetap baik. Dan jika ada masalah Tn. R dengan keluarga menyelesaikannya secara bersama-sama.

**2). Data Obyektif
Observasi**

Keluarga maupun kerabat Tn. R tampak selalu mengunjungi klien pada saat jam berkunjung

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. R mengatakan sebelum sakit tidak ada masalah dalam sistem reproduksi dan seksualnya hanya saja Tn. R sudah tidak memiliki hasrat untuk berhubungan seksual.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. R mengatakan sesudah sakit pun tidak ada masalah dalam sistem reproduksi dan seksualnya hanya saja Tn. R sudah tidak memiliki hasrat untuk berhubungan seksual.

2). Data Obyektif

a. Observasi

Tampak tidak ada masalah, Tn. R selalu ditemani oleh cucunya

b. Pemeriksaan Fisik

Tampak tidak ada masalah

X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit



Tn.R mengatakan jika ada masalah, selalu diberitahu atau diceritakan kepada anak dan cucunya agar diselesaikan secara baik-baik dan bersama-sama

b. Keadaan sejak sakit

Tn. R mengatakan merasa stres jika penyakitnya bertambah parah dan tak kunjung sembuh

2). Data Obyektif

a). Observasi

Tn. R tampak sering mengobrol dengan cucunya, Tn R juga tampak sering melamun ditempat tidur

b). Pemeriksaan Fisik

- Kulit : = Keringat dingin : Tidak ada
= Basah : Tidak ada

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn R mengatakan beliau beragama kristen protestan, mengatakan setiap hari minggu kebaktian, sebelum dan sesudah tidur berdoa terlebih dahulu, sebelum dan sesudah makan juga berdoa

b. Keadaan sejak sakit

Tn. R semenjak sakit mengatakan tidak bisa ke gereja lagi setiap hari minggu karna dirawat di rumah sakit, dan hanya bisa berdoa di tempat tidur saja.

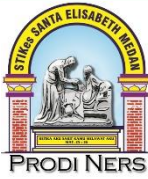
2). Data Obyektif

Observasi

Tn. R tampak berdoa di tempat tidur sebelum dan sesudah tidur, sebelum dan sesudah makan

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Anna Rosa Simamora)



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: *stikes_elisabeth@yahoo.co.id*

SISTEMATIKA PENULISAN ASUHAN KEPERAWATAN

1. LAPORAN PENDAHULUAN (LP)

1.1 BAB 1 Pendahuluan

1.2 BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

1.2.1 Konsep dasar medik

- a. Pengertian
- b. Etiologi
- c. Patofisiologi / Pathway
- d. Manifestasi Klinik
- e. Komplikasi
- f. Prognosis
- g. Pemeriksaan Diagnostik
- h. Penatalaksanaan

1.2.2 Konsep dasar keperawatan

- a. Pengkajian keperawatan
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Rencana keperawatan
- d. Implementasi
- e. Evaluasi
- f. Discharge planning

2. BAB 3. TINJAUAN KASUS

- 2.1.** Pengkajian keperawatan
- 2.2.** Daftar terapi
- 2.3.** Pemeriksaan diagnostik
- 2.4.** Analisa data



2.5. Daftar diagnose keperawatan

2.6. Rencana keperawatan

2.7. Pelaksanaan keperawatan

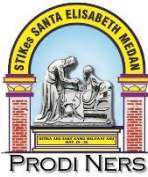
2.8. Evaluasi keperawatan

BAB 4 PEMBAHASAN

BAB 5 KESIMPULAN

DAFTAR PUSTAKA

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: *stikes_elisabeth@yahoo.co.id*

ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn. R/ 75 Tahun

Ruang/Kamar : Melania/75-2

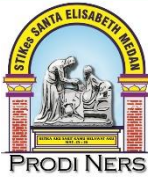
D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
- Tn. R mengatakan batuk berdahak sudah 2 minggu, dan susah dikeluarkan sehingga membuatnya sesak	- Tampak batuk tidak efektif - Tampak tidak mampu batuk - sputum berlebih dan berwarna putih kekuningan	Sekret yang tertahan	Bersihkan jalan napas tidak efektif (D. 0149)
- Tn. R mengatakan tenggorokan terasa sakit ketika batuk	- Terdengar suara tambahan ronchi - Tn. R tampak gelisah - Tampak terpasang oksigen nasal		



	3 liter/menit - Pola napas berubah RR: 25 x/i SpO2 : 95%		
- Tn.R mengatakan sulit tidur dikarenakan sesak napas yang di rasakan - Tn.R Juga mengatakan jika sudah tidur tiba- tiba terbangun dikarenakan sesak yang dia rasakan sehingga tidak dapat tidur kembali	- Warna papbelbra Tn.R tampak berwarna hitam - Tampak Tn.R tidak dapat beristirahat dengan baik - Hasil observasi vital sign TD: 140/70 mmHg	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)
- Tn. R mengatakan	- Membran mukosa tampak pucat	Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien	Resiko Defisit Nutrisi(D.0032)



<p>selera makan menurun, porsi nasi dari RS hanya habis setengah porsi - Tn. R mengatakan merasa mual dan ingin muntah ketika makan - Tn. R mengatakan BB menurun sebanyak 3kg</p>	<p>- Tn. R tampak mual ketika makan -Tn.R tampak tidak selera makan</p>		
--	---	--	--



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: *stikes_elisabeth@yahoo.co.id*

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. R/ 75

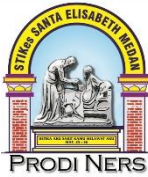
Ruang/Kamar : Melania/ 75-2

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan Tn. R mengatakan batuk berdahak sudah 2 minggu, dan susah dikeluarkan, Tn. R mengatakan tenggorokan terasa sakit ketika batuk, Tampak batuk tidak efektif, tampak tidak mampu batuk, sputum berlebih, terdengar suara tambahan ronchi , Tn. R tampak gelisah, tampak terpasang oksigen nasal 3 liter/menit, Pola napas berubah RR: 25 x/i.	ANNA
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang terkontrol tidur ditandai dengan Tn.R mengatakan sulit tidur dikarenakan sesak napas yang di rasakan, Tn.R juga mengatakan jika sudah tidur tiba- tiba terbangun dikarenakan sesak yang dia rasakan sehingga tidak dapat tidur kembali, Suara Tn. R Tampak lemas, sesak napas, Warna pappelbra Tn.R berwarna hitam, Tampak Tn.R tidak dapat beristirahat dengan baik, hasil observasi vital sign TD: 140/70 mmHg RR 25x/i, HR: 89x/I, T: 37,9°C	ANNA



3	Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi ditandai dengan Tn. R mengatakan selera makan menurun, porsi nasi dari RS hanya habis setengah porsi, merasa mual dan ingin muntah ketika makan, BB menurun sebanyak 3kg, Membran mukosa tampak pucat, tampak mual ketika makan, tampak tidak selera makan	ANNA
----------	--	-------------

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: *stikes_elisabeth@yahoo.co.id*

PRIORITAS MASALAH

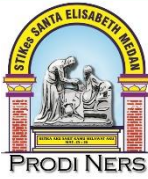
Nama/Umur : Tn. R/75 Tahun

Ruang/Kamar : Melania/ 75-2

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Nama jelas
1	19 November 2025	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan Tn. R mengatakan batuk berdahak sudah 2 minggu, dan susah dikeluarkan, Tn. R mengatakan tenggorokan terasa sakit ketika batuk, Tn. R tampak fase ekspirasi memanjang, tampak pola napas cepat (Takipnea), Tn. R tampak sesak napas RR 25x/menit, SpO2 : 95%	ANNA
2	19 November 2025	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang terkontrol tidur ditandai dengan Tn.R mengatakan sulit tidur dikarenakan sesak napas yang dirasakan, Tn.R juga mengatakan jika sudah tidur tiba-tiba terbangun dikarenakan sesak yang dirasakan sehingga tidak dapat tidur kembali, Suara Tn. R Tampak lemas, sesak napas, Warna papbelbra Tn.R berwarna hitam,	ANNA



3	19 november 2025	<p>Tampak Tn.R tidak dapat beristirahat dengan baik, hasil observasi vital sign TD: 140/70 mmHg</p> <p>Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi ditandai dengan Tn. R mengatakan selera makan menurun, porsi nasi dari RS hanya habis setengah porsi, merasa mual dan ingin muntah ketika makan, BB menurun sebanyak 3kg, Membran mukosa tampak pucat, tampak mual ketika makan, tampak tidak selera makan</p>	ANNA
---	------------------------	---	------



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: *stikes_elisabeth@yahoo.co.id*

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. R/ 75 Tahun

Ruang/Kamar : Melania/ 75-2

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)	Setelah intervensi keperawatan selama 3x24 jam hasil yang diharapkan Bersihan Jalan Nafas (L.01001) membaik dengan kriteria hasil yang diharapkan: 1. Frekuensi nafas cukup 2. Pola nafas cukup	Latihan Batuk Efektif (I.01006) Observasi 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum	Observasi - untuk mengetahui kemampuan batuk klien -untuk mengetahui adanya penumpukan dahak disaluran pernapasan



		membaik	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Atur posisi semi-fowler dan fowler2. Pasang perlak dan bengkak di pangkuan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif2. Anjurkan Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Untuk menjaga agar jalan napas terbuka dan bebas dari sumbatan- Untuk menjaga kebersihan saat ingin mengeluarkan dahak <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- agar pasien mengerti tentang tujuan dan prosedur batuk efektif- untuk mengurangi sesak napas
--	--	---------	--	--



			<p>detik</p> <p>3. Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali</p> <p>3. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke-3</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian mukolitik a tau ekspektoran, jika perlu.</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>- untuk membantu mengecurkan dahak</p>
2.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang terkontrol tidur (D.0055)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam hasil yang di harapkan Pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1.Keluhan</p>	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau</p>	<p>Observasi</p> <p>- untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien</p> <p>- untuk mengetahui faktor</p>



		<p>sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur Menurun</p>	<p>psikologis)</p> <p>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat</p>	<p>pengganggu tidur baik fisik atau psikologis</p> <p>- untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur misalnya kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur</p> <p>- untuk mengetahui obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>Terapeutik</p> <p>- untuk memberikan kenyamanan untuk tidur</p>
--	--	--	---	--



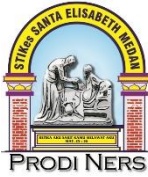
			tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	- agar dapat tidur nyenyak pada malam hari Edukasi - agar klien paham pentingnya tidur cukup selama sakit - agar klien bisa tidur dengan nyenyak
3.	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam hasil yang diharapkan status nutrisi membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi	Observasi -Untuk mengidentifikasi status nutrisi -Untuk mengidentifikasi apakah ada



	makanan (D.0023)	dengan kriteria hasil – porsi makanan yang dihabiskan meningkat -berat badan membaik -frekuensi makan membaik - nafsu makan membaik	maKanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman	alergi makanan -Untuk meningkatkan selera makan -untuk mengidentifikasi apakah klien perlu dipasang nasogastrik - untuk memonitor asupan makanan klien -untuk mengetahui perkembangan kesehatan klien Terapeutik - Untuk meningkatkan selera makan -untuk mengetahui makanan yang sesuai dengan klien
--	---------------------	---	--	---



3			<p>diet (mis: piramida makanan)</p> <p>3. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <hr/> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>	<p>- Untuk meningkatkan selera makan</p> <p>Edukasi</p> <p>-untuk mengurangi resiko muntah</p> <p>-untuk mengetahui program diet yang diberikan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>- untuk menyesuaikan jenis kalori dan nutrisi yang akan dikonsumsi klien</p>
---	--	--	---	--



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email:

stikes_elisabeth@yahoo.co.id

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. R/ 75 Tahun

Ruang/Kamar : Melania/ 75-2

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
19 Nov emb er 2025	1,2,3	08.30	Melakukan pengkajian mengenai identitas dan keadaan umum, dan keseharian Tn.R (Tn. R menjawab semua pertanyaan dan mengatakan masih mengalami sesak, batuk dan susah tidur karena sesak yang dialami dan membuat dirinya menjadi tidak nyaman, selera makan menurun,mual muntah)	Anna
	1	09.30	- Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Tn. R (Tn. R mengatakan masih mengalami sesak dan tampak terpasang oksigen 3L/menit)	Anna
	1	10.00	- Memonitor bunyi napas tambahan Tn. R(mis: gurgling, mengi/wheezing, ronchi)	Anna



			<p>(Tn. R mengatakan terdapat dahak disaluran pernapasan yang susah dikeluarkan/ terdapat suara ronchi)</p> <p>- Memberikan Posisi semi fowler</p> <p>(Tn. R mengatakan sudah merasa nyaman dengan posisi yang diberikan)</p> <p>-berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi nebulizer dengan obat salbutamol dan pulmicort kepada Tn R dan memberikan instruksi untuk menghirup asap yang keluar</p> <p>(Tn. R mengatakan sesak sedikit berkurang setelah dilakukan terapi nebulizer)</p>	
1,3	11.30		<p>- Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral Ambroxol 15 cc kepada Tn. R dan memberikan injeksi ondansentron</p> <p>Dan menginstruksikan untuk selalu minum air hangat untuk membantu mengencerkan dahak sekelagus untuk meredakan mual Tn. R (Tn. R tampak mampu menelan obat yang diberikan)</p>	Anna Anna
1,2,3	13.35		<p>- Memonitor kembali keadaan Tn. R, yang terpasang infus RL 20 tpm dan terpasang oksigen nasal kanul 3L/menit (Tn R tampak senyum dan berbaring lemah</p>	



			<p>hari bisa tidur nyenyak dan menanyakan makanan yang disukai yang ingin dimakan dan memberikan edukasi kepada klien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan</p> <p>(Tn. R mengatakan tidak ada mengkonsumsi kopi dan alkohol hanya meminum teh dan snack yang diberikan dari rumah sakit dan Tn. R mengatakan terkadang tidur siang pun tetap tidak bisa, klien mengatakan ingin makan bubur saja)</p>	
1	08.40		<p>- Melakukan Edukasi mengenai pursed lip breathing untuk mengurangi rasa sesak Tn R</p> <p>(Tn. R mengatakan paham akan edukasi yang diberikan, Tn. R tampak mengikuti instruksi yang diberikan)</p>	Anna
1	10.00		<p>- Memberikan posisi semi fowler</p> <p>(Tn. R mengatakan sudah nyaman dengan posisi yang diberikan)</p> <p>-Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi nebulizer dengan obat salbutamol 1 ampul dan pulmicort 1 respule kepada Tn. R</p> <p>(Tn. R mengatakan setelah mendapatkan terapi selama 2 hari ini Tn. R merasa dahaknya sudah mulai bisa dibatukkan hanya saja pada saat batuk terkadang</p>	Anna



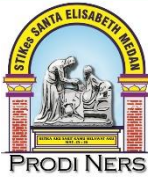
	1	11.00	tenggorokannya sakit) - Memberikan edukasi tentang batuk efektif kepada Tn. R dan mengajarkan tehnik relaksasi agar Tn. R lebih tenang dn tidak gelisah (Tn. R mengatakan sudah mengerti, Tn. R tampak mengikuti instruksi yang diberikan)	Anna
	1,3	11.30	-Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral Tn. R yaitu Ambroxol 15 cc dan curcuma Dan menginstruksikan untuk selalu minum air hangat untuk membantu mengencerkan dahak Tn. R (Tn. R tampak mampu menelan obat yang diberikan)	Anna
	1,2,3	13.40	- Mengganti cairan infus RL Tn. R dengan 20 tpm dan mencek kembali keadaan Tn. R yang terpasang oksigen nasal kanul 3L/menit (Tn. R tampak senyum dan berbaring lemah ditempat tidur dan tampak melamun)	Anna
21 nove mber 2025	1,2,3	14.40	-Menanyakan kembali kondisi Tn. R dan bagaimana pola tidur pada malam hari ini apakah masih ada sesak atau tidak, apakah masih ada batuk atau tidak, apakah selera	Anna



		<p>makan sudah meningkat (Tn R mengatakan sesak sudah mulai berkurang, begitu juga dengan batuknya tetapi untuk pola tidur malam ini masih tetap susah tidur dan selera makan masih kurang)</p> <p>- Menanyakan alasan/ penyebab Tn. R tidak bisa tidur dan selera makan menurun (Tn. R mengatakan tidak tahu mengapa tidak bisa tidur padahal tadi malam sudah minum obat tidur yang diberikan oleh perawat yang shift malam, Tn. R juga mengatakan bahwa saat ingin makan selalu mual)</p> <p>- Menjelaskan kepada Tn R betapa pentingnya tidur yang cukup terutama ketika keadaan sakit (Tn R mengatakan akan mencoba tidur cepat nanti malam)</p>	Anna
1	16.00	<p>- Memonitor bunyi napas tambahan Tn R (Suara Ronchi sudah berkurang)</p> <p>- mengatur posisi yang nyaman yaitu semi fowler dan berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi nebulizer dengan obat salbutamol 1 ampul dan pulmicort 1 respule kepada Tn. R (Tn R mengatakan sudah nyaman dengan posisi yang diberikan dan sudah merasa lebih enak ketika selesai diberikan terapi</p>	Anna



	1,3	17.00	nebulizer Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat oral ambroxol, curcuma, dan sucralfate (diminum sebelum makan) (Tn. R tampak berbaring lemah ditempat tidur)	Anna
	1,2,3	20.30	-Memonitor kembali keadaan Tn. R yang terpasang infus RL 20 tpm, dan oksigen nasal kanul 3L/menit - Mengatur pencahayaan dan suhu ruangan Tn R (Tn. R mengatakan sudah nyaman dan ingin mencoba tidur cepat)	Anna



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: *stikes_elisabeth@yahoo.co.id*

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn R/ 75 Tahun

Ruang/Kamar : Melania/ 75-2

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
19 November 2025	<p>S: Tn. R mengatakan masih mengalami sesak, batuk berdahak yang susah dibatukkan, tenggorokan sakit ketika batuk</p> <p>O: Keadaan umum: berbaring lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak fase ekspirasi memanjang - terdapat suara napas tambahan (ronchi) - Reflek batuk lemah - menggunakan oksigen nasal kanul 3L/menit - Tn. R tampak sesak RR: 25x/i - SpO2 : 95% - Pola napas cepat <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau saturasi oksigen - Lakukan fisioterapi dada - Kolaborasi pemberian nebulizer - Berikan posisi nyaman semi-fowler atau fowler - Berikan oksigen tambahan, <i>jika perlu</i> 	Anna



	<p>S: Tn. R mengatakan sulit tidur karena sesak yang dirasakan dan sering terbangun pada malam hari</p> <p>O: Keadaan umum: berbaring lemah</p> <ul style="list-style-type: none">- Suara Tn. R Tampak lemas, sesak napas- Warna papbelbra Tn.R berwarna hitam- Tampak Tn.R tidak dapat beristirahat dengan baik- Hasil observasi vital sign TD: 140/70 mmHg <p>A: Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi pola aktivitas dan tidur- Identifikasi faktor pengganggu tidur- Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> <p>S: Tn R mengatakan selera makan menurun, porsi nasi dari RS hanya habis setengah porsi, merasa mual dan ingin muntah ketika makan, BB menurun sebanyak 3kg,</p> <p>O: Membran mukosa tampak pucat, tampak mual ketika makan, tampak tidak selera makan</p> <p>A: Resiko Defisit Nutrisi belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan manajemen nutrisi	<p>Anna</p> <p>Anna</p>
--	---	-------------------------



	<p>obat tidur oleh perawat shift malam</p> <p>O: Keadaan umum: tenang</p> <ul style="list-style-type: none">- Suara Tn. R Tampak lemas,- Warna papbelbra Tn.R berwarna hitam- Tampak Tn.R tidak dapat beristirahat dengan baik <p>A: Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi pola aktivitas dan tidur- Identifikasi faktor pengganggu tidur- Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> <p>S: Tn R mengatakan masih belum selera untuk makan karena seperti ada yang mengganjal dibagian tenggorokan , merasa mual dan ingin muntah ketika makan, BB menurun sebanyak 3kg,</p> <p>O: Membran mukosa tampak pucat, tampak mual ketika makan, tampak tidak selera makan</p> <p>A: Resiko Defisit Nutrisi belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan manajemen nutrisi	Anna
--	--	------



BAB 4

PEMBAHASAN

3.1 Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan kepada Tn. R didapatkan klien memiliki riwayat merokok, memiliki keluhan sesak napas saat melakukan aktivitas ringan maupun berat, dan dada terasa berat ketika bernapas ini dirasakan sejak 3 hari yang lalu, batuk berdahak sudah 2 minggu dan susah dikeluarkan, demam sudah 3 hari, tenggorokan terasa sakit ketika batuk, demam naik turun, mual, sulit tidur, selera makan menurun, berat badan menurun, gelisah badan terasa menggigil, semua badan terasa pegal terutama dibagian punggung. Terdapat bunyi napas ronchi pada pasien, pola napas kussmaul frekuensi napas 25x/menit (takipnea), heart rate 89x/menit, tekanan darah 140/70 mmHg dan terpasang oksigen 3 liter.

Pengkajian ini sejalan dengan tinjauan teoritis yang didapatkan, dimana dari hasil pengkajian sama dengan tanda dan gejala yang ada pada teori yang menyatakan bahwa pasien dengan PPOK akan mengalami sesak napas, batuk berdahak, sekret tertahan, dada terasa berat ketika bernapas, terdapat sputum berlebih, didapatkan bunyi napas tambahan, nafsu makan menurun, adanya penurunan berat badan, dan sulit tidur akibat sesak dan batuk.

Secara klinis, sesak napas, batuk, sekret tertahan, dada terasa berat merupakan keluhan yang paling banyak pada pasien PPOK dimana dengan gejala pernapasan persisten dan keterbatasan aliran udara akibat saluran napas tersumbat dan atau kelainan alveolar yang disebabkan partikel atau gas yang berbahaya, sehingga menyebabkan penderita PPOK sering mengalami gejala sesak napas atau



Dyspnea. PPOK terjadi akibat penumpukan lendir atau pembentukan mukus berlebih yang menyebabkan saluran napas menyempit dan terjadi kolaps saluran napas halus serta terjadi kerusakan pada dinding alveolus menyebabkan paru-paru kehilangan keelastisitas dan berkurangnya luas permukaan paru (Anik Inayatil, 2025).

Selain sesak napas, batuk berdahak, sekret tertahan, dada terasa berat salah satu keluhan yang dialami pasien PPOK adalah penurunan nafsu makan yang menyebabkan terjadinya penurunan berat badan, penurunan nafsu makan pada pasien PPOK disebabkan oleh sesak napas yang parah membuat aktivitas makan menjadi berat dan memicu rasa enggan makan. Inflamasi sistemik juga menjadi pemicu terjadinya penurunan nafsu makan karena tubuh pasien PPOK berada dalam kondisi peradangan kronis, dengan peningkatan sitokin seperti interleukin(IL)-6 yang secara langsung menurunkan nafsu makan. Kecemasan, depresi, juga menjadi salah satu penyebabnya karena mengurangi motivasi untuk makan dan menyiapkan makanan (Louise *et al.*, 2025).

Sulit tidur juga merupakan salah satu keluhan yang dialami pasien dengan PPOK. Sulit tidur ini mungkin bisa disebabkan oleh merokok, komorbiditas psikiatrik dan medis termasuk depresi, kecemasan, gelisah, penggunaan oksigen tambahan dan obat-obatan untuk pengobatan PPOK, serta terbangun di malam hari karena gejala pernapasan malam hari seperti batuk dan sesak napas. (Luyster, 2023)

Sejalan dengan penelitian Azzahra Zaini Ruslan, (2024) didapatkan hasil pengkajian dengan pasien PPOK mengeluhkan sesak nafas selama 10 hari disertai



batuk berdahak. Tekanan Darah: 158/93 mmHg, Nadi: 107x /menit, Respirasi: 26x/ menit, Suhu: 36,0C, SPO2: 94%, adanya sekret tertahan, pola nafas tidak teratur, dispnea, terdengar suara ronkhi, selera makan menurun.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan Anggraeni and Susilo, (2024) didapatkan hasil pengkajian pada Tn. B (61 Tahun) dengan diagnosa medis PPOK memiliki keluhan sesak nafas, batuk berdahak sudah 2 minggu tetapi dahak susah keluar dengan warna putih. Pasien merupakan perokok aktif 8 tahun lalu. Hasil TTV yang didapatkan yaitu keadaan umum dengan kesadaran composmentis, GCS: 15 (E4, M6, V5), TD: 132/90mmHg, S: 36,3oC, N: 100 x/menit, Spo: 98%, GDS: 176 mg/dl. RR: 24 x/menit, bunyi nafas ronkhi basah pada lobus posterior kanan dan kiri atas terdengar, terpasang nasal kanul 4L dan pasien tampak gelisah.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis berasumsi bahwa pasien dengan masalah PPOK mengalami obstruksi saluran pernafasan yang menyebabkan kesulitan bernafas ini disebabkan oleh peradangan atau penempitan saluran pernafasan sehingga menghambat oksigen tidak dapat masuk pada paru paru dengan baik dan karbondioksida tidak dapat keluar sehingga pasien mengalami hipoksia (kekurangan oksigen) dan hiperkapnia (kelebihan karbon dioksida) hal ditandai dengan gejala sesak nafas, batuk yang sulit untuk dikeluarkan.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori lewis (2020) didapatkan 4 diagnosa keperawatan yang muncul ada pasien PPOK yaitu, Gangguan pernapasan, intoleransi aktivitas, gangguan status gizi, defisit pengetahuan. Sedangkan diagnosa keperawatan yang



ditemukan pada kasus Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) penulis mendapatkan diagnosa keperawatana 3 yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan, Gangguan pola tidur berhubungan dengan tidak kontrol tidur, Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.

Penulis mengangkat diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan karena penulis menemukan data pasien batuk berdahak sudah 2 minggu, dan susah dikeluarkan, tenggorokan terasa sakit ketika batuk, tampak fase ekspirasi memanjang, tampak pola napas cepat (Takipnea), tampak sesak napas RR 25x/menit, SpO₂ : 95%

Peneliti berasumsi bahwa diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan sangat relevan diangkat karena penyakit PPOK ini menyebabkan peradangan kronis pada saluran napa, yang merangsang kelenjar mukosa memproduksi lendir secara berlebihan sehingga mengganggu jalan napas pasien, kerusakan silia akibat merokok juga menjadi faktor penyebab paparan polutan kronis yang menyebabkan ketidakmampuan silia untuk mengeluarkan lendir dari paru-paru, batuk tidak efektif juga sangat relevan dialami oleh pasien PPOK karena mengalami kelemahan otot pernapasan, sehingga meskipun ada banyak dahak, pasien tidak memiliki kekuatan untuk batuk secara maksimal, penyempitan jalan napas ditambah penumpukan dahak dapat menyebabkan penyumbatan (obstruksi) ditandai dengan adanya suara napas tambahan seperti ronchi.



Penelitian ini sejalan dengan (Rachma, 2024) mengatakan bahwa pasien dengan PPOK relevan mengalami bersihan jalan napas berhubungan dengan sekret yang tertahan. Dalam hasil pengkajian didapatkan pasien mengalami keluhan sesak napas, batuk berdahak yang susah dikeluarkan, sesak saat melakukan aktivitas, pasien tampak pucat, pola napas berubah, RR: 28X/menit dan terdapat suara ronchi.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan tidak kontrol tidur ditandai dengan Tn.R mengatakan sulit tidur dikarenakan sesak napas yang dirasakan, Tn.R juga mengatakan jika sudah tidur tiba-tiba terbangun dikarenakan sesak yang dia rasakan sehingga tidak dapat tidur kembali, Suara Tn. R Tampak lemah, sesak napas, Warna papelbra Tn.R berwarna hitam, Tampak Tn.R tidak dapat beristirahat dengan baik dan Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan Tn. R mengeluh tidak nyaman, Tn. R mengeluh sulit tidur, Tn.R mengeluh mual dan ingin muntah, Tn. R tampak gelisah, warna palpebra Tn. R berwarna kehitaman, Tn.R Tampak merintih/meringis.

Peneliti berasumsi bahwa gangguan pola tidur juga sangat sering diangkat pada pasien PPOK karena pasien dengan PPOK sering mengalami sesak dan batuk yang memburuk pada malam hari atau saat berbaring, yang secara langsung dapat mengganggu tidur pasien, penyakit PPOK ini juga bisa menyebabkan kerusakan alveolus yang memicu penurunan saturasi oksigen khususnya saat tidur sehingga membuat tidur menjadi tidak nyaman dan sering terbangun.

Penelitian ini sejalan dengan (Danar, 2024) mengatakan bahwa pasien dengan PPOK mungkin akan mengalami gangguan pola berhubungan dengan



tidak kontrol tidur. Dalam kasus didapatkan pasien mengalami keluhan tidur tidak nyenyak, mudah terbangun terbangun, tidur hanya selama 4 jam karena kedinginan, pasien tampak mengantuk, sering menguap, dan sedikit cemas, pengukuran PSQI menunjukkan kualitas tidur tidak nyenyak dan kuantitas tidur kurang dari 5 jam/hari.

Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi ditandai dengan Tn. R mengatakan selera makan menurun, porsi nasi dari RS hanya habis setengah porsi, merasa mual dan ingin muntah ketika makan, BB menurun sebanyak 3kg, Membran mukosa tampak pucat, tampak mual ketika makan, tampak tidak selera makan.

Peneliti berasumsi bahwa resiko defisit nutrisi juga bisa diangkat karena pada pasien PPOK yang mengalami sesak napas yang berat membuat aktivitas makan menjadi menurun. Selain itu produksi sputum yang berlebihan dan kecenderungan membuat pasien kehilangan nafsu makan. Akibat dari penurunan nafsu makan ini bisa terjadinya penurunan berat badan dan hilangnya massa otot pada klien.

Penelitian ini sejalan dengan (Rindiani, 2021) mengatakan bahwa pasien dengan PPOK mungkin akan mengalami resiko defisit nutrisi. Dimana dalam kasus didapatkan keluhan pasien tidak selera makan, setiap makan hanya setengah porsi saja yang habis, pasien mengalami penurunan BB, pasien tampak tidak menghabiskan makanannya sehingga diangkatlah diagnosa resiko defisit nutrisi.

Berdasarkan diagnosa yang ada pada teori diagnosa yang tidak muncul pada kasus yaitu intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan. Penulis berasumsi bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus hanya memiliki 2 diagnosa



yang sama dengan teori yaitu diagnosa keperawatan Bersihan jalan napas tidak efektif dan resiko defisit nutrisi. Diagnosa lainnya diperoleh karena adanya data subjektif dan objektif yang mendukung penulis mengangkat diagnosa. Diagnosa keperawatan gangguan pola tidur didukung oleh data subjektif dan data objektif saat pengkajian klien mengatakan sulit tidur dikarenakan sesak napas yang dirasakan, jika sudah tidur tiba-tiba terbangun dikarenakan sesak yang dirasakan sehingga tidak dapat tidur kembali, suara klien tampak lemas, sesak napas, warna pappelbra Tn.R berwarna hitam, klien tampak tidak dapat beristirahat dengan baik, hasil observasi vital sign TD: 140/70 mmHg RR 25x/i, HR: 89x/I, T: 37,9°C.

Penulis tidak mengangkat diagnosa intoleransi aktivitas karena dari hasil pengkajian yang didapatkan pasien masih mampu melakukan kegiatan seperti makan, minum, beraktivitas ringan, ke kamar mandi meskipun harus dibantu oleh keluarga. Dan diagnosa defisit pengetahuan tidak diangkat karena pasien sudah paham akan penyakit yang diderita. Pasien sudah mendapatkan penjelasan dari dokter dan perawat mengenai penyakit yang dialami sekarang.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Agustina and Haryanti, 2024) yang menyatakan bahwa intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan bukanlah kondisi permanen atau mutlak pada semua pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK). Pasien PPOK yang berpartisipasi dalam program rehabilitasi paru, termasuk pelatihan fisik dan edukasi, dapat meningkatkan toleransi aktivitas mereka. Rehabilitasi paru terbukti membantu pasien mengatasi kelemahan otot perifer, yang merupakan penyebab utama intoleransi aktivitas. Dan edukasi



manajemen mandiri (self-management education) selama beberapa minggu secara signifikan dapat meningkatkan pengetahuan pasien, meningkatkan kualitas hidup, dan memperbaiki kapasitas latihan. Dengan edukasi yang tepat, defisit pengetahuan dapat diatasi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Dalam kasus pasien dengan PPOK ini penulis sudah membuat intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Nasional) dan salah satu diagnosa yang diangkat seperti diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dengan intervensi keperawatan latihan batuk efektif,(I.01006) yang bertujuan agar bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil frekuensi nafas membaik dan pola nafas membaik.

Penulis berasumsi bahwa pasien yang mengalami bersihan jalan napas memerlukan intervensi latihan batuk efektif agar dapat membantu pasien dalam pengeluaran sputum yang tertahan.

Penelitian ini sejalan dengan (Noviia, 2025) yang menyatakan bahwa intervensi latihan batuk efektif sangat relevan digunakan pada pasien PPOK guna membantu dalam pengeluaran sekret dan mampu mempertahankan kebersihan jalan nafas pasien.

Kedua diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dengan intervensi dukungan pola tidur (I. 05174) yang bertujuan agar pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun dan keluhan tidak Puas tidur menurun.



Penulis berasumsi bahwa intervensi yang mungkin bisa dilakukan yaitu dukungan tidur yaitu dengan memodifikasi lingkungan yang nyaman seperti pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur yang nyaman, dan bisa memberikan edukasi terkait makanan dan minuman yang dikonsumsi yang dapat menghambat tidur. Dan membatasi tidur siang yang dapat menyebabkan siklus tidur terganggu.

Penelitian ini sejalan dengan (Danar, 2024) yang menyatakan bahwa intervensi dukungan tidur sangat bagus digunakan untuk mengatasi gangguan pola tidur seperti Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), dimana dengan memodifikasi lingkungan dapat meningkatkan derajat kesehatan atau meningkatkan kenyamanan pada saat tidur. Membatasi waktu tidur siang, Tidur siang yang dilakukan selama berjam-jam akan membuat siklus tidur malam terganggu dan menimbulkan risiko insomnia, mood swing.

Ketiga diagnosa Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi penulis membuat intervensi manajemen nutrisi (L 03119) dengan harapan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik.

Penulis berasumsi bahwa intervensi manajemen nutrisi bagus dilakukan pada pasien PPOK karena pasien dengan PPOK sering mengalami penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan yang tidak disengaja. Jadi perlu diberikan manajemen nutrisi guna untuk mengembalikan kondisi malnutrisi dan mencegah sarkopenia(hilangnya massa otot). Dengan manajemen nutrisi



yang tepat kekuatan otot pernapasan dapat diingkatkan sehingga mengurangi sesak napas, memperbaiki ventilasi dan meningkatkan efisiensi pernapasan.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Rindiani, 2021) yang menyatakan bahwa manajemen nutrisi bagus dilakukan untuk resiko defisit nutrisi karena nutrisi sangat penting bagi pasien PPOK untuk membantu proses pemulihan kondisi pasien. Intervensi yang dilakukan dalam kasus yaitu seperti Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, lakukan oral hygiene sebelum makan ,anjurkan posisi duduk, jika perlu.

4.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan PPOK sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dilaksanakan. Selama 3x24 jam. Dilaksanakan pada tanggal 19 November – 21 November 2025. Untuk diagnosa, bersihan jalan napas tidak efektif dan gangguan pola tidur, dan resiko defisit nutrisi penulis sudah melakukan implemntasi keperawatan sesuai dengan intervensi yang disusun dan hasil yang diharapkan.

Untuk masalah utama bersihan jalan napas tidak efektif Penulis melakukan implementasi seperti pemberian posisi semi fowler yang dapat mengurangi rasa sesak napas yang dialami pasien yang dimana dengan mengatur posisi gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru , memberikan terapi nebulizer untuk mengurangi sesak napas, pemberian terapi ambroxol untuk mengencerkan dahak, dan mengajarkan batuk efektif untuk membantu pengeluaran sekret dan memberikan edukasi terkait pursed lip breathing untuk mengurangi sesak napas.



Penulis berasumsi bahwa dengan memberikan implementasi seperti memberikan posisi semi fowler karena pasien akan merasa sesak napas saat berbaring lurus karena tekanan abdomen pada diafragma, memberikan terapi nebulizer karena terapi nebulizer akan menghantarkan obat langsung ke saluran pernapasan dalam bentuk aerosol yang dimana ini bertujuan untuk mengencerkan sekret dan melebarkan saluran napas agar lebih mudah dibersihkan, mengajarkan batuk efektif untuk pengeluaran sekret, dan memberikan obat ambroxol guna untuk merangsang transportasi mukosiliar dan mengurangi viskositas dahak sehingga mudah dikeluarkan dan mengajarkan tehnik pursed lip breathing untuk mengurangi sesak napas pada pasien..

Hal ini sejalan dengan penelitian Dewi *et al.*, (2022), untuk menurunkan frekuensi napas pada pasien PPOK dilakukan kolaborasi pemberian terapi nebulizer, memberikan posisi semi fowler dan mengajarkan batuk efektif yang dimana didapatkan hasil setelah dilakukan intervensi terapi lebih seperempat responden mengalami penurunan frekuensi pernapasan atau dalam batas normal.

Hal ini sejalan dengan penelitian Permata *et al.*, (2024) dalam mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif yaitu dengan dilakukannya kolaborasi pemberian obat inhalasi terapi inhalasi nebulisasi efektif, mengajarkan latihan batuk efektif dan tehnik pursed lip breathing dalam mengatasi masalah bersihan jalan napas tidak efektif, karena bertujuan untuk memberikan efek bronkodilatasi atau melebarkan lumen bronkus, dahak menjadi encer sehingga mempermudah dikeluarkan, menurunkan hiperaktifitas bronkus dan dapat mengatasi infeksi dan mengurangi sesak napas.



Untuk diagnosa gangguan pola tidur penulis memberikan implementasi seperti memodifikasi lingkungan yang nyaman seperti pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur yang nyaman, dan bisa memberikan edukasi terkait makanan dan minuman yang dikonsumsi yang dapat menghambat tidur. Dan membatasi tidur siang yang dapat menyebabkan siklus tidur terganggu. Dimana tindakan yang dilakukan ini bertujuan untuk memfasilitasi pola tidur yang teratur bagi pasien.

Sejalan dengan penelitian (Danar, 2024) yang melakukan implementasi pada pasien PPOK untuk mengatasi gangguan pola tidur yaitu seperti memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), dimana dengan memodifikasi lingkungan dapat meningkatkan derajat kesehatan atau meningkatkan kenyamanan pada saat tidur. Membatasi waktu tidur siang, Tidur siang yang dilakukan selama berjam-jam akan membuat siklus tidur malam terganggu dan menimbulkan risiko insomnia, mood swing.

Sedangkan untuk diagnosa resiko defisit nutrisi penulis melakukan implementasi manajemen nutrisi seperti mengidentifikasi alergi makanan, makanan yang disukai, monitor asupan makanan, lakukan oral hygiene sebelum makan, anjurkan posisi duduk, jika perlu. Dimana tindakan manajemen nutrisi bertujuan untuk mengembalikan kondisi malnutrisi dan mencegah sarkopenia (hilangnya massa otot). Dengan manajemen nutrisi yang tepat kekuatan otot pernapasan dapat diingkatkan sehingga mengurangi sesak napas, memperbaiki ventilasi dan meningkatkan efisiensi pernapasan.



Hal ini sejalan dengan penelitian (Rindiani, 2021) yang menyatakan bahwa manajemen nutrisi bagus dilakukan untuk resiko defisit nutrisi karena nutrisi sangat penting bagi pasien PPOK untuk membantu proses pemulihan kondisi pasien. Intervensi yang dilakukan dalam kasus yaitu seperti Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, lakukan oral hygiene sebelum makan ,anjurkan posisi duduk jika perlu.

4.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari pengkajian keperawatan,diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi. Pada evaluasi yang dilakukan 3 hari pada tanggal 19 November 2025- 21 November 2025 didapatkan pada pasien seperti pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif sudah teratasi sebagian, dan gangguan pola tidur belum teratasi dan resiko defisit nutrisi belum teratasi sehingga perlu pemantauan lebih lanjut terhadap kasus pasien dengan PPOK terkait dengan diagnosa yang masih belum teratasi. Perlu dilakukannya kembali intervensi keperawatan yang penulis lakukan seperti latihan batuk, dukungan tidur dan manajemen nutrisi pada klien.

Sejalan dengan penelitian (Rachma, 2024) yang menyatakan bahwa pada kasus untuk diagnosa bersihan jalan napas belum teratasi masih didapatkan nya sesak napas, batuk berdahak, pola napas tidak teratur, dan gelisah. Sehingga masih perlu dilanjutkan nya intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya.



Sejalan juga dengan penelitian (Harianto, Sholihatul 2021) yang menyatakan bahwa pada kasus untuk diagnosa gangguan pola tidur belum teratasi karena pasien masih sering tidur larut malam, sering terbangun, mata tampak mengantuk, lemas dan gelisah. Sehingga masih perlu dilanjutkannya intervensi yang telah dilakukan sebelumnya.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian (Genesya, 2025) yang menyatakan bahwa pada kasus untuk diagnosa resiko defisit nutrisi belum teratasi masih dari hasil evaluasi yang dilakukan masih didapatkan nasi pasien hanya habis setengah porsi saja. Sehingga perlu dilanjutkannya intervensi yang telah dilakukan sebelumnya.

Penulis berasumsi bahwa ketidakberhasilan dalam mengatasi masalah disebabkan oleh kurangnya waktu dalam melakukan perawatan. Maka perlu dilakukannya kembali intervensi keperawatan yang penulis tetapkan seperti latihan batuk efektif, pemberian terapi nebulizer, tehnik pursed lip breathing, pemberian posisi semi fowler dan kolaborasi pemberian obat ambroxol, memberikan dukungan tidur seperti memodifikasi lingkungan pasien, dan manajemen nutrisi klien.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan:

1. Pengkajian.

Pada asuhan keperawatan yang perlu dikaji pada pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik adalah riwayat kesehatan terdahulu hipertensi , dilakukan pengkajian dengan hasil yang didapatkan obstruksi saluran napas kecil, serta pola napas, suara napas tambahan, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital, refleks batuk, frekuensi napas, pantau kemampuan aktivitas pasien.

2. Diagnosa keperawatan.

Pada asuhan keperawatan dengan masalah penyakit paru obstruktif kronik didapatkan diagnosa keperawatan ada

- 1). Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan,
- 2). Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- 3). Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.

3. Intervensi/implementasi.

Intervensi keperawatan pada kasus PPOK yang penulis susun seperti diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif dilakukan dengan latihan batuk efektif, gangguan pola tidur dilakukan dukungan tidur dan resiko defisit nutrisi dilakukan dengan manajemen nutrisi.

4. Evaluasi



Evaluasi keperawatan dengan masalah penyakit obstruktif kronik yang dapat dilakukan dan dilatih adalah pernafasan, perlu pemantuan bersihan jalan napas, pola tidur, dan nutrisi pada pasien PPOK.

5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komperhensif pada kasus kelolaan pasien maka penulis daapat menyampaikan beberapa saran:

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan keluarga, dan tetap melakukan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan pulang.

2. Bagi perawat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

Diharapkan agar melanjutkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Tn.S sehingga tercapai tujuan yang optimal dan tetap melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan SOAP yang ada.

3. Bagi penulis selanjutnya.

Diharapkan pada penulis selanjutnya bisa menjadikan KIA ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, I.I. And Haryanti, D.Y. (2024) 'Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) Dengan Pola Nafas Tidak Efektif Di Ruang Melati Rsd Balung Jember', Pp. 1–7.
- Al, S. And Kurniawati (2026) 'Upaya Peningkatan Pengetahuan Remaja Terhadap Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) Dan', 4(1), Pp. 8–15.
- Anggraeni, Z.F. And Susilo, T. (2024) 'Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat Pengelolaan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Dengan Fisioterapi Dada Kombinasi Batuk Efektif Pada Penderita Ppok (Studi Kasus)', *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat Volume 2, Nomor 2, 2(2)*.
- Anik Inayati1, S.A. (2025) 'Latihan Bernapas Dengan Bibir Mengerucut (Pursed Lip Breathing) Terhadap Saturasi Oksigen Pasien Ppok', 7, Pp. 585–594.
- Azzahra Zaini Ruslan, Zanissa Cindy Nurul Afni (2024) 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) : Pola Nafas Tidak Efektif Dengan Intervensi Slow Deep Breathing Disusun Oleh : Azzahra Zaini Ruslan'.
- Barus, E.I. (2024) 'Implementasi Latihan Pernapasan Dengan Batuk Efektif Pada Pasien Ppok Dengan Gangguan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan Ezra', 3(7), Pp. 3521–3529.
- Brunner&Suddarth's (2018) *Medical-Surgical Nursing*. Julie K. Stegman.
- Citra Lestari1, R.W.E.P.P. 2 (2024) 'Penerapan Posisi Posisi Semi Fowler Dan Teknik Pursed Lipbreathing Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) Di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Vita Insani Pematangsiantar Tahun 2024', 09(01), Pp. 54–61.
- Daniar (2024) 'Karya Tulis Ilmiah'.
- Dewi, R. *Et Al.* (2022) 'Pengaruh Terapi Nebulizer Terhadap Frekuensi Napas Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) Di Rsu Imelda Pekerja', 8(1), Pp. 3–6.
- Genesya (2025) *Program Studi Sarjana Keperawatan Dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar 2025*.
- Hariato*, Sholihatul Maghfirah, S.A. (2021) 'Paru Obstruksi Kronik Tive For



- Chronic Obstructive Lung Diseases Data Badan Kesehatan Dunia Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Merupakan Suatu Penyakit Paru Kronis Yang Ditandai Oleh Terjadi Obstruksi Atau Hambatan Aliran Udara Di Saluran Napas', 5(1).
- Lewis (2020) 'Lewis' S Medical-Surgical Nursing Assessment And Management Of Clinical Problems'.
- Lisma Ayu, F. (2025) 'Jurnal Riset Ilmiah', 2(12), Pp. 5364–5369.
- Louise, M. *Et Al.* (2025) 'Loss Of Appetite In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease - A Mixed Methods Study', *European Clinical Respiratory Journal*, 12(1), Pp. 1–9. Available At <https://doi.org/10.1080/20018525.2025.2529054>.
- Luyster, F.S., Boudreaux-Kelly, M.Y. And Bon, J.M. (2023) 'Insomnia In Chronic Obstructive Pulmonary Disease And Associations With Healthcare Utilization And Costs', Pp. 1–8.
- Milasari, N.M.D.H. (2021) 'Pengaruh Pemberian Posisi Semifowler Dan Teknik Pursed Lips Breathing Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien PPOK Di Ruang HCU RSD Mangusada'.
- Ningtyas, P.S., Mudzakkir, M. And Wijayanti, E.T. (2025) 'Penerapan Fisioterapi Dada Pada Pasien Yang Mengalami Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Dengan Diagnosa Medis Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) Di Wilayah Puskesmas Gampeng Kabupaten Kediri (Studi Kasus)', 0008, Pp. 1012–1022.
- Noviia (2025) '3 1,2,3', 5(September).
- Pattinaj, V.A. And Utama, J.E.P. (2025) 'Kecenderungan Gangguan Elektrolit Dan Penyakit Penyerta Pada Pasien Rawat Inap Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Vini Anjelia Pattinaja', 16(9), Pp. 78–81.
- Permata, A. *Et Al.* (2024) 'Penerapan Terapi Inhalasi Nebulizer Pada Pasien Dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Akibat Community-Acquired Pneumonia', 3(1), Pp. 31–43. Available At <https://doi.org/10.54259/Sehatrakyat.V3i1.2429>.
- Puba, L.S.A. (2025) 'Karya Ilmiah Akhir'.



- Rachma (2024) 'Jurnal Penelitian Perawat Profesional', 6(April), Pp. 881–890.
- Rindiani, A.D.E. (2021) 'Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan 2021'.
- Ristyowati, E. (2023) 'Penerapan Fisioterapi Dada Terhadap Pengeluaran Sputum Untuk Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) Application', 5(1), Pp. 108–115.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



LAMPIRAN

Daftar Terapi

Obat/Tindakan	Golongan	Manfaat
Omeprazole 2x1	Golongan obat resep	Obat untuk mengatasi asam lambung yang berlebihan
Salbutamol 3x1	Golongan obat bronkodilator	Untuk mengatasi sesak nafas akibat menyempitnya saluran pernafasan
Pulmicort 2x1	Golongan obat kortikosteroid	Untuk meringankan sesak napas
Methylprednisolone 2x 62,5mg	Golongan kortikosteroid	Obat untuk meredakan peradangan dan sejumlah penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
Euphyllin retard 2 x 125mg	Obat keras	Obat untuk membantu mengatasi penyakit paru- paru
Ambroxol 3 x 1,5 cc	Golongan obat agen mukolitik	Untuk mengencerkan dahak
Ondansetron 3x1	Golongan obat antagonis reseptor 5-HT3	Untuk mencegah mual dan muntah
Ceftriaxone	Golongan antibiotik sefalosporin	Untuk mengobati dan mencegah infeksi bakteri
Ranitidin 3x1	Golongan antagonis reseptor H2	Untuk mengurangi produksi asam lambung
IVFD Ringer Laktat	Cairan infus	Untuk mengembalikan cairan tubuh yang hilang
Paracetamol	Golongan analgesik	Untuk mengurangi demam dan menghilangkan rasa nyeri

Hasil pemeriksaan penunjang

Hasil Darah Lengkap 18 November 2025

Leukosit : 7,5 mm³

Eritrosit : 3,69 mm³

Hemoglobin : 11,9 g/Dl

Hematocrit : 35,2%



MCV	:95um ³
RDW	: 15,6%
PLT	: 208mm ³
LYM	:23,4%
Monosit	: 23,5%
NEU	:52,0%
Esopil	: 1,1 %
Basopil	:0,0%

Hasil Thorax 18 November 2025

Diaphragmae dan kedua sinus tampak normal.

Pada kedua lapangan paru-paru tidak tampak kelainan radialogis.

Jantung dalam batas normal



Evidence Based Practice (EBP)

Penerapan Fisioterapi Dada Terhadap Pengeluaran Sputum Untuk Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok)

Tujuan:

Untuk membantu pengeluaran dahak pada pasien PPOK melalui aplikasi tepuk tangan dan batuk yang efektif.

Hasil Telaah

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) merupakan penyakit yang karakteristik oleh adanya obstruksi saluran pernafasan yang tidak reversibel sepenuhnya. Sumbatan aliran udara ini umumnya bersifat progresif dan berkaitan dengan respon inflamasi abnormal paru-paru terhadap partikel atau gas yang berbahaya. Penelitian tersebut sejalan bahwa terdapat penerapan fisioterapi dada terhadap pengeluaran sputum untuk ketidak bersihan jalan nafas pasien penyakit paru obstruktif kronik

Kesimpulan

Menurut asumsi peneliti, penerapan fisioterapi dada terhadap pengeluaran sekret pada pasien PPOK memang betul-betul bermanfaat, karena responden sebelum tindakan fisioterapi dada masih banyak yang tidak mampu mengeluarkan sekret dan setelah dilakukan fisioterapi dada pasien PPOK mampu mengeluarkan sekretnya. Jadi dapat disimpulkan bahwa tindakan fisioterapi dada dapat membantu dalam mengeluarkan sekret pada pasien PPOK.



Evidence Based Practice (EBP)

Implementasi Pemberian Pursed Lips Breathing Dengan Posisi Fowler terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok)

Tujuan

Untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien PPOK dengan penerapan tehnik pursed lipbreathing dengan posisi fowler

Hasil telaah

Setelah dilakukan implementasi pursed lipbreathing dengan posisi fowler selama 1 kali perlakuan dalam waktu 10 –15 menit. Didapatkan peningkatan saturasi oksigen pada pasien satu dan pasien dua. Pada pasien satu terdapat peningkatan saturasi oksigen dari 96% menjadi 100%, sedangkan pasien dua terdapat peningkatan saturasi oksigen dari 95% menjadi 98%. Dari hasil penerapan pada dua pasien PPOK, implementasi Pursed Lips Breathing dengan posisi Fowler efektif dalam meningkatkan saturasi oksigen

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penerapan pursed lipbreathing dengan posisi fowler dinyatakan berhasil karena pada Ny. A setelah 1 x 15 Menit menggunakan pursed lip breathing dengan posisi Fowler masalah teratasi dengan saturasi oksigen 100%. Pada Ny. S setelah 1x15 menit menggunakan pursed lip breathing dengan posisi Fowler masalah teratasi dengan saturasi oksigen : 98%



Evidence Based Practice (EBP)

Implementasi Batuk Efektif Terhadap Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)

Tujuan:

Untuk meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan frekuensi pernafasan dengan tehnik batuk efektif.

Hasil Telaah:

Setelah dilakukannya tehnik batuk efektif selama 3 kali sehari selama 3 hari menunjukkan frekuensi pernafasan subyek I sebelum dilakukan implementasi yaitu 23 x/menit dan subyek II 24 x/menit dan setelah dilakukan implementasi batuk efektif 3 kali sehari selama 3 hari frekuensi pernafasan kedua subyek mengalami penurunan menjadi 20 x/menit. Berdasarkan grafik 2 menunjukkan saturasi oksigen subyek I sebelum dilakukan implementasi yaitu 94% dan subyek II 93% dan setelah dilakukan implementasi batuk efektif 3 kali sehari selama 3 hari saturasi oksigen kedua subyek mengalami peningkatan menjadi 99% dan 98%. sebelum dilakukan implementasi batuk efektif yaitu Ronkhi dan setelah dilakukan implementasi batuk efektif 3 kali sehari selama 3 hari suara napas masih terdapat suara napas tambahan ronkhi pada lapang paru kedua subyek.

Kesimpulan:

Pengimplementasian batuk efektif ini dapat membantu mengatasi masalah bersihan jalan napas pada pasien PPOK. Sebelum implementasi frekuensi pernafasan subyek I 23 x/m dan subyek II 24 x/m, saturasi oksigen subyek I 94%



dan subyek II 93%, suara napas kedua subyek Ronkhi. Setelah implementasi, frekuensi pernapasan kedua subyek menjadi 20 x/m, saturasi oksigen subyek I menjadi 99% dan subyek II 98%, suara napas kedua subyek masih terdengar Ronkhi.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



DOKUMENTASI



Pemeriksaan dignostik PPOK:

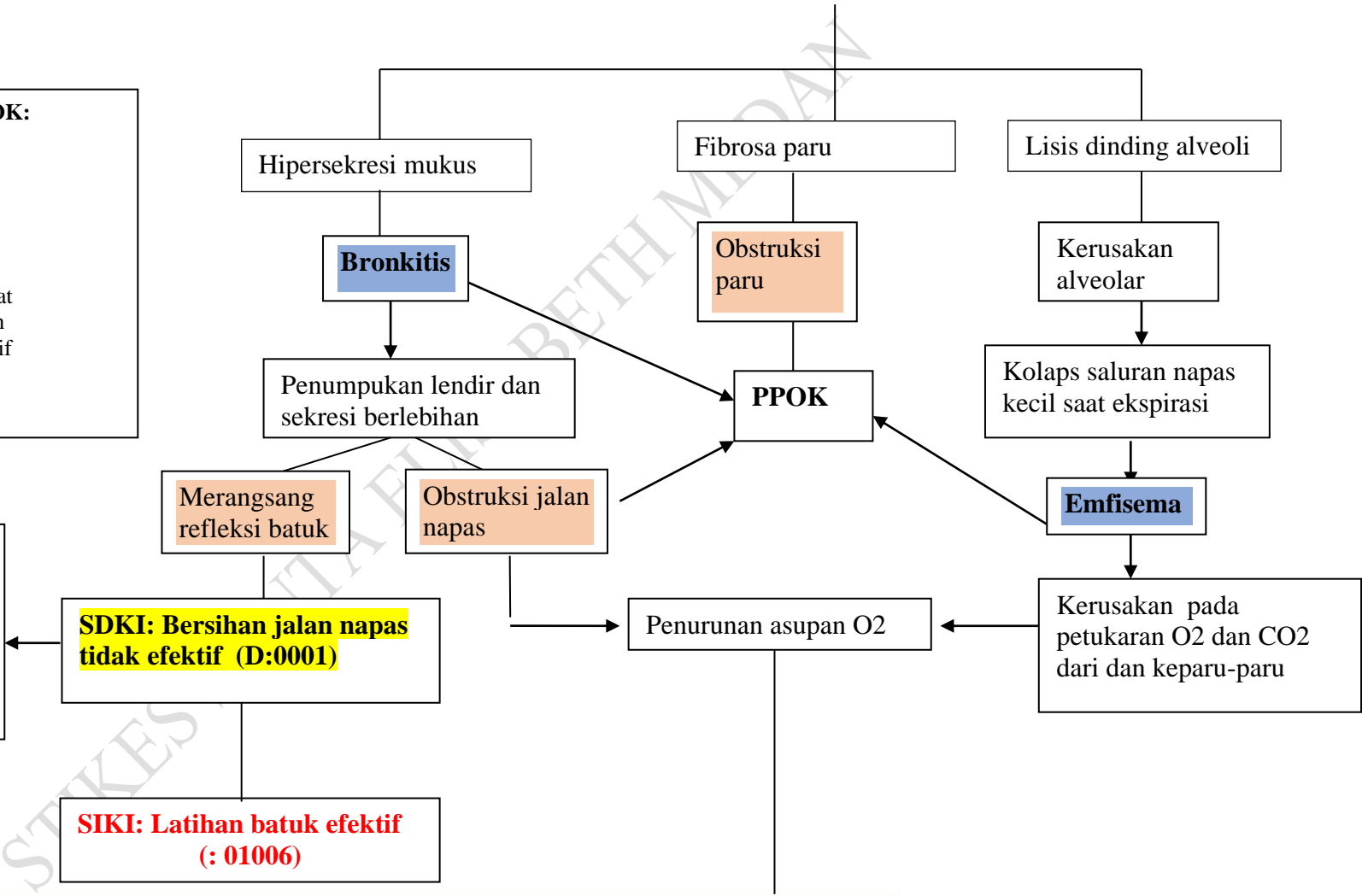
- Spirometri
- Tes Fungsi paru
- Rontgen dada
- Tes bronskopi, biopsi
- Tes darah

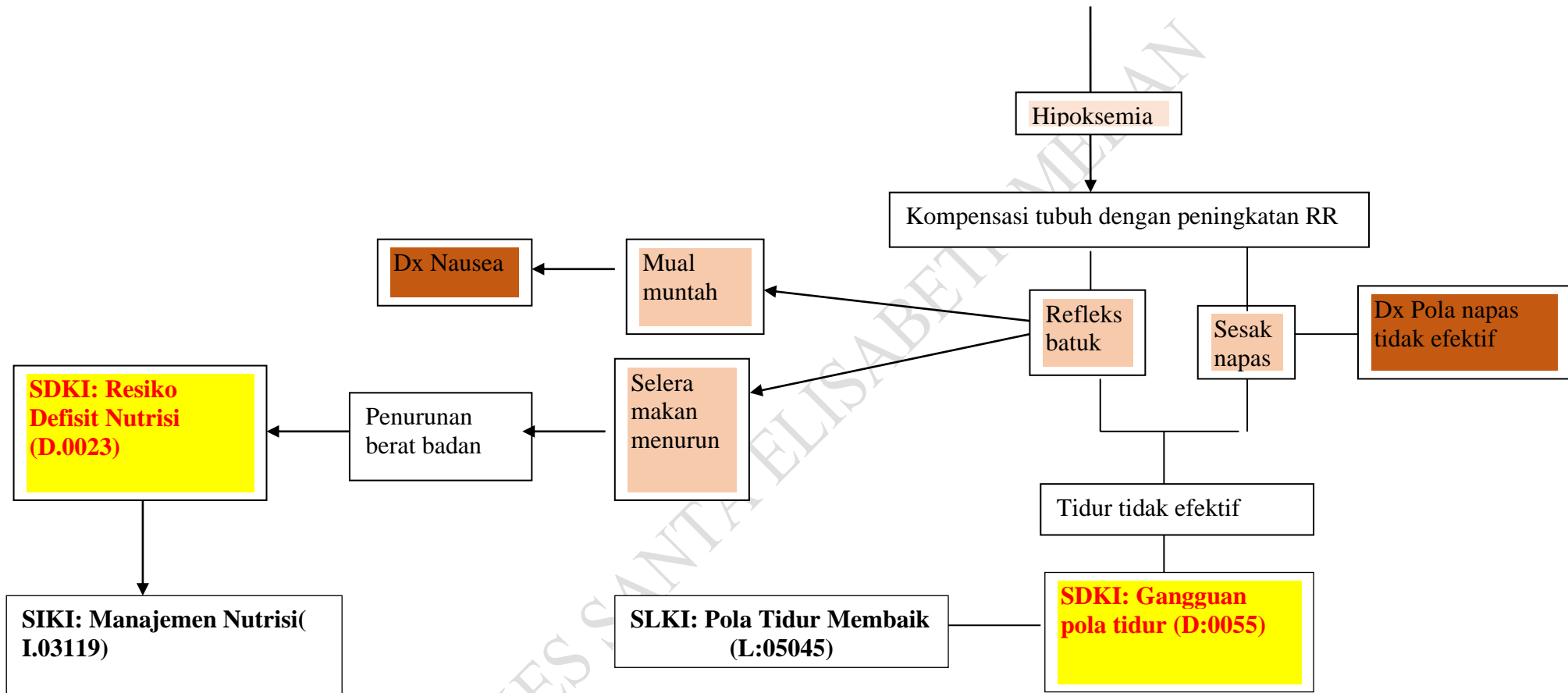
Penatalaksanaan PPOK

- Berhenti merokok, terapi obat
- Terapi bedah, terapi oksigen
- Terapi nebulizer, batuk efektif
- Fisioterapi dada

Implementasi EBP:

- Batuk efektif
Pengaruh pemberian batuk efektif terhadap pengeluaran sputum (Barus, 2024)
- Fisioterapi dada
Pengaruh pemberian fisioterapi dada terhadap pengeluaran sputum (Ningtyas, 2025)







STIKES SANTA ELISABETH MEDAN