

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) adalah suatu penyumbatan menetap pada saluran pernapasan yang disebabkan oleh emfisema dan bronchitis kronis. PPOK adalah sekelompok penyakit paru menahun yang berlangsung lama dan disertai dengan peningkatan resistensi terhadap aliran udara (Padila, 2012) . PPOK merupakan penyakit yang dapat dicegah dan dapat diobati, dengan karakteristik hambatan aliran udara menetap dan progresif yang disertai dengan peningkatan respon inflamasi kronis pada saluran napas dan paru terhadap partikel berbahaya (Padila, 2012) . PPOK adalah penyakit yang umum, dapat dicegah dan diobati yang ditandai dengan gejala pernapasan persisten dan keterbatasan aliran udara yang disebabkan oleh kelainan saluran napas dan /atau alveolar yang biasanya diakibatkan oleh pajanan signifikan terhadap partikel atau gas yang berbahaya (GOLD , Global Strategy For The Diagnosis, Management And Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2019).

Penyakit paru obstruksi kronik adalah istilah yang disadari kurang tepat dan digunakan untuk mencirikan suatu proses yang ditandai oleh adanya bronchitis kronik atau emfisema yang dapat menyebabkan terjadinya obstruksi jalan napas. PPOK mengenai lebih dari 10 juta orang di Amerika Serikat. Bronchitis kronik adalah diagnosisnya pada sekitar 75% kasus dan emfisema pada sisanya. Insidens, prevalensi, dan angka kematian PPOK meningkat seiring pertambahan usia dan lebih tinggi pada pria, orang berkulit putih, dan golongan sosioekonomi lemah. Merokok masih menjadi kausa utama penyakit yang hampir 90%

pasien dengan bronkitis kronik dan emfisema. Namun, hanya 10-15% perokok mengalami PPOK. Penyebab perbedaan pada kerentanan penyakit ini belum diketahui tetapi mungkin mencakup faktor genetik. Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) saat ini menjadi penyebab utama kematian keempat di dunia tetapi di proyeksikan menjadi 3 penyebab kematian terkemuka pada tahun 2030. Secara global di perkirakan bahwa 3,17 juta kematian disebabkan oleh PPOK pada tahun 2015. Pada tahun 2010 PPOK menyebabkan kerugian ekonomi sekitar 2,1 triliun dolar *World Health Organization* (WHO, 2017) . PPOK merupakan penyebab utama morbiditas kronis dan kematian di seluruh dunia. Banyak orang menderita penyakit ini selama berahun-tahun dan meninggal karena komplikasinya seperti gagal nafas. Secara umum, PPOK diperkirakan akan meningkat dalam masa yang akan datang karena paparan faktor resiko PPOK dan penuaan penduduk.

Angka kematian ini diperkirakan akan meningkat karena meningkatnya jumlah perokok dan populasi manula di banyak negara *Global Strategy for the Diagnosis (GOLD, Global Strategy For the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2020)*. Di Indonesia penderita Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Riskesdas, 2018). Menurut Riset Kesehatan Dasar, pada tahun 2018 angka kematian akibat PPOK menduduki peringkat ke-6 dari 10 penyebab kematian di Indonesia dan prevalensi PPOK rata-rata sebesar 3,7% (Riskesdas, 2018) . Provinsi Sumatera Barat berada pada urutan ke-23 berdasarkan jumlah penderita PPOK di Indonesia, dengan prevalensi sebesar 3,0% . Sedangkan hasil survey terhadap sepuluh angka kejadian penyakit terbanyak di Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar pada tahun 2015 yaitu penyakit PPOK menduduki peringkat kedua dengan angka kejadian 199 kasus. Sementara itu pada tahun 2016 data yang didapatkan dari RSAM Bukittinggi terdapat

103 pasien penderita PPOK. Angka kejadian ini menurun pada tahun 2017 menjadi 97 orang yang menderita PPOK yang di rawat di RSAM Bukittinggi, kemudian terus meningkat pada tahun 2018 menjadi 113 orang penderita PPOK yang di rawat di RSAM (Rekam Medis RSAM, 2018).

Penatalaksanaan pada PPOK dapat dilakukan dengan dua cara yaitu terapi non-farmakologis dan terapi farmakologis. Untuk terapi farmakologi pada PPOK bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, mengendalikan gejala klinis dan menurunkan frekuensi ekaserbasi. Sedangkan untuk non farmakologi dapat dilakukan dengan cara menghentikan kebiasaan merokok, Memperbaiki nutrisi, dan latihan pernapasan. Edukasi merupakan hal penting untuk mengatur pasien dengan PPOK agar selalu dalam keadaan stabil sangat penting bagi tenaga kesehatan menginformasikan pasien untuk menyesuaikan keterbatasan aktivitas dan mencegah kecepatan perburukan penyakit. Salah satu terapi non farmakologis yang dapat digunakan untuk penatalaksanaan PPOK yaitu terapi inhalasi uap. (Ikawati, 2016).

Inhalasi uap adalah menghirup uap dengan atau tanpa obat melalui saluran pernapasan bagian atas, dalam hal ini merupakan tindakan untuk membuat pernapasan lebih lega, sekret lebih encer dan mudah dikeluarkan, selaput lendir pada saluran napas menjadi tetap lembab (Hidayah , 2018) . Terapi inhalasi uap sangat membantu untuk menghilangkan sumbatan seperti pilek, bronkitis, pneumonia dan berbagai kondisi pernapasan lainnya, inhalasi uap membuka hidung tersumbat dan bagian paru-paru yang memungkinkan untuk melepaskan atau mengencerkan lendir, bernapas lebih mudah dan lebih cepat sembuh. Untuk membuat uap, dapat menggunakan air saja atau dapat menambahkan minyak herbal untuk meningkatkan efek dari pengobatan (Hidayah , 2018). Inhalasi sederhana yaitu memberikan obat dengan cara dihirup dalam bentuk uap kedalam saluran pernafasan yang dilakukan

dengan bahan dan cara yang sederhana serta dapat dilakukan dalam lingkungan keluarga. Terapi ini lebih efektif ketimbang obat oral/minum seperti tablet atau sirup. obat oral akan melalui berbagai organ dulu seperti ke lambung, ginjal, atau jantung sebelum sampai ke sasarannya, yakni paru-paru. Sehingga ketika sampai paru-paru, obatnya relatif tinggal sedikit.

Uap dari air panas tersebut dapat bermanfaat sebagai terapi selain itu juga uap air panas juga dapat membantu tubuh menghilangkan produk metabolisme yang tidak bermanfaat bagi tubuh. Uap air panas dapat membuka pori-pori, merangsang keluarnya keringat, membuat pembuluh darah melebar dan mengendurkan otot-otot (Hidayah , 2018). Adapun efek terapi uap menurut (Narayani, 2019) adalah dapat meningkatkan konsumsi oksigen, denyut jantung meningkat dan dapat terjadi pengeluaran cairan yang tidak diperlukan tubuh seperti mengencerkan lendir yang menyumbat saluran pernapasan.

Minyak kayu putih diproduksi dari daun tumbuhan *Melaleuca leucadendra* dengan kandungan terbesarnya adalah eucalyptol (cineole). Hasil penelitian tentang khasiat cineole menjelaskan bahwa cineole memberikan efek mukolitik (mengencerkan dahak), bronchodilating (melegakan pernafasan), anti inflamasi dan menurunkan rata-rata eksaserbasi kasus paru obstruktif kronis dengan baik seperti pada kasus pasien dengan asma dan rhinosinusitis. Uap minyak esensial dari *Eucalyptus globulus* efektif sebagai antibakteri dan layak dipertimbangkan penggunaannya dalam pengobatan atau pencegahan pasien dengan infeksi saluran pernapasan, (Narayani, 2019).

Menurut (Kusmiati, 2017) menyebutkan bahwa minyak atsiri eucalyptus dapat dimanfaatkan sebagai obat herbal diantaranya untuk mengurangi sesak nafas karena flu atau asma dengan cara mengoleskan pada dada, mengobati sinus dengan cara menghirup uap air

hangat yang telah diteteskan minyak eucalyptus serta melegakan hidung tersumbat dengan cara menghirup aroma minyak eucalyptus. Kandungan utama dari tanaman tersebut memiliki khasiat sebagai pengencer dahak, melegakan saluran pernapasan, anti inflamasi dan penekan batuk.

Berdasarkan latar belakang di atas penulis ingin mengambil judul sebuah karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Penerapan Inhalasi Uap Air Panas Dengan Menggunakan Aromaterapi Minyak Kayu Putih Pada Ny.S dengan PPOK Di Ruang Paru RSAM Bukittinggi Tahun 2021”

1.2 Rumusan Masalah

Adapun perumusan masalah dalam karya ilmiah ini adalah bagaimana “Penerapan Inhalasi Uap Air Panas Dengan Menggunakan Aromaterapi Minyak Kayu Putih Untuk Mengatasi Bersihan Jalan Nafas Ny.S dengan PPOK Di Ruang Paru RSAM Bukittinggi Tahun 2021?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penulis karya ilmiah ini adalah mengetahui Penerapan Inhalasi Uap Air Panas Dengan Menggunakan Aromaterapi Minyak Kayu Putih Pada Ny.S Dengan PPOK Di Ruang Paru RSAM Bukittinggi Tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mahasiswa Mampu Memahami Konsep Dasar Tentang Penerapan Inhalasi Uap Air Panas Dengan Menggunakan Aromaterapi Minyak Kayu Putih Pada Ny.S Dengan PPOK Di Ruang Paru RSAM Bukittinggi Tahun 2021.

- 1.3.2.2 Mahasiswa Mampu Melakukan Pengkajian Tentang Penerapan Inhalasi Uap Air Panas Dengan Menggunakan Aromaterapi Minyak Kayu Putih Pada Ny.S Dengan PPOK Di Ruangan Paru RSAM Bukittinggi Tahun 2021.
- 1.3.2.3 Mahasiswa Merumuskan Diagnosa Keperawatan Tentang Penerapan Inhalasi Uap Air Panas Dengan Menggunakan Aromaterapi Minyak Kayu Putih Pada Ny.S Dengan PPOK Di Ruangan Paru RSAM Bukittinggi Tahun 2021.
- 1.3.2.4 Mahasiswa Mampu Membuat Intervensi Tentang Penerapan Inhalasi Uap Air Panas Dengan Menggunakan Aromaterapi Minyak Kayu Putih Pada Ny.S Dengan PPOK Di Ruangan Paru RSAM Bukittinggi Tahun 2021.
- 1.3.2.5 Mahasiswa Mampu Melakukan Implementasi Tentang Penerapan Inhalasi Uap Air Panas Dengan Menggunakan Aromaterapi Minyak Kayu Putih Pada Ny.S Dengan PPOK Di Ruangan Paru RSAM Bukittinggi Tahun 2021.
- 1.3.2.6 Mahasiswa Mampu Melakukan Evaluasi Tentang Penerapan Inhalasi Uap Air Panas Dengan Menggunakan Aromaterapi Minyak Kayu Putih Pada Ny.S Dengan PPOK Di Ruangan Paru RSAM Bukittinggi Tahun 2021.
- 1.3.2.7 Mahasiswa Mampu Melakukan Pendokumentasi Tentang Penerapan Inhalasi Uap Air Panas Dengan Menggunakan Aromaterapi Minyak Kayu Putih Pada Ny.S Dengan PPOK Di Ruangan Paru RSAM Bukittinggi Tahun 2021.

1.4 Manfaat Peneliti

1.4.1 Manfaat Bagi Penulis

Dengan adanya karya ilmiah akhir ners ini maka penulis dapat menerapkan ilmu dan pengetahuan yang di dapatkan selama di bangku perkuliahan khususnya pada pasien dengan PPOK

1.4.2 Manfaat Bagi Pasien

Dengan adanya karya ilmiah ini dapat menjadi sumber informasi bagi pasien dalam mengatasi PPOK secara nonfarmakologi dan mampu mengatasi jalan nafas bagi pasien.

1.4.3 Manfaat Bagi Lahan Praktek

Dengan adanya karya ilmiah akhir ners ini dapat menjadi sumber informasi dalam melakukan intervensi mandiri perawat pada pasien khususnya pada pasien penyakit paru obstruksi kronis.

1.4.4 Manfaat Bagi Instansi Pendidikan

Dengan adanya karya ilmiah akhir ini dapat menambah referensi bagi mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan PPOK.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

2.1.1 Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan adalah segala sesuatu yang mutlak dan penting bagi seseorang terutama klien. Kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan yang diperlukan untuk kelangsungan hidup setiap orang, (DeLaune & Ladner, 2011). Mempertahankan hidup dan kesehatan. Manusia sebagai makhluk yang unik dan holistic mempunyai kepuasan saat kebutuhan dasar manusia terpenuhi, seperti fisiologis, psikologis, sosial budaya, intelektual dan kebutuhan spiritual, (DeLaune & Ladner, 2011). Manusia yang sehat memiliki kemampuan untuk memenuhi bantuan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Perubahan status kesehatan mengindikasikan adanya gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Perubahan status kesehatan juga dapat mengubah persepsi seseorang tentang kebutuhan. Kondisi sakit atau cedera dapat menghalangi klien untuk mendapatkan kebutuhan yang diinginkan. Keperawatan berubah untuk memberikan kebutuhan yang diinginkan dengan asuhan keperawatan, (Rosdahl & Kowalski, 2014).

2.1.2 Kebutuhan Fisiologis

Tingkat paling dasar, mencakup kebutuhan fisiologis seperti oksigen/udara, cairan, nutrisi, tidur dan istirahat, suhu tubuh, eliminasi dan seksual. Semua komponen kecuali seks harus dipenuhi agar kehidupan manusia dapat dipertahankan. Pemenuhan kebutuhan seksual diperlukan untuk kelangsungan hidup manusia. Kebutuhan

fisiologis dasar dipenuhi sebelum tingkat kebutuhan yang lebih tinggi. (Rosdahl & Kowalski, 2014).

2.1.2.1 Oksigen

Oksigen merupakan yang paling dari semua kebutuhan dasar untuk kelangsungan hidup. Kekurangan atau hilangnya jumlah oksigen yang beredar di aliran darah, akan menyebabkan seseorang mati dalam hitungan menit. Oksigen disediakan oleh sel dengan mempertahankan jalan nafas terbuka dan sirkulasi yang adekuat.

2.1.2.2 Air dan cairan

Air diperlukan untuk menopang kehidupan. Tubuh hanya dapat bertahan beberapa hari tanpa air. Seseorang yang tinggal pada daerah dengan iklim yang sangat panas membutuhkan jumlah air dan cairan lebih banyak dari pada orang yang tinggal di iklim dingin. Kesehatan terjaga saat jumlah cairan yang masuk kedalam tubuh seimbang.

2.1.2.3 Makan dan Nutrisi

Nutrisi memang diperlukan untuk mempertahankan hidup, meski tubuh dapat bertahan selama beberapa hari atau minggu tanpa makan. Kebiasaan kekurangan nutrisi, ketidakmampuan untuk mengunyah atau menelan, mual dan muntah, alergi makanan, penolakan makan, dan kebiasaan makan berlebihan berisiko terhadap status gizi klien. Perawat dapat menyuapi klien, memantau jumlah kalori, atau memberikan nutrisi melalui selang makan atau infus (Rosdahl & Kowalski, 2014).

2.1.2.4 Eliminasi Produk Sampah

Eliminasi produk sampah tubuh sangat penting untuk kehidupan dan kenyamanan. Tubuh membuang sampah dengan berbagai cara seperti paru-paru membuang karbondioksida dan air; kulit membuang air dan natrium; ginjal membuang cairan dan elektrolit; usus membuang limbah padat dan cair. Kondisi serius dapat terjadi apabila produk sampah menumpuk dalam tubuh.

2.1.2.5 Tidur dan istirahat

Tidur dan istirahat penting untuk menjaga kesehatan. Jumlah waktu tidur yang dibutuhkan tiap individu bervariasi. Kehamilan, usia dan kesehatan umum memengaruhi jumlah waktu tidur. Kekurangan atau tidak adanya tidur langsung mengancam nyawa. Tetapi apabila dibiarkan terus menerus maka akan menyebabkan gangguan atau kondisi yang lebih buruk. Perawat dapat membantu klien untuk mendapatkan tidur dan istirahat yang cukup dengan menyediakan lingkungan aman, nyaman, dan tenang.

2.1.2.5 Aktivitas dan latihan

Aktivitas merangsang pikiran dan tubuh. Latihan membantu menjaga integritas struktural tubuh dan kesehatan dengan meningkatkan sirkulasi dan respirasi. Mobilitas tidak diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi beberapa bentuk latihan diperlukan untuk itu menjaga kesehatan yang optimal. Perawat dapat membantu klien memperoleh latihan yang dibutuhkan. Klien yang tidak dapat bergerak dapat dibantu untuk sering miring kiri/kanan untuk mencegah masalah paru-paru, kerusakan kulit, peredaran darah, gangguan usus dan decubitus.

2.1.2.6 Suhu

Beberapa faktor dapat mengancam kebutuhan tubuh akan regulasi suhu, termasuk cuaca eksternal yang berlebihan (panas atau dingin) atau demam tinggi sebagai respons terhadap infeksi.

2.1.2.7 Kebutuhan seksual

Kebutuhan seksual itu penting. Namun, tidak seperti kebutuhan fisiologis dasar yang lain, kebutuhan seksual dapat dialihkan. Kebutuhan seks tidak vital untuk kelangsungan hidup individu, tetapi sangat penting untuk kelangsungan hidup manusia.

2.1.3 Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan

Tingkat kedua meliputi kebutuhan keamanan dan keselamatan, baik fisik (misal perlindungan diri cedera tubuh) dan psikologis (misal kegelisahan, keamanan dan stabilitas) serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya, (Potter & Perry, 2015).

2.1.3.1 Bebas dari Bahaya

seseorang merasa nyaman untuk hidup dan memenuhi kebutuhan lainnya setelah merasa aman dan terjamin, baik secara fisik maupun psikologis serta merasa bebas dari bahaya dan ketakutan.

2.1.3.2 Tempat Tinggal

Tempat tinggal yang kurang memadai mungkin tidak selalu mengancam nyawa tetapi akan menghalangi kemampuan seseorang untuk maju menuju tingkat kebutuhan yang lebih tinggi. Tempat tinggal seseorang harus dapat

memberikan kehangatan yang diperlukan untuk mempertahankan suhu tubuh yang memadai membantu individu merasa aman.

2.1.4 Kebutuhan Cinta dan Kepemilikan

“Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan kepemilikan, termasuk persahabatan, hubungan sosial dan cinta. Manusia memiliki kebutuhan bawaan untuk menjadi bagian dari kelompok dan merasa diterima oleh orang lain (DeLaune & Ladner, 2011).”

2.1.4.1 Kebutuhan Sosial

Kebutuhan akan cinta, kasih sayang, dan kepemilikan adalah kebutuhan dasar manusia; namun, orang harus memenuhi kebutuhan fisiologis dan keamanan sebelum sampai ke tahap ini.

2.1.4.2 Kebutuhan Spiritual

Perawat bisa membantu klien untuk memenuhi kebutuhan spiritual dengan membantu menyediakan bahan bacaan atau video atau menghubungi pemuka agama di fasilitas kesehatan.

2.1.5 Kebutuhan Harga Diri

Tingkat keempat mencakup kebutuhan harga diri, yang melibatkan kepercayaan diri, kegunaan, prestasi dan harga diri. Individu perlu merasakan dirinya dihargai dan berharga. Kebutuhan harga diri dicapai saat sukses dalam pekerjaan dan aktivitas lainnya serta adanya pengakuan orang lain (Rosdahl & Kowalski, 2014).

2.2 Konsep Inhalasi Uap Air Panas

2.2.1 Inhalasi Uap Air Panas

Inhalasi merupakan salah satu cara yang diperkenalkan dalam penggunaan metode terapi yang paling sederhana dan cepat. Cara kerja dari inhalasi ini adalah uap masuk dari luar tubuh ke dalam tubuh, dengan mudah akan melewati paru-paru dan dialirkan ke pembuluh darah melalui alveoli. Uap dari air panas tersebut dapat bermanfaat sebagai terapi, selain itu juga uap air panas juga dapat membantu tubuh menghilangkan produk metabolisme yang tidak bermanfaat bagi tubuh. Uap air panas dapat membuka pori-pori, merangsang keluarnya keringat, membuat pembuluh darah melebar dan mengendurkan otot-otot. Adapun efek terapi uap adalah dapat meningkatkan konsumsi oksigen, denyut jantung meningkat dan dapat terjadi pengeluaran cairan yang tidak dipergunakan tubuh seperti mengencerkan lendir yang menyumbat saluran pernapasan (Hidayah , 2018).

Inhalasi dapat dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya adalah dengan penguapan. Cara ini digunakan untuk mengatasi problem respirasi dan masuk angin (common cold). Untuk kebutuhan ini digunakan suatu wadah dengan air panas yang didalamnya ditetaskan minyak atripsi (minyak kayu putih) sebanyak 4 tetes, atau dua tetes untuk anak dan wanita hamil. Kepala pasien menelungkup di atas wadah dan disungkup dengan handuk sehingga tidak ada uap yang keluar dan pasien dapat menghirupnya secara maksimal. Selama penanganan, pasien diminta untuk menutup matanya. Untuk mengobati pasien asma hanya digunakan 1 tetes karena bila terlalu banyak maka ia akan tersedak (Narayani, 2019).

2.2.2 Manfaat Inhalasi Uap Air Panas

2.2.2.1 Menghilangkan radang dan kesesakan selaput lendir saluran pernapasan bagian atas

2.2.2.2 Menghilangkan gangguan (gatal pada tenggorokan) dengan melembabkan udara

2.2.2.3 Melepaskan kotoran dan merangsang pengeluaran dahak

2.2.2.4 Melonggarkan pernapasan yang sesak

2.2.2.5 Mengendurkan otot dan menyembuhkan batuk

2.2.2.6 Mencegah pengeringan selaput lender

2.2.3 Indikasi Dilakukan Penghirupan Uap Panas

2.2.3.1 Pilek dengan hidung yang pengap dan berlendir

2.2.3.2 Radang cabang tenggorokan atau batuk kering yang keras

2.2.3.3 Sesak napas dan batuk

2.2.3.4 Selaput lendir mengering

2.2.3.5 Iritasi tenggorokan (kerongkongan gatal-gatal)

2.2.3.6 Kesesakan pada radang selaput lendir saluran pernapasan

2.2.4 Peralatan Yang Diperlukan Dalam Penghirupan Uap Air Panas

2.2.4.1 Air mendidih dalam cerek yang pakai corong. Sebuah kaleng sari buah dapat digunakan untuk itu

2.2.4.2 Besi plat pemanas atau kompor gas atau anglo arang

2.2.4.3 Vicks vaporap atau minyak kayu putih untuk mengharumkan

2.2.4.4. Kantong kertas

2.2.5 Terapi Uap Air Panas

Terapi inhalasi uap sangat membantu untuk menghilangkan sumbatan seperti pilek, bronkitis, pneumonia dan berbagai kondisi pernapasan lainnya, inhalasi uap membuka hidung tersumbat dan bagian paru-paru yang memungkinkan untuk melepaskan atau mengencerkan lendir, bernapas lebih mudah dan lebih cepat sembuh. Untuk membuat uap, dapat menggunakan air saja atau dapat menambahkan minyak herbal untuk meningkatkan efek dari pengobatan (Hidayah , 2018).

Terapi inhalasi adalah pemberian obat secara langsung ke dalam saluran napas melalui penghisapan (Potter & Perry, 2015). Inhalasi sederhana berarti memberikan obat dengan cara dihirup dalam bentuk uap ke dalam saluran pernapasan yang dilakukan dengan bahan dan cara yang sederhana serta dapat dilakukan dalam lingkungan masyarakat. Steam Inhalation (Inhalasi Uap) adalah menghirup uap hangat dari air mendidih. Penguapan tersebut menggunakan air panas dengan suhu 42°C-44°C (Narayani, 2019) . Inhalasi sederhana yaitu memberikan obat dengan cara dihirup dalam bentuk uap ke dalam saluran pernafasan yang dilakukan dengan bahan dan cara yang sederhana serta dapat dilakukan dalam lingkungan keluarga. Terapi ini lebih efektif ketimbang obat oral/minum seperti tablet atau sirup. obat oral akan melalui berbagai organ dulu seperti ke lambung, ginjal, atau jantung sebelum sampai ke sasarannya, yakni paru-paru. Sehingga ketika sampai paru-paru, obatnya relatif tinggal sedikit.

Uap dari air panas tersebut dapat bermanfaat sebagai terapi. Selain itu juga uap airpanas juga dapat membantu tubuh menghilangkan produk metabolisme yang tidak bermanfaat bagi tubuh. Uap air panas dapat membuka pori-pori, merangsang

keluarnya keringat, membuat pembuluh darah melebar dan mengendurkan otot-otot. Adapun efek terapi uap menurut (Amelia, 2018) adalah dapat meningkatkan konsumsi oksigen, denyut jantung meningkat dan dapat terjadi pengeluaran cairan yang tidak diperlukan tubuh seperti mengencerkan lendir yang menyumbat saluran pernapasan.

2.2.6 Prosedur Pelaksanaan Penghirupan Uap Air Panas

- 2.2.6.1 Isilah cerek dengan sedikit air dibawah corong dan masaklah air itu sampai mendidih. Tambahkan satu sendok teh vicks atau minyak kayu putih ke dalam air yang mendidih
- 2.2.6.2 Bawalah kompor dan cerek itu dengan hati-hati kesisi tempat tidur pasien, kalau pasien tidak bisa berdiri atau duduk dikursi.
- 2.2.6.3 Bukalah payung untuk pembuatan tenda dari kain seperai
- 2.2.6.4 Dengan surat kabar itu buatlah corong berbentuk kerucut untuk mengarahkan uap ke dalam tenda dan tidak kangsung pada wajah pasien
- 2.2.6.5 Kalau pasien bisa duduk dikursi, maka ia boleh duduk dekat kompor sementara corong kertas koran itu diarahkan langsung ke muka pasien
- 2.2.6.5 Waktu perawatan : 30 menit sampai satu jam, pagi dan petang, sesuai dengan ketahanannya

2.2.7 Hal yang perlu dipertahankan selama penghirupan Uap Air Panas

- 2.2.7.1 Hindarkan resiko pasien terbakar
- 2.2.7.2 Hindarkan arus angin selama perawatan ini. Tutuplah jendela yang berdekatan dengan pasien
- 2.2.7.3 Harus hati-hati memberikan perawatan ini kepada anak-anak dan pasien yang tidak bisa diam untuk menghindari kebakaran pada pasien.

2.3 Konsep Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK)

2.3.1 Definisi

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) adalah suatu penyumbatan menetap pada saluran pernapasan yang disebabkan oleh emfisema dan bronchitis kronis. PPOK adalah sekelompok penyakit paru menahun yang berlangsung lama dan disertai dengan peningkatan resistensi terhadap aliran udara (Padila, 2012). PPOK merupakan penyakit yang dapat dicegah dan dapat diobati, dengan karakteristik hambatan aliran udara menetap dan progresif yang disertai dengan peningkatan respon inflamasi kronis pada saluran napas dan paru terhadap partikel berbahaya (Padila, 2012).

PPOK adalah penyakit yang umum, dapat dicegah dan diobati yang ditandai dengan gejala pernapasan persisten dan keterbatasan aliran udara yang disebabkan oleh kelainan saluran napas dan /atau alveolar yang biasanya diakibatkan oleh pajanan signifikan terhadap partikel atau gas yang berbahaya (GOLD, *Global Strategy For the Diagnosis, Managemen and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2020). Penyakit paru obstruktif kronik eksaserbasi akut menunjukkan hiperinflasi dan air trapping dengan penurunan aliran udara ekspirasi. Risiko eksaserbasi meningkat secara signifikan pada PPOK derajat berat dan derajat sangat berat (Manurung , 2016). Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa PPOK merupakan penyakit paru kronis yang ditandai dengan adanya hambatan aliran udara yang resisten dan bersifat progresif serta terjadinya peningkatan respon inflamasi kronis saluran napas yang disebabkan oleh iritan tertentu.

2.3.2 Etiologi PPOK

Penyakit paru obstruksi kronik dapat disebabkan oleh faktor lingkungan dan gaya hidup yang sebagian besar bisa dicegah. Merokok diperkirakan menjadi penyebab timbulnya 80-90% kasus pada laki-laki dengan usia antara 30 sampai 40 tahun paling banyak menderita PPOK (Padila, 2012).

2.3.2.1 Usia 25 PPOK jarang mulai menyebabkan gejala yang dikenali secara klinis sebelum usia 40 tahun. Kass-kass yang termasuk perkecalian yang jarang dari pernyataan mini sering kali berhubungan dengan sift yang terkait dengan difisiensi bawaan. Ketidakmampuan ini dapat mengakibatkan seseorang mengalami emfsema dan PPOK pada usia sekitar 20 tahun, yang berisiko menjadi semakin berat jika mereka merokok (Hidayah , 2018).

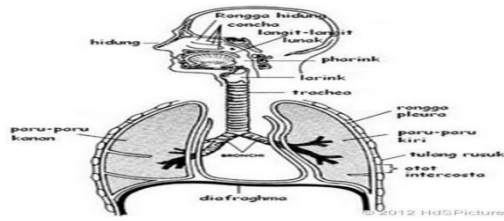
2.3.2.2 Merokok Kebiasaan buruk (merokok), dimana merokok dapat mnyebabkan hipertrofi kelenjar mikus bronkial dan meningkatkan produksi mikus sehingga menyebabkan batuk produktif. Pada brokitis kronik batuk produktif dapat terjadi selama lebih dari 3 bulan/tahan (Manurung , 2016) . Merokok merupakan penyebab PPOK yang paling umum, dan mencakup 80% dari sema kass PPOK yang ditemukan. Diduga bahwa sekitar 20% orang yang merokok akan mengalami PPOK, dengan resiko persorangan meningkat sebanding dengan peningkatan jumlah rokok yang dihisap. Kebiasaan buruk merokok akan menekan aktvitas sel-sel pemangsa dan mempengaruhi meknisme pembersihan siliaris dari salruan pernapasan, yaitu berfungsi untuk menjaga saluran pernapasan bebas dari irian, bakteri dan benda asing lainnya yang terhirup. Jumlah yang dihisap oleh seseorang diukur dengan istilah pack

years, satu pack years menghisap 20 batang rokok perhari selama satu tahun. Dengan demikian, seseorang yang merokok 40 batang rokok perhari selama satu tahun atau mereka yang merokok 20 batang rokok selama dua tahun akan memiliki akumulasi yang ekuivalen dengan 2 pack years (Manurung , 2016).

- 2.3.2.3 Lapangan kerja berdebu Debuorganik dan anorganik serta bahan kimia dan asap dapat menjadi faktor resiko terjadinya PPOK.
- 2.3.2.4 Polusi udara Udara yang buruk akan menyebabkan partikel-partikel yang dihirup masuk kedalam saluran pernapasan, sehingga dapat menyebabkan total beban paru-paru menjadi lebih tinggi. Dimana partikel yang dihirupakan menumpuk kedalam saluran pernapasan sehingga menyebabkan terjadinya penyumbatan.
- 2.3.2.5 Infeksi Riwayat infeksi pernafasan yang pernah dialami dikaitkan dengan terjadinya pengurangan fungsi paru-paru dan meningkatkan gejala pernapasan. Infeksi sistem pernapasan akut seperti pneumonia, brinkitis, dan asma orang dengan kondisi ini beresiko terjadinya PPOK (Nurhermawan, 2018).
- 2.3.2.6 Latar belakang genetik dan keluarga Telah ditemukan keterkaitan keluarga yang lemah, tidak seperti pada asma diriwayat asma sebelumnya didalam keluarga sangat dipertimbangkan sebagai faktor yang penting (Masquero, 2018).

2.3.3 Anatomi & fisiologi

2.3.3.1 Anatomi



2.1. Gambar 1

Anatomi sistem pernafasan

(Peate & Nair, 2017)

Sistem respirasi terbagi menjadi sistem pernafasan atas dan sistem pernafasan bawah. Sistem pernafasan atas terdiri dari hidung, faring dan laring. Sedangkan sistem pernafasan bawah terdiri dari trakea, bronkus dan paru-paru (Peate & Nair, 2017).

1) Hidung

Hidung atau naso atau nasal merupakan saluran udara yang pertama, mempunyai dua lubang (*kavum nasi*), dipisahkan oleh sekat hidung (*septum nasi*). Di dalamnya terdapat bulu-bulu yang berguna untuk menyaring udara, debu, dan kotoran yang masuk ke dalam lubang hidung (Peate & Nair, 2017).

2) Faring

Faring atau tekak merupakan tempat persimpangan antara jalan pernafasan dan jalan makanan, terdapat di bawah dasar tengkorak, di belakang rongga hidung, dan mulut sebelah depan ruas tulang leher. Hubungan faring dengan organ-organ lain adalah ke atas berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantaraan lubang yang bernama koana, ke depan berhubungan dengan rongga mulut, tempat hubungan ini bernama *isthmus fausium*, ke bawah terdapat 2 lubang (ke depan lubang laring dan ke belakang lubang esofagus). (Peate & Nair, 2017).

3) Laring

Laring atau pangkal tenggorokan merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara, terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebra servikal dan masuk ke dalam trakhea di bawahnya. (Peate & Nair, 2017).

4) Trakea

Trakea atau batang tenggorokan merupakan lanjutan dari laring yang dibentuk oleh 16 sampai 20 cincin yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berbentuk seperti kuku kuda (huruf C) sebelah dalam diliputi oleh selaput lendir yang berbulu getar yang disebut sel bersilia, hanya bergerak ke arah luar. Panjang trakea 9 sampai 11 cm dan di belakang terdiri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos. (Peate & Nair, 2017).

5) Bronkus

Bronkus atau cabang tenggorokan merupakan lanjutan dari trakea, ada 2 buah yang terdapat pada ketinggian vertebra torakalis IV dan V, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus itu berjalan ke bawah dan ke samping ke arah tampuk paru-paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar dari pada bronkus kiri, terdiri dari 6-8 cincin, mempunyai 3 cabang. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping dari yang kanan, terdiri dari 9-12 cincin mempunyai 2 cabang. Bronkus bercabang-cabang, cabang yang lebih kecil disebut bronkiolus (bronkioli). (Peate & Nair, 2017).

a) Paru-paru

Paru-paru ada dua, merupakan alat pernafasan utama. Paru-paru mengisi rongga dada. Terletak disebelah kanan dan kiri dan ditengah dipisahkan oleh jantung beserta pembuluh darah besarnya dan struktur lainnya yang terletak didalam media

stinum. Paru-paru adalah organ yang berbentuk kerucut dengan apeks (puncak) diatas dan sedikit muncul lebih tinggi daripada clavikula didalam dasar leher. Pangkal paru-paru duduk diatas landau rongga thoraks, diatas diafragma. Paru-paru mempunyai permukaan luar yang menyentuh iga-iga, permukaan dalam yang memutar tampuk paruparu, sisi belakang yang menyentuh tulang belakang, dan sisi depan yang menutup sebagian sisi depan jantung. Paru-paru dibagi menjadi beberapa belahan atau lobus oleh fisura. Paru-paru kanan mempunyai tiga lobus dan paru-paru kiri dua lobus. Setiap lobus tersusun atas lobula. Jaringan paru-paru elastis, berpori, dan seperti spons.

Pembagian paru-paru; paru-paru dibagi 2 (dua) :

- Paru-paru kanan, terdiri dari 3 lobus (belah paru), lobus pulmo dekstra superior, lobus media, dan lobus inferior. Tiap lobus tersusun oleh lobus.
- Paru-paru kiri, terdiri dari, pulmo sinister lobus superior dan lobus inferior. Tiap-tiap lobus terdiri dari belahan-belahan yang lebih kecil bernamasegment. (Peate & Nair, 2017).

Letak paru-paru

Pada rongga paru-paru datarannya menghadap ketengah rongga dada/ kavum mendiastinum. Pada bagian tengah itu terdapat lampuk paru-paru atau hilus. Pada mendiastinum depan terletak jantung. (Peate & Nair, 2017).

Pembuluh darah pada paru-paru.

Sirkulasi pulmonar berasal dari ventrikel kanan yang tebal dinding 1/3 dan tebal ventrikel kiri, Perbedaan ini menyebabkan kekuatan kontraksi dan tekanan yang ditimbulkan jauh lebih kecil dibandingkan dengan tekanan yang ditimbulkan oleh

kontraksi ventrikel kiri. Selain aliran melalui arteri. (Peate & Nair, 2017).

2.3.3.2 Fisiologi

Fungsi paru-paru ialah pertukaran gas oksigen dan karbondoksida. Pada pernafasan melalui paru-paru atau pernafasan eksterna, oksigen dipungut melalui hidung dan mulut pada waktu bernafas; oksigen masuk melalui trakea dan pipa bronkial ke alveoli, dan dapat behubungan erat dengan darah didalam kapiler pulmonaris. Hanya satu lapisan membran, yaitu membran alveoli kapiler, yang memisahkan oksigen daridarah (Peate & Nair, 2017).

Oksigen menembus membran ini dan dipungut oleh hemoglobin sel darah merah dan dibawa ke jantung. Dari sini dipompa didalam arteri kesemua bagian tubuh. Dan meninggalkan paru-paru pada tekanan oksigen 100 mmHg dan pada tingkat ini hemoglobinnya 95% jenuh oksigen. (Peate & Nair, 2017).

Di dalam paru-paru, karbondioksida, salah satu hasil buangan metabolisme, menembus membran alveoler kapiler darah ke alveoli, dan setelah melalui pipa bronkial dan trakea, dinapaskan keluar melalui hidung dan mulut. Empat proses yang berhubungan dengan pernafasan pulmoner atau pernafasan eksterna (Peate & Nair, 2017).

- 1) Ventilasi pulmoner, atau gerak pernafasan yang menukar udara dalam alveoli dengan udaraluar.
- 2) Arus darah melaluiparu-paru.
- 3) Distribusi arus udara dan arus darah sedemikian sehingga dalam jumlah tepat dapat mencapai semua bagiantubuh.
- 4) Difusi gas yang menembusi membran pemisah alveoli dan kapiler, CO₂

lebih mudah berdifusi dari pada oksigen.

Semua proses ini diatur sedemikian sehingga darah yang meninggalkan paru-paru menerima jumlah tepat CO₂ dan O₂. Pada waktu gerak badan, lebih banyak darah datang di paru-paru membawa terlalu banyak CO₂ dan terlampau sedikit O₂; jumlah CO₂ itu tidak dapat dikeluarkan, maka konsentrasinya dalam darah arteri bertambah. Hal ini merangsang pusat pernafasan dalam otak untuk memperbesar kecepatan dan dalamnya pernafasan. Penambahan ventilasi ini mengeluarkan CO₂ dan memungut lebih banyak O₂. (Peate & Nair, 2017).

Pernafasan jaringan atau pernafasan interna, darah yang telah menjenuhkan hemoglobinnya dengan oksigen (oksihemoglobin) mengitari seluruh tubuh dan akhirnya mencapai kapiler, di mana darah bergerak sangat lambat. Sel jaringan memungut oksigen dari hemoglobin untuk memungkinkan oksigen berlangsung, dan darah menerima, sebagai gantinya, hasil buangan oksidasi, yaitu karbondioksida. Perubahan-perubahan berikut terjadi pada komposisi udara dalam alveoli, yang disebabkan pernafasan eksterna dan pernafasan eksterna dan pernafasan interna atau pernafasan jaringan. Udara yang dihembuskan jenuh dengan uap air dan mempunyai suhu yang sama dengan badan (20 persen panas badan hilang untuk pemanasan udara yang dikeluarkan) (Potter & Perry, 2015).

2.2.4 Patofisiologi

Hambatan aliran udara merupakan perubahan fisiologi utama pada PPOK yang diakibatkan oleh adanya perubahan yang khas pada saluran nafas bagian proksimal, perifer, parenkim dan vaskularisasi paru yang dikarenakan adanya suatu inflamasi

yang kronik dan perubahan struktural pada paru. Terjadinya peningkatan penebalan pada saluran nafas kecil dengan peningkatan formasi folikel limfoid dan deposisi kolagen dalam dinding luar saluran nafas mengakibatkan restriksi pembukaan jalan nafas. Lumen saluran nafas kecil berkurang akibat penebalan mukosa yang mengandung eksudat inflamasi, yang meningkat sesuai berat sakit. (Potter & Perry, 2015).

Dalam keadaan normal radikal bebas dan antioksi dan berada dalam keadaan seimbang. Apabila terjadi gangguan keseimbangan maka akan terjadi kerusakan di paru. Radikal bebas mempunyai peranan besar menimbulkan kerusakan sel dan menjadi dasar dari berbagai macam penyakit paru. (Potter & Perry, 2015).

Pengaruh gas polutan dapat menyebabkan stress oksidan, selanjutnya akan menyebabkan terjadinya peroksidasi lipid. Peroksidasi lipid selanjutnya akan menimbulkan kerusakan sel dan inflamasi. Proses inflamasi akan mengaktifkan sel makrofag alveolar, aktivasi sel tersebut akan menyebabkan dilepaskannya faktor kemotaktik neutrofil seperti interleukin 8 dan leukotrien B₄, *tumor necrosis factor* (TNF), *monocyte chemotactic peptide* (MCP)-1 dan *reactive oxygen species* (ROS). Faktor-faktor tersebut akan merangsang neutrofil melepaskan protease yang akan merusak jaringan ikat parenkim paru sehingga timbul kerusakan dinding alveolar dan hipersekresi mukus. Rangsangan sel epitel akan menyebabkan dilepaskannya limfosit CD8, selanjutnya terjadi kerusakan seperti proses inflamasi. Pada keadaan normal terdapat keseimbangan antara oksidan dan antioksidan. Enzim NADPH yang ada dipermukaan makrofag dan neutrophil akan mentransfer satu elektron ke molekul oksigen menjadi anion super oksida dengan bantuan enzim

superoksid dismutase. Zat hidrogen peroksida (H_2O_2) yang toksik akan diubah menjadi OH dengan menerima elektron dari ion feri menjadi ion fero, ion fero dengan halida akan diubah menjadi anion hipohalida (HOCl). (Potter & Perry, 2015).

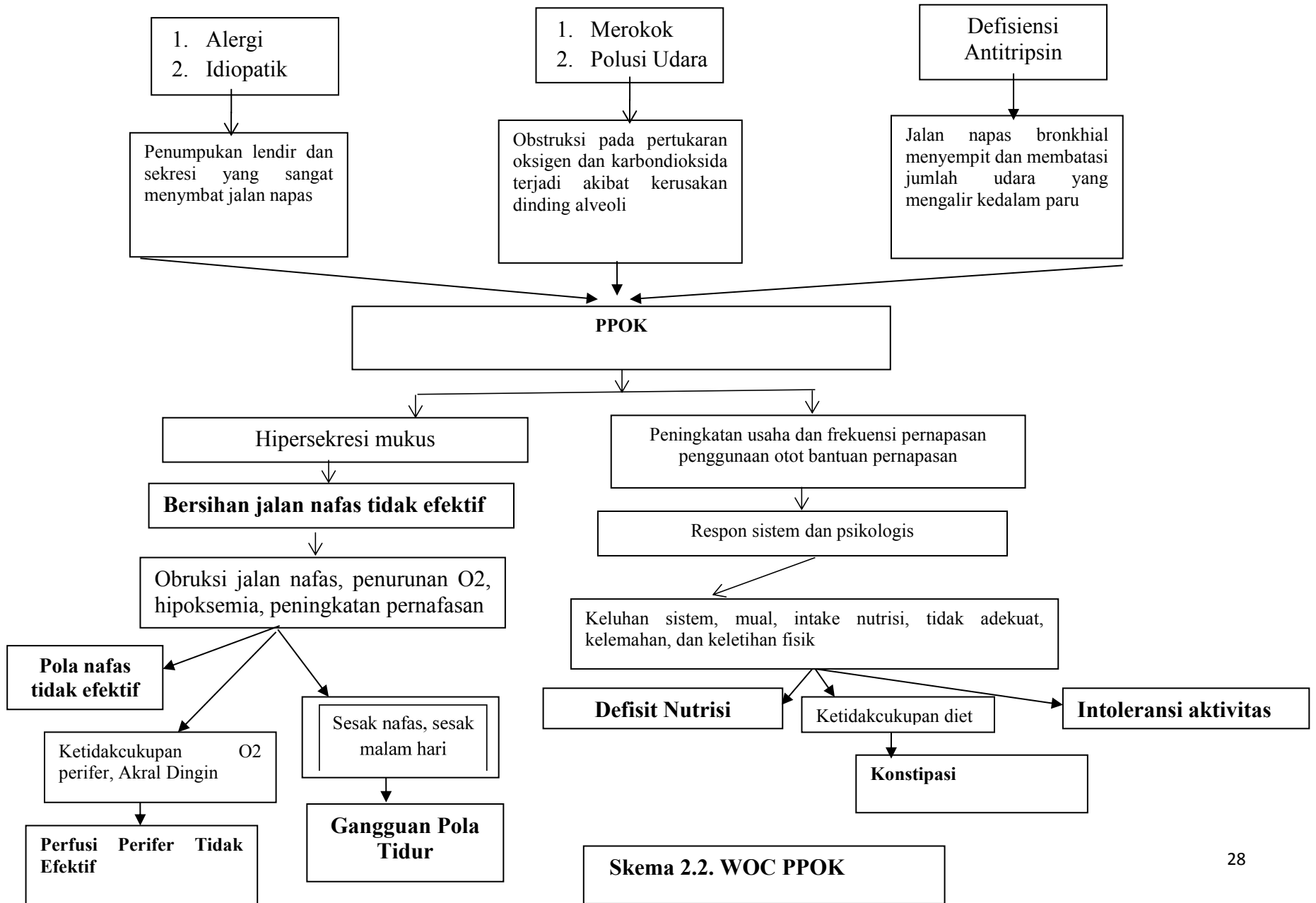
Pengaruh radikal bebas yang berasal dari polusi udara dapat menginduksi batuk kronis sehingga percabangan bronkus lebih mudah terinfeksi. Penurunan fungsi paru terjadi sekunder setelah perubahan struktur saluran napas. Kerusakan struktur berupa destruksi alveol yang menuju ke arah emfisema karena produksi radikal bebas yang berlebihan oleh leukosit dan polusidan asap rokok. (Potter & Perry, 2015).

Merokok dan berbagai partikel berbahaya seperti inhalasi dari *biomass fuels* menyebabkan inflamasi pada paru, respons normal ini kelihatannya berubah pada pasien yang berkembang menjadi PPOK. Respons inflamasi kronik dapat mencetuskan destruksi jaringan parenkim (menyebabkan emfisema), mengganggu perbaikan normal dan mekanisme pertahanan (menyebabkan fibrosi jalan nafas kecil). Perubahan patologis ini menyebabkan *air trapping* dan terbatasnya aliran udara progresif, mengakibatkan sesak nafas dan gejala khas PPOK lainnya. (Potter & Perry, 2015).

Inflamasi pada saluran nafas pasien PPOK muncul sebagai modifikasi dari respons inflamasi saluran nafas terhadap iritan kronik seperti merokok. Mekanisme untuk menjelaskan inflamasi ini tidak sepenuhnya dimengerti tetapi mungkin terdapat keterlibatan genetik. Pasien bisa mendapatkan PPOK tanpa adanya riwayat merokok, dasar dari respon inflamasi pasien ini tidak diketahui. Stres oksidatif dan penumpukan protein pada paru selanjutnya akan mengubah inflamasi paru. Secara bersamaan, mekanisme tersebut menyebabkan karakteristik perubahan patologis pada

PPOK. Inflamasi paru menetap setelah memberhentikan merokok melalui mekanisme yang tidak diketahui, walaupun autoantigen dan mikroorganisme persisten juga berperan. Perubahan yang khas pada PPOK dijumpai pada saluran nafas, parenkim paru, dan pembuluh darah paru. Perubahan patologi tersebut meliputi: inflamasi kronik, dengan peningkatan sejumlah sel inflamasi spesifik yang merupakan akibat dari trauma dan perbaikan berulang. Secara umum, inflamasi dan perubahan struktur pada jalan nafas meningkat dengan semakin parahnya penyakit dan menetap walaupun merokok sudah dihentikan. (Potter & Perry, 2015).

2.3.5 WOC PPOK



2.3.6 Faktor Risiko Utama Yang Mempengaruhi Berkembangnya Penyakit PPOK

Menurut (Ikawati, 2016) , beberapa faktor risiko utama yang mempengaruhi berkembangnya penyakit PPOK, yang dibedakan menjadi faktor paparan lingkungan dan faktor host/penderitanya. Adapun faktor yang disebabkan karena paparan lingkungan antara lain yaitu:

2.3.6.1 Merokok

Merokok merupakan penyebab utama terjadinya PPOK dengan risiko 30 kali lebih besar dibandingkan dengan yang bukan perokok. Kematian akibat PPOK terkait dengan usia mulai merokok, jumlah rokok yang dihisap, dan status merokok yang terakhir saat PPOK mulai berkembang. Namun, bukan berarti semua penderita PPOK merupakan perokok karena kurang lebih 10 % orang yang tidak merokok mungkin juga menderita PPOK karena secara tidak langsung terpapar asap rokok sehingga menjadi perokok pasif (Ikawati, 2016).

2.3.6.2 Pekerjaan

Pekerjaan juga dapat menjadi penyebab terkena penyakit PPOK karena beberapa pekerjaan berisiko menjadi pemicu terkena penyakit ini. Pada pekerja industri keramik yang terpapar debu, pekerja tambang emas dan batu bara, atau pekerja yang terpapar debu katun, debu gandum, dan asbes, mempunyai risiko yang lebih besar untuk terkena penyakit PPOK (Ikawati, 2016).

2.3.6.3 Polusi udara

Pasien yang mempunyai disfungsi paru akan menjadi memburuk gejalanya dengan adanya polusi udara. Polusi ini bisa berasal dari luar rumah maupun dari

dalam rumah seperti asap pabrik, asap kendaraan bermotor, asap dapur, dan lain lain (Ikawati, 2016).

2.3.6.4 Infeksi

Adanya peningkatan kolonisasi bakteri menyebabkan peningkatan inflamasi yang dapat diukur dari peningkatan jumlah sputum, peningkatan frekuensi eksaserbasi, dan percepatan penurunan fungsi paru, yang mana semua itu dapat meningkatkan risiko kejadian PPOK (Ikawati, 2016).

Sedangkan untuk faktor risiko yang berasal dari host/pasiennya sebagai berikut:

- a) Usia semakin bertambahnya usia maka risiko menderita PPOK semakin besar.
- b) Jenis kelamin Laki-laki lebih berisiko terkena PPOK dari pada wanita hal ini terkait dengan kebiasaan merokok pada laki-laki.
- c) Adanya gangguan fungsi paru yang memang sudah ada Adanya gangguan fungsi paru-paru merupakan faktor risiko terjadinya PPOK, misalnya infeksi pada masa kanak-kanak seperti TBC dan bronkiektasis atau defisiensi Immunoglobulin A (IgA/Hypogammaglobulin) (Ikawati, 2016).
- d) Predisposisi genetik, yaitu defisiensi alpha1-antitrypsin (AAT).

Pada keadaan normal, faktor protektif AAT menghambat enzim proteolitik sehingga mencegah kerusakan. Karena itu, kekurangan AAT menyebabkan berkurangnya faktor proteksi terhadap kerusakan paru. Asap rokok juga dapat menginaktivkan AAT. Wanita mempunyai kemungkinan perlindungan oleh estrogen yang akan menstimulasi sintesis inhibitor protase seperti AAT. Karena itu, faktor risiko pada wanita lebih rendah dibandingkan dengan pria.

2.3.7 Tanda Dan Gejala

Manifestasi klinik yang biasanya muncul pada pasien PPOK menurut (Padila, 2012), sebagai berikut:

2.3.7.1 Batuk yang sangat produktif dan mudah memburuk oleh udara dingin atau infeksi.

2.3.7.2 Hipoksia, hipoksia merupakan keadaan kekurangan oksigen di jaringan atau tidak adekuatnya pemenuhan kebutuhan oksigen seluler akibat defisiensi oksigen yang diinspirasi atau meningkatnya penggunaan oksigen pada tingkat seluler.

2.3.7.3 Takipnea adalah pernapasan lebih cepat dari normal dengan frekuensi lebih dari dua puluh empat kali permenit.

2.3.7.4 Sesak napas atau dipsnea

Tanda dan gejala dari bersihan jalan napas tidak efektif pada pasien PPOK menurut (Ikawati, 2016), sebagai berikut:

- 1) Batuk kronis selama 3 bulan dalam setahun, terjadi berselang atau setiap hari, dan seringkali terjadi sepanjang hari.
- 2) Produksi sputum secara kronis.
- 3) Lelah, lesu.
- 4) Sesak napas (dysnea) bersifat progresif sepanjang waktu, memburuk jika berolahraga dan memburuk jika terkena infeksi pernapasan.
- 5) Penurunan toleransi terhadap aktivitas fisik (cepat lelah, terengah-engah)

2.3.8 Pemeriksaan Penunjang

- 2.3.8.1 Peak Flow Meter Peak Flow Meter merupakan suatu alat yang digunakan untuk mengukur kecepatan aliran dan ekspirasi maksimum. Nilai yang diperoleh (Kecepatan Aliran Ekspirasi Puncak = KEAP) dipengaruhi oleh diameter jalan nafas. Cara ini merupakan cara sederhana untuk menilai dan memantau pasien dengan obstruksi jalan napas karena obstruksi jalan napas yang disebabkan oleh hambatan jalan napas kronis akan menimbulkan KEAP yang menurun.
- 2.3.8.2 Spirometri Spirometri merupakan merekam secara grafis atau digital volume ekspirasi paksa dan kapasitas paksa. Pemeriksaan spirometri standar harus memeriksa kemampuan aliran udara seperti:
- 2.3.8.3 Kapasitas Vital (VC)
- 2.3.8.4 Volume Tidal (TV)
- 2.3.8.5 Volume ekspirasi paksa atau Forced Expiratory Volume (FEV) adalah volume udara yang dihembuskan dari paru-paru setelah inspirasi maksimum dengan usaha paksa maksimum yang diukur pada jangka waktu tertentu yang biasanya diukur dalam waktu satu detik (FEV1)
- 2.3.8.6 Kapasitas vital paksa atau Forced Vital Capacity (FCV) adalah volume total dari udara yang dihembuskan dari paru-paru setelah usaha inspirasi maksimum yang diikuti oleh ekspirasi paksa maksimum.
- 2.3.8.7 Pemeriksaan radiografi dada Rontgen dada diambil setelah inspirasi penuh atau napas dalam karena paru paru akan tervisualisasi dengan baik saat keduanya terisi penuh oleh udara. Implikasi keperawatan pada pemeriksaan

radiografi dada adalah sebagai penunjang penegakan diagnosis keperawatan dan mempermudah dalam melakukan evaluasi terhadap intervensi keperawatan yang diberikan.

2.3.8.8 Bronkoskopi dilakukan untuk mendiagnosis dan mengetahui keadaan pada percabangan trakeobronkial.

2.3.8.9 Pemeriksaan sputum dilakukan untuk mengidentifikasi organisme patogenik atau tidak. Secara umum pemeriksaan sputum digunakan untuk pemeriksaan sensitivitas obat, digunakan dalam mendiagnosis, dan sebagai pedoman pengobatan. Pasien dengan eksaserbasi akut juga dilakukan pemeriksaan Analisa Gas Darah (AGD).

2.3.9 Penatalaksanaan

2.3.9.1 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis dari Penyakit Paru Obstruksi Kronik adalah:

- 1) Berhenti merokok harus menjadi prioritas.
- 2) Mengurangi paparan asap rokok, populasi udara indoor dan outdoor penting untuk mencegah progresif PPOK. Berhenti merokok merupakan intervensi tunggal yang paling efektif untuk menurunkan resiko PPOK dan memperlambat progresi PPOK. Penelitian yang dilakukan oleh Khaled, N, A, dalam (Putra, 2020) , di India mengatakan bahwa berhenti merokok merupakan cara yang dianjurkan pada klien yang mengalami penyakit pernapasan kronik. Penelitian ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Pauwels, R, A, dalam (Putra, 2020) yang mengungkapkan bahwa klien PPOK yang memprogramkan berhenti merokok lebih

berpeluang besar untuk menyelesaikan rehabilitasi paru dibandingkan dengan klien PPOK yang tidak berhenti merokok.

- 3) Bronkodilator (β -agonis atau antikolinergik) bermanfaat pada 20-40% kasus
- 4) Pemberian terapi oksigen jangka panjang selama >16 jam memperpanjang usia pasien dengan gagal nafas kronis (yaitu pasien dengan PaO₂ sebesar 7,3 kPa dan FEV₁ sebesar 1,5
- 5) Rehabilitasi paru (khususnya latihan olahraga) memberikan manfaat simptomatik yang signifikan pada pasien dengan penyakit sedang-berat.
- 6) Operasi penurunan volume paru juga bisa memberikan perbaikan dengan meningkatkan elastic recoil sehingga mempertahankan potensi jalan nafas Davey, 2002 Dalam (Putra, 2020).

2.3.9.2 Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan dari Penyakit Paru Obstruksi Kronik adalah:

- 1) Mempertahankan patensi jalan nafas.
- 2) Membantu tindakan untuk mempermudah pertukaran gas
- 3) Meningkatkan masukan nutrisi
- 4) Mencegah komplikasi, memperlambat memburuknya kondisi
- 5) Memberikan informasi tentang proses penyakit/prognosis dan program pengobatan Doenges, dalam (Putra, 2020).

Tujuan penatalaksanaan PPOK adalah:

- a) Memerbaiki kemampuan penderita mengatasi gejala tidak hanya pada fase akut, tetapi juga fase kronik.
- b) Memerbaiki kemampuan penderita dalam melaksanakan aktivitas harian

- c) Mengurangi laju progresivitas penyakit apabila penyakitnya dapat dideteksi lebih awal. Penatalaksanaan PPOK pada usia lanjut adalah sebagai berikut:
- Meniadakan faktor etiologi/presipitasi, misalnya segera menghentikan merokok, menghindari polusi udara.
 - Membersihkan sekresi bronkus dengan pertolongan berbagai cara. Memberantas infeksi dengan antimikroba. Apabila tidak ada infeksi antimikroba tidak perlu diberikan. Pemberian antimikroba harus tepat sesuai dengan kuman penyebab infeksi yaitu sesuai hasil uji sensitivitas atau pengobatan empirik.
- d) Mengatasi bronkospasme dengan obat-obat bronkodilator. Penggunaan kortikosteroid untuk mengatasi proses inflamasi (bronkospasme) masih kontroversial.
- e) Pengelolaan psikosial, terutama ditujukan untuk penyesuaian diri penderita dengan penyakit yang dideritanya.
- f) Pengobatan simtomatik.
- g) Penanganan terhadap komplikasi-komplikasi yang timbul.
- h) Pengobatan oksigen, bagi yang memerlukan. Oksigen harus diberikan dengan aliran lambat 1-2 liter/menit.
- i) Tindakan rehabilitasi yang meliputi:
- Fisioterapi, terutama bertujuan untuk membantu pengeluaran secret bronkus.
 - Latihan dengan beban olah raga tertentu, dengan tujuan untuk memulihkan kesegaran jasmani.

- Vocational guidance, yaitu usaha yang dilakukan terhadap penderita dapat kembali mengerjakan pekerjaan semula.
- Latihan pernapasan, untuk melatih penderita agar bisa melakukan pernapasan yang paling efektif

2.4 Minyak Kayu putih

2.4.1 Terapi Minyak Kayu Putih

Minyak kayu putih diproduksi dari daun tumbuhan *Melaleuca leucadendra* dengan kandungan terbesarnya adalah eucalyptol (cineole). Hasil penelitian tentang khasiat cineole menjelaskan bahwa cineole memberikan efek mukolitik (mengencerkan dahak), bronchodilating (melegakan pernafasan), anti inflamasi dan menurunkan rata-rata eksaserbasi kasus paru obstruktif kronis dengan baik seperti pada kasus pasien dengan asma dan rhinosinusitis. Selain itu efek penggunaan eucalyptus untuk terapi bronkhitis akut terukur dengan baik setelah penggunaan terapi selama empat hari. (Narayani, 2019).

Minyak kayu putih diproduksi dari daun tumbuhan *Melaleuca leucadendra* dengan kandungan terbesarnya adalah eucalyptol (cineole). Hasil penelitian tentang khasiat cineole menjelaskan bahwa cineole memberikan efek mukolitik (mengencerkan dahak), bronchodilating (melegakan pernafasan), anti inflamasi dan menurunkan rata-rata eksaserbasi kasus paru obstruktif kronis dengan baik seperti pada kasus pasien dengan asma dan rhinosinusitis. Uap minyak esensial dari *Eucalyptus globulus* efektif sebagai antibakteri dan layak dipertimbangkan

penggunaannya dalam pengobatan atau pencegahan pasien dengan infeksi saluran pernapasan (Narayani, 2019).

Menurut (Kusmiati, 2017) menyebutkan bahwa minyak atsiri eucalyptus dapat dimanfaatkan sebagai obat herbal diantaranya untuk mengurangi sesak nafas karena flu atau asma dengan cara mengoleskan pada dada, mengobati sinus dengan cara menghirup uap air hangat yang telah diteteskan minyak eucalyptus serta melegakan hidung tersumbat dengan cara menghirup aroma minyak eucalyptus. Kandungan utama dari tanaman tersebut memiliki khasiat sebagai pengencer dahak, melegakan saluran pernapasan, anti inflamasi dan penekan batuk.

2.4.2 Manfaat Minyak Kayu Putih

2.4.2.1 Meredakan masalah pernapasan Minyak kayu putih dapat meredakan masalah pernapasan, seperti batuk, pilek, sakit tenggorokan, asma, bronkitis, dan sinusitis. Menghirup uap minyak kayu putih juga dapat meringankan pilek dan hidung tersumbat. Hal ini disebabkan oleh kandungan antibakteri dalam minyak kayu putih dapat menghilangkan bakteri pada saluran pernapasan. Selain dengan cara dihirup mengoleskan minyak kayu putih ke bagian dada dan tenggorokan juga mampu meredakan gejala batuk dan pilek. Karena manfaatnya ini, minyak kayu putih pun dapat kita temukan dalam tablet hisap untuk meredakan batuk dan juga dalam inhaler.

2.4.2.2 Menghilangkan nyeri pada persendian Penelitian menunjukkan bahwa minyak kayu putih dapat membantu meringankan nyeri pada persendian. Bahkan, beberapa krim atau salep yang berfungsi untuk meringankan rasa sakit akibat osteoarthritis dan rematoid arthritis mengandung minyak kayu putih.

Uap minyak kayu putih merupakan analgesik dan antiinflamasi. Pemakaian minyak kayu putih direkomendasikan untuk Anda yang menderita rematik, sakit pinggang, terkilir, otot kaku, pegal-pegal, dan nyeri saraf. Mengoleskan minyak kayu putih pada daerah sendi atau otot yang terasa nyeri dan memijatnya dengan lembut dapat membantu meringankan tekanan dan nyeri pada sendi dan otot tersebut. Hal ini karena minyak kayu putih memiliki efek relaksasi pada sistem saraf dan otot. Minyak kayu putih dapat meningkatkan aliran darah pada area yang terasa nyeri sehingga dapat mengurangi peradangan.

2.4.2.3 Melindungi Anda dari serangga dan kutu Aroma kuat yang ditimbulkan oleh minyak kayu putih dapat membuat serangga tidak ingin mendekatinya. Anda dapat mengoleskannya ke kulit Anda dan serangga, termasuk nyamuk, akan menjauhi Anda. Hal ini dapat mencegah Anda dari penyakit yang disebabkan karena gigitan nyamuk, seperti penyakit demam berdarah. Selain untuk mengusir serangga, minyak kayu putih juga berguna untuk mengusir kutu dari rambut Anda. Mengoleskan beberapa tetes minyak kayu putih pada rambut yang berketu mungkin merupakan solusi yang lebih baik daripada menggunakan produk penghilang kutu yang mengandung bahan kimia berbahaya. Bahan kimia berbahaya ini mungkin dapat diserap oleh kulit kepala.

2.4.3 Cara Pemberian Terapi Uap Air Panas Dengan Minyak Kayu Putih

2.4.3.1 Campurkan minyak kayu putih dan air panas

2.4.3.2 Siapkan tempat yang pas untuk melakukan terapi

2.4.3.3 Lakukan pemijatan pada sambil menghirup uap yang keluar, lakukan pemijatan pada punggung secara lembut dan perlahan, sambil memijat, pastikan agar kepala tidak terlalu dekat dengan uap agar ia tidak kepanasan, jaga tangan agar tidak menyentuh air panas

2.5 Asuhan Keperawatan Pada Pasien PPOK

2.5.1 Pengkajian

Proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, penyusunan kriteria hasil, tindakan dan evaluasi. Perawat menggunakan pengkajian dan penilaian klinis untuk merumuskan hipotesis atau penjelasan tentang penyajian masalah aktual atau potensial, risiko dan atau peluang promosi kesehatan. Semua langkah-langkah ini membutuhkan pengetahuan tentang konsep-konsep yang mendasari ilmu keperawatan sebelum pola diidentifikasi sesuai data klinis atau penetapan diagnosis yang akurat (Santoso, 2018).

2.5.1.1 Identitas klien

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

2.5.1.2 Keluhan utama

Biasanya pasien PPOK mengeluh sesak nafas dan batuk yang disertai sputum.

2.5.1.3 Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pasien PPOK mengeluhkan sesak napas, kelemahan fisik, batuk yang disertai dengan adanya sputum.

2.5.1.4 Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya ada riwayat paparan gas berbahaya seperti merokok, polusi udara, gas hasil pembakaran dan mempunyai riwayat penyakit seperti asma (Ikawati, 2016).

2.5.1.4 Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ditemukan ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat alergi (asma) karena asma merupakan salah satu penyebab dari PPOK.

a) Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya pada penderita PPOK terjadi perubahan persepsi dan tatalaksana hidup sehat karena kurangnya pengetahuan tentang PPOK. Biasanya terdapat riwayat merokok karena merokok meningkatkan risiko terjadinya PPOK 30 kali lebih besar (Ikawati, 2016).

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Biasanya pada pasien PPOK terjadi penurunan nafsu makan.

3) Pola eliminasi

Pada pola eliminasi biasanya tidak ada keluhan atau gangguan

4) Pola istirahat dan tidur

Pola tidur dan istirahat biasanya terganggu karena karena sesak.

5) Pola aktifitas dan latihan

Pasien dengan PPOK biasanya mengalami penurunan toleransi terhadap aktifitas. Aktifitas yang membutuhkan mengangkat lengan keatas setinggi toraks dapat menyebabkan kelelahan atau distress pernafasan (Suzanne dalam (Dewi, 2020).

6) Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya pasien merasa cemas dan ketakutan dengan kondisinya.

7) Pola sensori kognitif

Biasanya tidak ditemukan gangguan pada sensori kognitif

8) Pola hubungan peran

Biasanya terjadi perubahan dalam hubungan intrapersonal maupun interpersonal .

9) Pola penanggulangan stress

Biasanya proses penyakit membuat klien merasa tidak berdaya sehingga menyebabkan pasien tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang adaptif.

10) Pola reproduksi seksual

Biasanya pola reproduksi dan seksual pada pasien yang sudah menikah akan mengalami perubahan

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Biasanya adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh mempengaruhi pola ibadah pasien.

b) Pemeriksaan fisik

1) Gambaran umum

Biasanya kesadaran pasien composmentis

2) Secara sistemik dari kepala sampai ujung kaki

- Kepala

Biasanya rambut tidak bersih karena pasien dengan PPOK mengalami penurunan toleransi terhadap aktifitas termasuk perawatan diri.

- Mata

Biasanya mata simetris, sklera tidak ikterik

- Telinga

Biasanya telinga cukup bersih, bentuk simetris dan fungsi pendengaran normal

- Hidung

Biasanya hidung simetris, hidung bersih

- Leher

Biasanya tidak ditemukan benjolan.

- Paru

- Inspeksi

biasanya terlihat klien mempunyai bentuk dada barrel chest
penggunaan otot bantu pernafasan

- Palpasi

biasanya premitus kanan dan kiri melemah

- Perkusi

biasanya hipersonor

- Auskultasi

biasanya terdapat ronchi dan wheezing sesuai tingkat keparahan obstruktif

- jantung

- inspeksi
biasanya ictus cordis tidak terlihat
- palpasi
biasanya ictus cordis teraba
- auskultasi
biasanya irama jantung teratur

- abdomen

- inspeksi
biasanya tidak ada asites
- palpasi
biasanya hepar tidak teraba
- perkusi
biasanya timpany
- auskultasi
biasanya bising usus normal

- ekstremitas

biasanya didapatkan adanya jari tabuh (clubbing finger) sebagai dampak dari hipoksemia yang berkepanjangan (Dewi, 2020).

c) Pemeriksaan Penunjang

- 1) Uji fungsi paru Uji fungsi parumeliputi spirometri sederhana, pengukuran volume paru formal, kapasitas difusi karbonmonoksida (CO) dan gas darah arteri. Uji fungsi paru digunakan untuk mengukur dan merekam 4 komponen paru yaitu saluran napas (besar dan kecil), parenkim paru

(alveoli,interstitial), pembuluh darah paru dan mekanisme pemompaan (Dewi, 2020).

- 2) Pemeriksaan darah Pemeriksaan darah pada pasien PPOK meliputi cek darah rutin yaitu Hb, Hematokrit, dan leukosit. Polisitemia akan timbul sebagai tanda telah terjadi hipoksia kronik ((Masquero, 2018).
- 3) Pemeriksaan radiologi Pada pemeriksaan rontgen thorax AP tampak gambaran hiperlusen, pelebaran sela iga dan pendataran diafragma yang merupakan gambaran dari emfisema. Emfisema merupakan salah satu bentuk PPOK. Pemeriksaan radiologi lain yang memungkinkan dilakukan pada pasien PPOK yaitu computed tomography (CT). berdasarkan penelitian yang di lakukan selama lima tahun pada pasien-pasien 51 penderita PPOK di Jepang ditemukan adanya perburukan gambaran CT-empiesema terkait dengan penurunan nilai VEP (Masquero, 2018).
- 4) Pemeriksaan EEG (Electroenichelopatigram) Banyak ditemukan pasien dengan keluhan sesak nafas seperti PPOK dan asma mengalami gangguan tidur. Jika gangguan tidur ini dia baikan menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien akibat gangguan tidur, maka dapat dilakukan dengan pemberian terapi EEG (Electro enchelopati gram).Sampai saat ini sistem klasifikasi untuk tingkatan tidur yang diterima adalah usulan dari Rechts chaffen dan Kales yaitu dengan pemeriksaan EEG. Pada waktu non rapid eye movement (NREM) sleep gelombang otak makin lambat dan teratur. Tidur makin dalam serta pernafasan menjadi lambat dan teratur. Tidur REM lebih dangkal, ditandai dengan gerakan bola mata cepat di bawah

kelopak mata yang tertutup. Pada waktu REM, orang tidak lagi mendengkur, nafas menjadi tak teratur, aliran darah ke otak bertambah dan temperatur tubuh naik, disertai banyak gerakan tubuh. Gelombang listrik tampak seperti tingkat 1 dari tidur (Masquero, 2018).

2.5.2 Diagnose keperawatan

- 2.5.2.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d spasmen jalan nafas, hipersekresi di jalan nafas, sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi (D.0149)
- 2.5.2.1 Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas, penurunan energi, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru dibuktikan dengan dispnea, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas abnormal (D.0005)
- 2.5.2.3 Gangguan pertukaran gas b.d ketidak seimbangan ventilasi-perfusi dibuktikan dengan dispnea (D.0003)
- 2.5.2.4 Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah dibuktikan dengan akral terasa dingin (D.0009)
- 2.5.2.5 Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan dispnea saat beraktivitas (D.0056)
- 2.5.2.6 Gangguan pola tidur b.d restraint fisik dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur (D.0055)
- 2.5.2.7 Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun (D.0019)
- 6.5.2.8 Kontipasi b.d ketidakcukupan diet dibuktikan dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu (D.0149)

2.5.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada orang dengan PPOK berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnose keperawatan	Tujuan dan criteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, hipersekresi di jalan napas, sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi	<p>Bersihkan jalan nafas: Kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten Setelah dilakukan intervensi keprawatan selama 3 X 24 jam maka Bersihkan Jalan Napas Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi Wheezing menurun 4. Dispnea menurun 5. Gelisah menurun 6. Frekuensi nafas membaik 7. Pola nafas membaik 	<p>Latihan batuk Efektif Defenisi: Melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laring- trakea dan bronkiolus dari sekret atau benda asing di jalan napas</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas 4. Monitor input dan output (mis, jumlah, karakteristik) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi-fowler 2. Pasang pernak dab bengkok di pangkuan pasien 3. Buang sekret di tempat sputum <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan dan tujuan batuk efektif 2. Anjurkan menarik nafas dalam dari hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian elurgan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan selama 8 detik 3. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali 4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke -3 <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberiak mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.

2	<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, penurunan energi, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru dibuktikan dengan dipnea, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas abnormal</p>	<p>Pola Nafas Definisi: Inspirasi dan/atau ekspirasi yang memberikan ventilasi adekuat Setelah dilakukan intervensi keprawatan selama 3 X 24 jam maka pola nafas membaik dengan</p> <p>kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jalan nafas paten 2. Sekret berkurang 3. Frekuensi nafas dalam batas normal 4. Klien mampu melakukan Batuk efektif dengan benar 	<p>Manajemen Jalan Nafas Definisi: mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Teraupeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin- lift (jaw-thrust jika curiga trauma Servikal) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakea 6. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forseps McGill 7. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8. Berikan oksigen , jika perlu <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu Latihan <p>Batuk Efektif Definisi: melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk efektif secara efektif untuk membersihkan laring, trakea dan bronkulus dari sekret atau benda asing di jalan nafas. Tindakan:</p>
---	---	---	---

			<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas 4. Monitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi fowler atau fowler – Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 2. Buang sekret pada tempat sputum <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif - Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik ,ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) 8 detik. 2. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali 3. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu <p>Pemantauan Respirasi</p> <p>Definisi: mengumpulkan dan menganalisis data untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan ke efektifan pertukaran gas.</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi,irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola napas seperti (seperti bradipnea taipnea,hiperventilasi) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan nafas
--	--	--	--

			6. Palpasi kesmetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik : 1. Atur interval pemantauan resprasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan perusedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan , jika perlu
3	Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ toilet secara mandiri	Setelah dilakukannya intervensi keperawatan selama 2 X 24 jam maka perawatan diri meningkat Kriteria Hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan toilet meningkat 5. Mempertahankan keberishan diri meningkat 6. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	Dukungan perawatan diri Defenisi: Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri Tindakan Observasi: 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri\ 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit Terapeutik: 1. Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembap kulit) 2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3. Fasilitaskan menggosok gigi, sesuai kebutuhan 4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi: 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara

			memandikan pasien, jika perlu
4	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, dibuktikan dengan akral terasa dingin	<p>Perfusi perifer</p> <p>Defenisi: Keadeguan aliran darah pembuluh darah distal untuk menunjang fungsi jaringan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka perfusi perifer meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik 6. Tekanan darah sistolik membaik 7. Tekanan darah diastolik membaik 	<p>Perawatan sirkulasi Defenisi: Mengidentifikasi dan merawat area lokal dengan keterbatasan sirkulasi perifer</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi, perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle – brachial index) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, merokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi. 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkkn mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu. 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit

			<p>yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>8. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler</p> <p>9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh , minyak ikan omega 3)</p> <p>10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p>
5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan restraint fisik, hambatan lingkungan, dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur	<p>Pola tidur</p> <p>Defenisi: Keadeguan kualitas dan kuantitas tidur Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka pola tidur membaik</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Istirahat meningkat 4. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Defenisi: Menfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. identifikasi makan dan minum yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. tetapkan jadwal tidur rutin 5. lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. sesuaikan jadwal pemberian obat dan /atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan pentingnya tidur cukup selama

			<p>sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. anjurkan menghindari makanan/minum yang menggugur tidur 4. anjurkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. anjurkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shif bekerja) 6. ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
6	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, dibuktikan dengan dispnea saat	<p>Toleransi Aktivitas Defenisi: Respon fisiologi terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. saturasi oksigen meningkat 2. kemudahan dalam aktivitas sehari-hari meningkat 3. keluhan lelah menurun 4. dispnea saat aktivitas menurun 5. tekanan darah membaik 6. frekuensi napas membaik 	<p>Manajemen energi Defenisi: Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan Tindakan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring

			<p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</p>
7.	Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun	<p>Status nutrisi Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka status nutrisi membaik</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang di habiskan meningkat 2. Persaan cepat kenyang menurun 3. Nyeri abdomen menurun 4. Frekuensi makan mebaik 	<p>Manajemen nutrisi Defenisi: Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu <p>Edukasi:</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi
8.	Kontipasi b.d ketidakcukupan diet dibuktikan dengan defekasi kurang dari 2 kali semiggu	<p>Eliminasi fekal</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka status nutrisi membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. control pengeluaran feses meningkat 2. keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Frekuensi defekasi membaik 	<p>Manajemen konstipasi</p> <p>Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola pencegahan dan mengatasi sembelit atau impaksi</p> <p>Tindakan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala kontipasi 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, benruk, volume, dan warna) 3. Identifikasi faktor penyebab kontipasi (Mis, obat-obatan, tirah baring, dandiet rendah serat) 4. Monitor tanda dan gejala ruptur usus atau peritonitis <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan diet tinggi serat 2. Lakukan masase abdomen 3. Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu 4. Berikan enema ataurigasi, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidakada kontraindiksi 3. Ajarkan cara mengatasi kontipasi/impaksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi penggunaan obat pencahar

Sumber: (Tim Pokja DPP PPNI , 2018)

2.5.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008)

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian terakhir keperawatan yang didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Nursalam, 2008). Evaluasi keperawatan dilakukan dalam bentuk pendekatan SOAP. Evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen yaitu:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan evaluasi keperawatan
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Evaluasi keperawatan

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Nama Pasien	: Ny.S
Umur	: 46 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Status Perkawinan	: Kawin
Suku	: Jambak
Alamat	: Kabun pulasan, Bukittinggi
Diagnosa Medis	: Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
No MR	: 55-95-56
Tanggal MRS	: 20-12-2021
Tanggal Pengajian	: 27-12-2021

3.1.2 Penanggung Jawab

Nama	: Tn. I
Umur	: 45 Tahun
Hubungan	: Suami
Alamat	: Kabun pulasan, Bukittinggi

3.1.3 Status Kesehatan

3.1.3.1 Keluhan Utama

Klien masuk melalui IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan Keluhan sesak nafas semenjak 3 hari yang lalu, sesak awalnya dirasakan saat beraktivitas, sesak semakin memberat 2 jam SMRS.

3.1.3.2 Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat melakukan pengkajian Di Ruang Paru pada tanggal 27-12-2021 klien mengatakan nafas masih sesak, klien terpasang oksigen dengan nasala kanul 4 l/jam, sesak meningkat saat beraktivitas seperti banyak bergerak, klien mengeluh batuk, batuk berdahak, dahak susah keluar karena sudah kental,

warna dahak kehijauan, klien mengeluh nafsu makan menurun, klien mengatakan makan hanya habis $\frac{1}{4}$ porsi, klien mengeluh lidah terasa pahit, klien juga mengatakan susah tidur dan sering kebangun karena nafas sesak, klien juga mengatakan belum BAB semenjak 2 hari yang lalu. vital sign yang di dapatkan saat melakukan pengkajian yaitu TD 155/90 mmHg, HR 76 x/mnt, RR 30 x/mnt, S 36,0 c.

3.1.3.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit PPOK dari tahun 2015 dan sudah 3 kali masuk rumah sakit 2015, 2018 dan sekarang, Klien juga mengatakan mengalami hipertensi semenjak 6 tahun yang lalu. Dan saat ini Ny. S tidak mengkonsumsi obat PPOK.

3.1.3.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak memiliki penyakit keturunan dan tidak ada keluarga yang mengalami sakit yang sama dengan klien.

3.1.3.5 Faktor Pencetus

Faktor pencetus yang terjadi pada Ny.S yaitu akibat dari hipertensi yang di derita.

3.1.3.5 Lama Keluhan

Klien mengatakan keluhan dirasakan 3 hari sebelum masuk rumah sakit.

3.1.3.6 Faktor Pemberat

Faktor pemberat pada Ny.S yaitu usia yang sudah memasuki usia lanjut dan juga riwayat penyakit terdahulu klien yang pernah mengalami hipertensi.

3.1.4 Upaya Yang Dilakukan Untuk Mengatasi

3.1.4.1 Upaya Yang Dilakukan Sendiri

Klien mengatakan upaya yang dilakukan sendiri yaitu banyak istirahat dan mengurangi aktivitas.

3.1.4.2 Upaya Yang Dilakukan Orang Lain

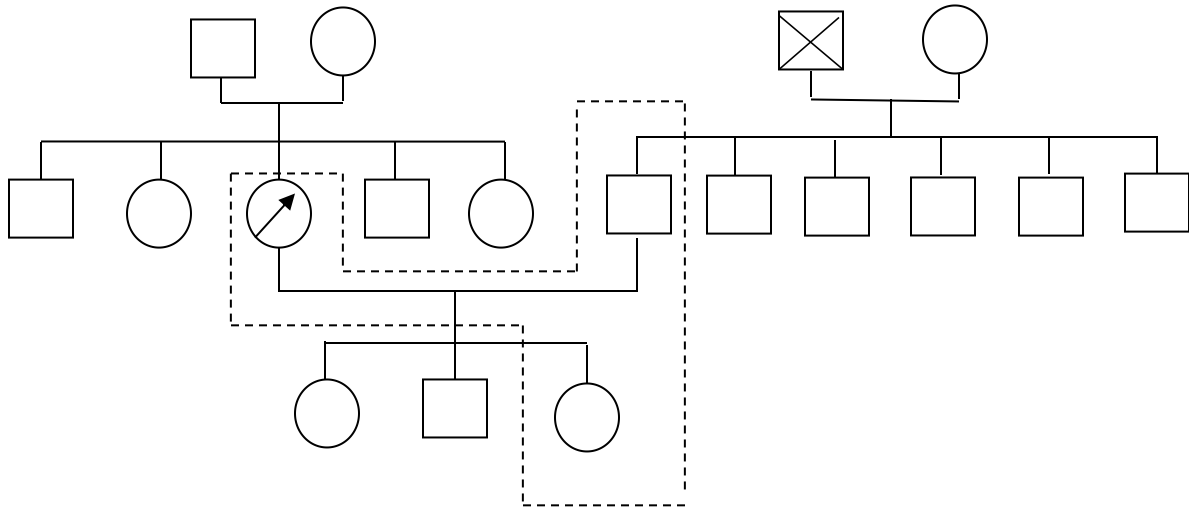
Keluarga Ny.S mengatakan upaya yang dilakukan setelah mengetahui keluhan Ny.S yaitu langsung membawa ke RS untuk mendapatkan pertolongan.

3.1.5 Diagnosa Medis

PPOK

3.1.6 Genogram

Skema 3.1 Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊠ : Sudah Meninggal

⊙ : Pasien

----- : Tinggal Satu Rumah

3.1.7 Aktivitas sehari-hari

Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Dirumah	Dirumah sakit
1	Pola nutrisi a. Frekuensi makan:	- 3x/hari	- 3x sehari sesuai dengan

	<p>b. Diit:</p> <p>c. Makan yang disukai:</p> <p>d. Nafsu Makan:</p> <p>e. porsi yang dihabiskan</p> <p>Cairan</p> <p>a. intake cairan</p> <p>b. minuman yang disukai</p>	<p>- Keluarga mengatakan klien menyukai makanan yang lunak karena sudah tua</p> <p>- Keluarga mengatakan pasien tidak menyukai makan yang berat</p> <p>- nafsu makan pasien baik, pasien tidak menjadi penurunan berat badan sejak 3 bulan yang lalu</p> <p>- 1 porsi</p> <p>- Minum air ± 8 gelas perhari</p> <p>- Minum yang disukai jus</p>	<p>jadwal makan rumah sakit</p> <p>- Diet Keluarga mengatakan diet pasien selama di rumah sakit yaitu ML (makanan Lunak) keluarga mengatakan klien menyukai makanan lunak</p> <p>- nafsu makan menurun</p> <p>- porsi yang habis ¼ porsi di rs</p> <p>- intake cairan minum lebih kurang 2 liter/ hari</p>
2	<p>Pola eliminasi BAB</p> <p>a. Frekuensi:</p>	<p>- 1x sehari</p>	<p>- belum BAB selama 2 hari</p>

	<p>b. Pencahar:</p> <p>c. Waktu:</p> <p>d. warna :</p> <p>e. konsites:</p> <p>BAK</p> <p>a. Frekuensi :</p> <p>b. Warna:</p> <p>c. Bau:</p> <p>d. Urin output:</p>	<p>- tidak ada</p> <p>- keluarga mengatakan biasanya BAB di pagi hari.</p> <p>- BAB pasien tampak berwarna</p> <p>- Konsintes : biasa</p> <p>- 4 – 6 kali sehari</p> <p>- kuning</p> <p>- kas</p>	<p>- Pencahar: dulcolax 5 mg</p> <p>- Frekuensi: klien terpasng kateter</p> <p>- Warna : kuning pekat</p> <p>- Bau : kas</p> <p>- 800 cc</p>
3	<p>Pola tidur dan istirahat</p> <p>a. Waktu tidur:</p> <p>b. Kebiasaan sebelum tidur:</p> <p>c. Kesulitan dalam tidur:</p>	<p>- jam 21.00 wib Keluarga mengatakan klien tidur setelah isya sampai jam 5 subuh. Lama: 6-9 jam</p> <p>- keluarga mengatakan sebelum tidur klien baca doa dan ayat-ayat alquraan</p> <p>- tidak ada.</p>	<p>- keluarga mengatakan klien mengalami susah tidur dan waktu tidur tidak menentu.</p> <p>- Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam</p> <p>- keluarga mengatakan sebelum tidur klien baca doa dan ayat-ayat al-quran</p> <p>- Klien mengatakan sering terbangun karena nafas sesak</p>
4	<p>Personal hygein</p> <p>a. Gosok gigi</p>	<p>- 2 x sehari pagi dan sore hari</p>	<p>- Gosok gigi Frekuensi kadang-kadang, gosok</p>

	b. Mandi	- 2 x sehari, pagi dan sore hari, menggunakan sabun	gigi di tempat tidur di bantu keluarga - Mandi Selama dirawat di RS Klien mengatakan belum ada mandi
	c. keramas	- Keramas Sekali 2 hari menggunakan shampoo	

3.1.8 Pola Presepsi Dan Konsep Diri

3.1.8.1 Gambaran Diri

Klien mengatakan klien bisa menerima dengan keadaan fisik tubuhnya saat ini.

3.1.8.2 Harga Diri

Klien mengatakan harga dirinya semakin bertambah karena keluarganya memberikan dukungan kepada klien.

3.1.8.3 Peran

Klien mengatakan perannya saat ini adalah sebagai seorang ibu dan seorang istri

3.1.8.4 Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan dapat menjalani fungsi dengan baik.

3.1.8.5 Identitas

Klien mengatakan menyadari identitasnya sebagai seorang ibu dan seorang istri bagi suaminya dan anak-anaknya.

3.1.8.6 Pola Peran dan Hubungan

Klien mengatakan perannya saat ini adalah seorang ibu dan istri dari suaminya. Hubungan klien dengan orang terdekat tidak mengalami masalah. Saat di rumah sakit klien juga berinteraksi baik dengan keluarga dan warga di sekitar tempat tinggal.

3.1.8.7 Pola reproduksi dan seksualitas

Klien sudah menikah satu kali, memiliki 3 orang anak. Klien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat gangguan reproduksi.

3.1.8.8 Pola coping dan stress

Klien mengatakan apabila ada masalah pasti di diskusikan dengan keluarganya dan maupun saudara saudara terdekatnya. Klien menyelesaikan masalahnya dengan musyawarah. klien terlihat cemas dan stress akan penyakit

3.1.8.9 Pola Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan klien beragama Islam dan selalu taat dalam menjalankan kewajiban sholatnya walaupun ditempat tidur.

3.1.9 Pemeriksaan Fisik

3.1.9.1 keadaan umum

kesadaran: Composmentis

GCS : 15 E:6 M:5 V:4

3.1.9.2 Tanda-tanda vital

- TD: 155/90 mmHg.

- N: 76x/menit

- R: 30 x/mnt

- S: 36°C

3.1.9.3 Berat badan

- sebelum sakit: 60 kg

- setelah sakit: 60 kg

3.1.9.4 Pemeriksaan Heat toe toe

a) Kepala : Bentuk kepala mesocephal, rambut sudah beruban, rambut lepek, kepala sedikit kotor, ada ketombe dan tidak ada lesi

b) Mata : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan kabur, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, tidak ada udem di sekitar mata.

- c) Hidung : Hidung kiri kanan simetris, hidung bersih, tidak ada secret, tidak ada pembesaran polip, fungsi penciuman normal. Terpasang oksigen 4 l/mnt
- d) Mulut : Lidah kotor, mukosa lembab, tidak ada karang gigi, gusi baik tidak ada pendarahan
- e) Telinga : Bersih, simetris kiri dan kanan, tidak ada gangguan pendengaran
- f) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran limfe nodus. Tidak ada peningkatan JVP
- g) Paru-paru :
 - Inspeksi : Bentuk dada simetris, pengembangan dada sama, frekuensi nafas 30 x/mnt,
 - Palpasi : Vocal fremitus kanan dan kiri sama getarannya, tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi : di temukan sonor di sisi kiri
 - Auskultasi : ronchi
- h) Jantung
 - Inspeksi : simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran jantung
 - Palpasi : Incus kordis teraba
 - Perkusi : Suara redup
 - Auskultasi : Bunyi jantung vesikuler, irama teratur
- i) Abdomen
 - Inspeksi : Perut simetris, tidak ada bekas luka, dengan diameter 30 cm
 - Auskultasi : Peristaltik usus 10x/i
 - Palpasi : Abdomen supel, hati dan limfe tidak teraba, nyeri tekan (-)
 - Perkusi : Timpani
- j) Genitalia :
 - Tidak ada gangguan pada genitalia.
 - terpasang kateter
- k) Ekstremitas:
 - Terpasang infus pada tangan kiri dengan cairan Asering 12 tpm.
 - Turgor kulit <2 detik

3.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Labor

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Hari atau tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil (satuan)	Normal
-12-2021	WBC	3.2 k/ul	1-10 ribu q/dl
	Lym	27,3%	20-40%
	Mid	1,5 k/ul	1-10%
	GRA	64,2%	40-80%
	RBC	5,32m/ul	4,5-5,0 g/c
	HGB	16,9 g/dl	14-16 q/dl
	HCT	47,2%	40-48%
	MCV	88.8 ft	80-99ft
	MCH	30.1pg	26,50-33,5 pg
	MCHC	33,9 g/dl	32,9-36,0%
	PLT	232 k/ul	150-450 rim/mm ³

Pemberian terapi

Tabel 3.3 Terapi yang diberikan

Hari/tanggal	Obat	Dosis	Rute
27-12-2021	Infus asering	12 tpm	IV
	Inj cefotaxcim	2x 125 gram	IV
	Inj Methylprednisolon	2x 25 gram	IV
	Inj lasix	1x 20 gram	IV

	Valsatran	1x 80 gram	IV
	Vectrine kapsul	3x300 ml	Oral
	Nebu combiven	2,1/2 ml/ 8 Jam	Inheler
	Dulkolax	5 mg	Oral

3.1.11 Data Fokus

Data Subjektif:

- a. Klien mengatakan sesak nafas meningkat saat banyak beraktifitas
- b. Klien mengatakan batuk berdahak
- c. Klien mengatakan dahak susah dikeluarkan karna sudah kental
- d. Klien mengatakan badan lemas dan susah untuk beraktifitas
- e. Klien mengatakan aktivitas di bantu perawat dan keluarga
- f. Klien mengatakan nafsu makan menurun
- g. Klien mengatakan makan hanya habis ¼ porsi
- h. Klien mengatakan lidah terasa pahit
- i. Klien mengatakan tidak ada BAB semalam 2 hari
- j. Klien mengatakan susah tidur
- k. Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam
- l. Klien mengatakan sering terbangun
- m. Klien mengatakan selama di rs belum ada keramas
- n. Klien mengatakan selama di rs belum ada mandi

Data Objektif:

- a. Klien tampak sesak pernafasan klien 30 x/menit klien terpasang oksigen dengan nasakanul 4 l/menit
- b. Klien tampak batuk berdahak, dahak sudah kental dan berwarna kehijauan
- c. Ronkhi di paru saat akhir inspirasi dan ekspirasi
- d. Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur
- e. Klien tampak sering terbangun sewaktu tidur
- f. Makan habis ¼ dari porsi, diit yang di berikan ML

- g. Klien tampak meminum obat bab Dulkolax 5 mg
- h. Klien belum ada BAB sudah dua hari
- i. Aktivitas tampak dibantu keluarga dan perawat.
- j. Lidah klien tampak kotor karna jarang membersihkan mulut
- k. Kepala tampak sedikit kotor, rambut lepek dan ada ketombe
- l. Badan bau keringat
- m. Tanda-tanda vital - TD: 155/90 mmHg. - R: 30 x/mnt - S: 36 °C - N: 76x/menit
- n. Hasil pemeriksaan lab yang abnormal:
 - Red bloodcel/ hitung sel darah merah meningkat yaitu 5,32m/ul
 - Hemoglobin/HGB meningkat yaitu 16,9 g/dl

3.1.12 Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data focus	Problem	Etiologi
1.	Ds: - Klien mengeluh batuk berdahak - Klien mengatakan dahak susah keluar karena sudah kental Do: - Klien tampak batuk - Klien tampak letih - Auskultasi: suara ronkhi di paru - Sputum kental dan berwarna kehijauan	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Sekresi yang tertahan
2.	Ds: - Klien mengatakan sesak nafas - Klien mengatakan sesak bertambah saat	Pola nafas tidak efektif	Hambatan upaya napas

	<p>beraktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badan lemas <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sesak - Klien terpasang oksigen 4 l/jam - Klien tampak lemas - Frekuensi nafas 30 x/mnt - Tanda-tanda vital <p>TD: 155/90 mmHg. R: 30 x/mnt S: 36 °C N: 76x/menit</p>		
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nafsu makan menurun - Klien mengatakan lidah pahit <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makanan tampak tidak habis karna nafsu makan klien menurun - Sisa makanan ¼ porsi rumah sakit 	Defisit nutrisi	Kurangnya asupan makanan
4.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan susah tidur - Klien mengatakan aktivitas di bantu <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berbaring 	Intoleransi aktivitas	ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

	<p>lemah di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas klien tampak di bantu 		
5.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan susah tidur - Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam - Klien mengatakan sering terbangun <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengantuk - Klien tampak sering terbangun sewaktu tidur 	Gangguan pola tidur	Kurangnya control tidur
6.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan selama di rawat belum ada mandi - Klien mengatakan selama di rawat belum ada kemas <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rambut klien terasa lepek, kepala sedikit kotor - Tampak ada ketombe - Badan bau keringat 	Defisit perawatan diri	Kelemahan
7.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nafsu makan menurun - Klien mengatakan makan hanya habis ¼ porsi - Klien mengatakan tidak 	Kontipasi	ketidacukupan diet

	<p>ada BAB selama 2 hari</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makanan tampak tidak habis, Cuma habis ¼ dari porsi yang di berikan, - Klien tampak meminum obat bab Dulcolax 5 mg - Klien belum ada BAB sudah dua hari 		
--	---	--	--

3.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih (D.0149)
- b. Pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak edkuat keseluruh tubuh dibuktikan dengan sesak nafas (dispnea) (D.0005)
- c. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun (D.0019)
- d. Intolernasi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan sesak nafas saat beraktivitas. (D.0056)
- e. Gangguan pola tidur b.d restraint fisik dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur (D.0055)
- f. Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/toilet secara mandiri . (D.0109)
- g. Kontipasi b.d ketidakcukupan diet dibuktikan dengan tidak ada BAB (D.0049)

3.3 Intervensi keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intrevensi Keperawatan (SIKI)
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasmen jalan nafas, hpersekresi dijalan nafas, dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, ronkhi (D.0149)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka bersihan jalan napas meningkat Kriteria Hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi Wheezing menurun 4. Dispnea menurun 5. Gelisah menurun 6. Frekuensi nafas membaik 7. Pola nafas membaik	Latihan batuk Efektif (I.01106) Defenisi: Melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laringtrakea dan bronkiolus dari sekret atau benda asing dijalan napas Tindakan Observasi: 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas 4. Monitor input dan output (mis, jumlah, karakteristik) Terapeutik 1. Atur posisi semi-fowler 2. Pasang perlak dan bengkok di pangkuan psien 3. Buang sekret di tempat sputum Edukasi 1. Jelaskan dan tujuan batuk efektif 2. Anjurkan menarik nafas dalam dari hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian elurgan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan selama 8 detik 3. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali 4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke -3 Kolaborasi

			1. Kolaborasi pemberiak mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.
2	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas dibuktikan dengan dipnea, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas abnormal (D.0005)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka pola napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Jalan nafas paten 2. Sekret berkurang 3. Frekuensi nafas dalam batas normal 4. Kilen mampu melakukan Batuk efektif dengan benar	Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Definisi: mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas Tindakan : Observasi : 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Teraeutik: 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin- lift (jawthrust jika curiga trauma Servikal) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakea 6. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsepMcGill 7. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8. Berikan oksigen , jika perlu Edukasi: 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari,jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator,

			ekspetoran, mukolitik, jika perlu
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (D.0019)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka status nutrisi membaik</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang di habiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 5. Pengetahuan tentang makanan yang sehat meningkat 6. Perasaan cepat kenyang menurun 7. Nyeri abdomen menurun 8. Frekuensi makan membaik 	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Defenisi: Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Identifikasi status nutrisi 10. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 11. Identifikasi makanan yang disukai 12. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 13. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 14. Monitor asupan makanan 15. Monitor berat badan 16. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 8. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 9. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 10. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 11. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 12. Berikan suplemen makanan, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan posisi duduk, jika mampu

			<p>4. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>2. Kolaborasi dengan ahli gizi</p>
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan dispnea saat (D.0056)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saturasi oksigen meningkat 2. Kemudahan dalam aktivitas sehari-hari meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Dispnea saat aktivitas menurun 5. Tekanan darah membaik 6. Frekuensi napas membaik 	<p>Manajemen energi (1.05178)</p> <p>Defenisi: Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara

			<p>bertahap</p> <p>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
5	Gangguan pola tidur b.d kurangnya control tidur (D.0055)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka pola tidur membaik</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Istirahat meningkat 4. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Defenisi: Menfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. identifikasi pola aktivitas dan tidur 6. identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 7. identifikasi makan dan minum yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 8. identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 8. batasi waktu tidur siang, jika perlu 9. fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 10. tetapkan jadwal tidur rutin 11. lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi

			<p>akupresur)</p> <p>12. sesuaikan jadwal pemberian obat dan /atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. anjurkan menghindari makanan/minum yang menggugur tidur 4. anjurkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. anjurkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shif bekerja) 6. ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
6.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ toilet secara mandiri. (D.0109)	<p>Setelah dilakukannya intervensi keperawatan selama 2 X 24 jam maka perawatan diri meningkat</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan toilet meningkat 5. Mempertahankan keberishan diri meningkat 6. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Defenisi: Menfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri Tindakan</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri\ 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo,

			<p>pelembap kulit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3. Fasilitaskan menggosok gigi, sesuai kebutuhan 4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
7.	Kontipasi b.d ketidakcukupan diet (D.0049)	<p>Eliminasi fekal (L.04033) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka konstipasi membaik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. control pengeluaran feses meningkat 2. keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Frekuensi defekasi membaik 	<p>Manajemen konstipasi (I.04155)</p> <p>Definisi: Mengidentifikasi dan mengelolah pencegahan dan mengatasi sembelit atau impaksi</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala kontipasi 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, benruk, volume, dan warna) 3. Identifikasi faktor penyebab kontipasi (Mis, obat-obatan, tirah baring, dandiet rendah serat) 4. Monitor tanda dan gejala rupture usus atau peritonitis <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan diet tinggi serat 2. Lakukan masase abdomen 3. Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu

			<p>4. Berikan enema atau irigasi, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi 3. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu
--	--	--	---

Sumber: (Tim Pokja DPP PPNI, 2018)

3.4 CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny. S

ruangan : Paru

Umur : 46 tahun

hari/tanggal : 27-12-2022

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Bersihkan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas ditandai dengan batuk tidak efektif, ronchi dan sputum berlebih	27/12/2021	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi melakukan latihan yang di ajarkan yaitu inhalasi uap air panas 2. Memonitor frekuensi pernafasan sebelum dan sesudah melakukan inhalasi uap, sebelum latihan dahak sulit keluar dan setelah latihan dahak sudah mulai keluar <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan lingkungan yang tenang 2. Mengatur posisi nyaman 	<p>9:30</p> <p>9:40</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan masih batuk - klien mengatakan dahak sudah mulai keluar - klien mengatakan posisi nyaman setengah duduk - Klien mengatakan melakukan terapi inhalasi uap menggunakan aromaterapi minyak kayu putih <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak melakukan terapi 	

			<p>pasien dan rileks yaitu semi fowler</p> <p>3. Mengajarkan terapi inhalasi menggunakan aromaterapi minyak kayu putih</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menjelaskan manfaat dari terapi inhalasi uap menggunakan aromaterapi minyak kayu putih</p>	10.00	<p>inhalasi uap menggunakan aromaterapi minyak kayu putih</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak batuk berdahak, warna kehijauan, agak sedikit kental - klien tampak sesak dengan frekuensi nafas 25 x/mn <p>A: berisihan jalan nafas sedang P: intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6)</p>	
2	Pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak edkuat keseluruh tubuh ditandai dengan sesak nafas (dyspnea)	27/12/2021	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola nafas 2. Memonitor bunyi nafas tambahan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan kepatenan jalan nafas 2. Memposisikan semifowler atau fowler 3. Memberikan minuman hangat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan asupan cairan 200ml/hari 2. Menganjurkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkolaborasi pemberian obat melalui nebulizer combiven 	<p>10.10</p> <p>10.15</p> <p>10.25</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih sesak nafas - Klien mengatakan sesak bertambah ketika beraktivitas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak batuk - frekuensi nafas 30x/mnt - klien tampak melakukan batuk efektif yang di ajarkan - klien minum 150ml/hari <p>A: pola nafas sedang P: Intervensi dilanjutkan</p>	

3	Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan		<p>Observasi: 1. Menonitor berat badan</p> <p>Terapeutik: 1. Menganjurkan makan sedikit tapi sering</p> <p>Edukasi: 1. Mengingatnkan program diit.</p> <p>Kolaborasi: 1. Mengkolaborasi dengan ahli gizi</p>	<p>09:32</p> <p>09:35</p> <p>09:40</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nafsu makan masih menurun - klien mengatakan makan Cuma habis ¼ porsi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - msksn klien tsmpsk tidak habis - BB: 60 Kg - Diit ML rendah garam <p>A: status nutrisi cukup menurun</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
4	Intolernasi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan sesak nafas saat beraktivitas.		<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi gangguan fungsi yang menyebabkan kelelahan 2. memonitor kelelahan fisik dan emosional 3. memonitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. membantu keperluan klien 3. memfasilitasi duduk disisi tepat tidur, jika tidak dapat terpisah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menganjurkan tirah baring 2. menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 	<p>09.30</p> <p>09.40</p> <p>09.50</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga dan perawat - Klien mengatakan mudah lelah - Klien mengatakan tidur sering terbangun karena sesak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak terbaring di tempat tidur - aktivitas tampak sebagian masih dibantu <p>A: toleransi aktivitas cukup menurun</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	

			<p>3. menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>			
5	Gangguan pola tidur b.d kurangnya control tidur dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur		<p>Observasi:</p> <p>1. mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</p> <p>2. menyesuaikan jadwal pemberian obat dan /atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p> <p>Edukasi</p> <p>1. ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya perawatan diri pasien</p>	09.30 09.40 09.50	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih sulit tidur - Klien mengatakan suka terbangun ketika tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien lemah - Klien tampak mengantuk <p>A:</p> <p>Pola tidur sedang</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
6.	Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ toilet secara mandiri.		<p>Observasi:</p> <p>1. Menanyakan pasien sudah mandi atau belum</p> <p>2. Menganjurkan pasien mandi</p> <p>3. Mendampingi pasien</p>	07.30	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah mandi - Klien mengatakan badan sudah segar <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah bersih dan rapi 	

					- Keluarga tampak mendampingi klien A: Perawatan diri meningkat P: Intervensi dihentikan
7.	Kontipasi b.d ketidakcukupan diet dibuktikan dengan tidak ada BAB		<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memeriksa tanda dan gejala kontipasi 2. mengidentifikasi faktor penyebab kontipasi (Mis, obat-obatan, tirah baring, dandiet rendah serat) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menganjurkan diet tinggi serat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menjelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 2. menganjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidakada kontraindiksi 3. mengajarkan cara mengatasi kontipasi/impaksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengkolaborasi penggunaan obat pencahar dulkolax 5mg. 	<p>07.15</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan sudah BAB - klien mengatakan pengeluaran BAB tidak sulit <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - abdoemen tidak teraba keras - bising usus 10x/i <p>07.25</p> <p>A:</p> <p>Kontinensia fekal meningkat</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <p>07.35</p>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny. S

ruangan : Paru

Umur : 46 tahun

hari/tanggal : 28/12/2021

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Implemtasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Bersihkan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas ditandai dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih	28/12/2021	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengobservasi melakukan inhalasi uap menggunakan minyak kayu putih yang di ajarkan Memonitor frekuensi pernafasan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyediakan lingkungan yang tenang Mengatur posisi nyaman pasien Menendampingi klien melakukan inhalasi uap minyak kayu putih <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan klien melakukan inhalasi uap menggunakan aromaterapi minyak kayu putih telah di ajarkan 	<p>9:00</p> <p>9.10</p> <p>9.40</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan masih batuk klien mengatakan dahak sudah keluar Klien mengatakan melakukan inhalasi uap menggunakan aromaterapi minyak kayu putih <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> klien tampak melakukan inhalasi uap menggunakan aromoterapi minyak kayu putih frekuensi nafas 20 x/mn terpasang oksigen 2 l/i <p>A: Bersihan jalan nafas meningkat</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6</p>	
2	Pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak edkuat keseluruh tubuh ditandai dengan sesak nafas (dyspnea)		<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor pola nafas Memonitor bunyi nafas tambahan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan kepatenan jalan nafas Memposisikan semifowler 	<p>9.00</p> <p>9.10</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sesak nafas sudah berkurang Klien mengatakan sesak mulai berkurang ketika tidak beraktivitas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> klien tampak batuk 	

			<p>atau fowler</p> <p>3. Memberikan minuman hangat</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Mengajukan asupan cairan 200ml/hari</p> <p>2. Mengajukan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian obat melalui nebulizer combiven</p>	9.20	<p>- frekuensi nafas 20 x/mnt</p> <p>- klien tampak melakukan batuk efektif yang di ajarkan</p> <p>- klien minum 250ml/hari</p> <p>A: Pola nafas meningkat</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>O:1,2 T:3 E:1,2 K:1</p>	
3	Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan		<p>Observasi:</p> <p>1. Menonitor berat badan</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Mengajukan makan sedikit tapi sering</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Mengingatkan program diit.</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Mengkolaborasi dengan ahli gizi</p>	<p>10.00</p> <p>10.10</p> <p>10.15</p>	<p>S:</p> <p>- klien mengatakan makan sedikit-sedikit tapi sering</p> <p>- klien mengatakan makan yang habsi sudah meningkat dari hari yang kemaren</p> <p>O:</p> <p>- klien tampak makan sedikit tapi sering</p> <p>- BB: 60 Kg</p> <p>- Diit ML rendah garam</p> <p>- Porsi makan yang diberikan hampir habis</p> <p>A: Status nutrisi cukup meningkat</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4</p>	
4	Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan sesak nafas saat beraktivitas.	28/12/2021	<p>Observasi:</p> <p>1. Monitor pola dan jam tidur yaitu klien tidur tidak teratur dan sering terbangun kerana sesak</p>	10.20	<p>S:</p> <p>- Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas</p> <p>O:</p> <p>- Klien tampak sudah</p>	

			<p>nafas</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (yaitu dengan membatasi pengunjung) 2. Membantu keperluan klien 3. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan tirah baring 2. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Mengajarkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 	<p>10.30</p> <p>10.40</p>	<p>melakukan aktivitas</p> <p>A: Toleransi aktivitas meningkat</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>O: 1,T: 1,2 E:1,2</p>	
5	Gangguan pola tidur b.d kurangnya control tidur dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur		<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. menyesuaikan jadwal pemberian obat dan /atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ajarkan relaksasi otot 	<p>10.50</p> <p>10.55</p> <p>11.10</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak segar - Klien tampak tidak mengantuk <p>A: Pola tidur meningkat</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1,2,3,4,5</p>	

			autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya perawatan diri pasien			
--	--	--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny. S

ruangan : Paru

Umur : 46 tahun

hari/tanggal : 29/12/2021

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Implemtasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.					Pada hari ke tiga intervensi dihentikan karena pasien pulang.	

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisis Masalah Keperawatan Dengan Konsep Kasus Terkait

Langkah pertama yang harus dilakukan penulis dalam melakukan pengkajian terhadap pasien adalah mengkaji identitas pasien, keluhan yang dialami pasien, gejala klinis factor resiko, menetapkan diagnosa keperawatan, membau intervensi, melakukan implementasi sampai pada evaluasi pada pasien PPOK.

Pengkajian dilakukan kepada Ny. S dengan diagnose PPOK, dilakukan pengkajian sejak tanggal 27 Desember 2021. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 27 Desember 2021 keluhan utama klien mengatakan sesak nafas semenjak 3 hari yang lalu, sesak awalnya dirasakan saat beraktivitas, sesak semakin memberat 2 jam SMRS. Riwayat kesehatan sekarang yaitu Saat melakukan pengkajian Di Ruang Paru pada tanggal 27-12-2021 klien mengatakan nafas masih sesak, klien terpasang oksigen dengan nasala kanul 4 l/jam, sesak meningkat saat beraktivitas seperti banyak bergerak, klien mengeluh batuk, batuk berdahak, dahak susah keluar karena sudah kental, warna dahak kehijauan, klien mengeluh nafsu makan menurun, klien mengatakan makan hanya habis $\frac{1}{4}$ porsi, klien mengeluh lidah terasa pahit, klien juga mengatakan susah tidur dan sering kebangun karena nafas sesak, klien juga mengatakan belum BAB semenjak 2 hari yang lalu. vital sign yang di dapatkan saat melakukan pengkajian yaitu TD 155/90 mmHg, HR 76 x/mnt, RR 30 x/mnt, S 36,0 c. Masalah keperawatan khususnya pada kasus PPOK secara teori terdapat 8 diagnosa yang muncul yaitu: Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d spasmen jalan nafas, hpersekresi di jalan nafas, sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi, Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas, penurunan

energi, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru dibuktikan dengan dispnea, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas abnormal, Gangguan pertukaran gas b.d ketidak seimbangan ventilasi-perfusi dibuktikan dengan dispnea, Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah dibuktikan dengan akral terasa dingin, Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan dispnea saat beraktivitas, Gangguan pola tidur b.d restraint fisik dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun, Kontipasi b.d ketidakcukupan diet dibuktikan dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu.

Sedangkan pada data yang didapatkan klien Ny. S muncul 7 diagnosa yaitu: Bersihan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih, Pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak edekuat keseluruh tubuh dibuktikan dengan sesak nafas (dispnea), Intolernasi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan sesak nafas saat beraktivitas, Resiko defisit nutrisi b.d Ketidak mampuan mencerna makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun, Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ toilet secara mandiri, Gangguan pola tidur b.d restraint fisik dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, Kontipasi b.d ketidakcukupan diet dibuktikan dengan tidak ada BAB.

Diagnosa keperawatan yang didapatkan dari hasil pengkajian Ny. S yang pertama adalah Bersihan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih. Dari hasil pengkajian didapatkan klien mengatakan batuk berdahak, klien mengatakan dahak susah keluar karena sudah kental. Dari masalah

keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan Bersihan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronchi dan sputum berlebih penulis tertarik melakukan terapi inhalasi uap menggunakan aromaterapi minyak kayu putih untuk mengurangi produksi sputum, dan bersihan jalan nafas efektif. Sedangkan diagnosa keperawatan kedua Pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak adekuat keseluruhan tubuh dengan data subjektif klien mengatakan sesak nafas, klien mengatakan sesak bertambah saat beraktivitas, klien mengatakan badan lemas. Dan data objektif klien tampak sesak, klien terpasang oksigen 4 l/jam. Sedangkan diagnosa ketiga didapatkan Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan data subjektif klien mengatakan badan lemas dan susah untuk beraktivitas, klien mengatakan aktivitas di bantu perawat dan keluarga dan data objektif Aktivitas klien tampak di bantu. Sedangkan diagnosa keempat Resiko defisit nutrisi b.d Ketidak mampuan mencerna makanan dengan data subjektif klien mengatakan nafsu makan menurun, klien mengatakan lidah pahit dan data objektif makanan tampak tidak habis karna nafsu makan klien menurun, sisa makanan $\frac{1}{4}$ porsi rumah sakit. Sedangkan diagnosa kelima Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ toilet secara mandiri sedangkan diagnosa keenam Gangguan pola tidur b.d restraint fisik dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, sedangkan diagnosa ketujuh Kontipasi b.d ketidakcukupan diet dengan data subjektif klien mengatakan tidak ada BAB selama 2 hari, dan data objektif klien mengatakan, makanan tampak tidak habis, Cuma habis $\frac{1}{4}$ dari porsi yang di berikan, klien tampak meminum obat bab Dulcolax 5 mg.

Setelah didapatkan diagnosa keperawatan maka tersusunlah rencana tindakan keperawatan, dimana pada kasus ini rencana tindakan diambil berdasarkan standard

intervensi Indonesia (SIKI). Diagnosa pertama yaitu Bersihan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih, dengan tujuan intervensi bersihan jalan nafas meningkat, batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, mengi Wheezing menurun, dispnea menurun, gelisah menurun, frekuensi nafas membaik, pola nafas membaik. Rencana intervensi Observasi: Identifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas, monitor input dan output (mis, jumlah, karakteristik) Terapeutik: Atur posisi semi-fowler, pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien, buang sekret di tempat sputum Edukasi: jelaskan dan tujuan batuk efektif, anjurkan menarik nafas dalam dari hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluar dari mulut dengan bibir mencucut (dibulatkan selama 8 detik), anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke -3 Kolaborasi: kolaborasi pemberiak mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.

Intervensi diagnosa kedua Pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak edekuat keseluruhan tubuh dibuktikan dengan sesak nafas (dispnea) dengan tujuan intervensi pola nafas membaik dengan kriteria hasil: Jalan nafas paten, sekret berkurang, frekuensi nafas dalam batas normal, klien mampu melakukan batuk efektif dengan benar. Observasi: Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), Monitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), Monitor sputum (jumlah, warna, aroma), Teraapeutik: Pertahankan kapatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin- lift (jawthrust jika curiga trauma Servikal), Posisikan semi-fowler atau fowler, Berikan minum hangat, Lakukan fisioterapi dada, jika perlu, Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakea, Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsepMcGill, Lakukan penghisapan

lendir kurang dari 15 detik, Berikan oksigen , jika perlu Edukasi:Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari,jika tidak kontraindikasi, Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi: Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu.

Intervensi diagnosa ketiga Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan sesak nafas saat beraktivitas dengan tujuan intervensi toleransi aktivitas meningkat Kriteria hasil: Saturasi oksigen meningkat, Kemudahan dalam aktivitas sehari-hari meningkat, Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun, Tekanan darah membaik, Frekuensi napas membaikObservasi: Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas, Terapeutik: Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan), Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan, Edukasi: Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, Kolaborasi: Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Intervensi diagnosa keempat Resiko defisit nutrisi b.d Ketidak mampuan mencerna makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun dengan tujuan intervensi status nutrisi membaik Kriteria Hasil: Porsi makanan yang di habiskan meningkat, Perasaan cepat kenyang menurun, Nyeri abdomen menurun, Frekuensi makan membaik Observasi: Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, Identifikasi perlunya

penggunaan selang nasogastrik, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, Terapeutik:Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan), Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen makanan, jika perlu, Edukasi: Anjurkan posisi duduk, jika mampu, Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu, Kolaborasi dengan ahli gizi

Intervensi diagnosa kelima Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ toilet secara mandiri dengan tujuan maka perawatan diri meningkat Kriteria Hasil: Kemampuan mandi meningkat, Kemampuan mengenakan pakaian meningkat, Kemampuan makan meningkat, Kemampuan toilet meningkat, Mempertahankan keberishan diri meningkat, Mempertahankan kebersihan mulut meningkat Observasi: Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri, Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku), Monitor integritas kulit, Terapeutik: Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembap kulit), Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman, Fasilitaskan menggosok gigi, sesuai kebutuhan, Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan, Pertahankan kebiasaan kebersihan diri, Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian, Edukasi:Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan, Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu.

Intervensi diagnosa keenam Gangguan pola tidur b.d restraint fisik dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur dengan tujuan pola tidur membaik Kriteria Hasil: Keluhan sulit

tidur menurun, Keluhan sering terjaga menurun, Istirahat meningkat, Kemampuan beraktivitas meningkat
Observasi: identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), identifikasi makan dan minum yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
Terapeutik: modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), batasi waktu tidur siang, jika perlu, fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), sesuaikan jadwal pemberian obat dan /atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga
Edukasi: jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan/minum yang mengganggu tidur anjurkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM, anjurkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja), ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

Intervensi diagnosa ketujuh Kontipasi b.d ketidakcukupan diet dibuktikan dengan tidak ada BAB dengan tujuan status nutrisi membaik kriteria hasil control pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit menurun, Frekuensi defekasi membaik
Observasi: Periksa tanda dan gejala kontipasi, Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, benruk, volume, dan warna), Identifikasi faktor penyebab kontipasi (Mis, obat-obatan, tirah baring, dandiet rendah serat), Monitor tanda dan gejala ruptur usus atau peritonitis
Terapeutik: Anjurkan diet tinggi serat, Lakukan masase abdomen, Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu, Berikan enema atau irigasi, jika perlu
Edukasi: Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan, Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika

tidakada kontraindiksi, Ajarkan cara mengatasi kontipasi/impaksi Kolaborasi: Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu.

Setelah disusun intervensi keperawatan maka dilakukan implemetasi keperawatan dan evaluasi berdasarkan intervensi yang dibuat sesuai dengan kebutuhan klien, dimana implementasi diberikan selama 2 hari pda tanggal 27 sampai 28 desember 2021.

4.2 Analisis Salah Satu Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait

Pada kasus Ny. S intervensi yang lebih diterapkan pada diagnosa Bersihan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih. Dimana pada diagnosa ini diajarkan pasien melakukan terapi inhasi uap menggunakan aroma terapi minyak kayu putih yang bertujuan untuk membantu bersihan jalan nafas kembali membaik dan mengurangi produksi sputum dan memberikan dukungan kepada pasien yaitu dengan mengajarkan terapi inhasi uap menggunakan aroma terapi minyak kayu putih untuk mengurangi sputum yang susah dikeluarkan, dan tetap mengedukasi klien untuk tetap melakukan terapi inhasi uap menggunakan aroma terapi minyak kayu putih dalam secara mandiri.

Minyak kayu putih diproduksi dari daun tumbuhan *Melaleuca leucadendra* dengan kandungan terbesarnya adalah eucalyptol (cineole). Hasil penelitian tentang khasiat cineole menjelaskan bahwa cineole memberikan efek mukolitik (mengencerkan dahak), bronchodilating (melegakan pernafasan), anti inflamasi dan menurunkan rata-rata eksaserbasi kasus paru obstruktif kronis dengan baik seperti pada kasus pasien dengan asma dan rhinosinusitis. Selain itu efek penggunaan eucalyptus untuk terapi bronkhitis akut terukur dengan baik setelah penggunaan terapi selama empat hari. (Narayani, 2019) dalam penelitiannya menyebutkan terdapat bukti yang menunjukkan bahwa uap minyak esensial

dari *Eucalyptus globulus* efektif sebagai antibakteri dan layak dipertimbangkan penggunaannya dalam pengobatan atau pencegahan pasien dengan infeksi saluran pernapasan di rumah sakit. Menurut (Kusmiati, 2017) menyebutkan bahwa minyak atsiri eucalyptus dapat dimanfaatkan sebagai obat herbal diantaranya untuk mengurangi sesak nafas karena flu atau asma dengan cara mengoleskan pada dada, mengobati sinus dengan cara menghirup uap air hangat yang telah ditetaskan minyak eucalyptus serta melegakan hidung tersumbat dengan cara menghirup aroma minyak eucalyptus.

Intervensi yang diberikan, juga pernah dilakukan oleh (Daya & Nuri, 2020) , Fisioterapi Dada dan Steem Inhaler Aromatherapy dalam Mempertahankan Kepatenan Jalan Nafas Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis studi kasus dengan asuhan keperawatan yang menerapkan fisioterapi dada dan steem inhaler aromatherapy. Studi kasus ini dilakukan terhadap 2 pasien dengan penyakit paru obstruktif kronis dengan kriteria inklusi; (1) Terjadi masalah kebersihan jalan nafas (terdapat sekret); (2) Terjadi kenaikan respiratory rate; (3) Terdapat bunyi paru tambahan; (4) bersedia menjadi responden. Penulis melakukan terapi inhalasi dengan memanaskan air sampai keluar uap, kemudian ditaruh di sebuah baskom dan dicampur dengan minyak kayu putih sampai mengeluarkan bau segar. Setelah itu pasien menghirup uap yang sudah dibuat tersebut selama 15 menit kemudian pasien dilakukan fisioterapi dada selama 10 menit dan diajarkan batuk efektif. Kemajuan kondisi pasien diukur menggunakan jumlah sekret yang dikeluarkan sekali shift saat itu juga selama tiga hari berturut-turut dan dinilai dengan auskultasi suara paru. Terapi dilakukan 1 jam sebelum diberikan terapi bronkodilator. Indikator keberhasilan dari terapi adalah berkurangnya jumlah sekret yang dikeluarkan serta tidak ada bunyi nafas tambahan yang disertai penurunan respiratory rate dan kenaikan SpO₂.

dengan penelitian pendukung yang penulis dapatkan maka penulis melakukan intervensi inhalasi uap menggunakan aroma terapi minyak kayu putih yang dilakukan selama 2 hari dimana pada hari pertama didapatkan dahak susah keluar karena sudah kental, setelah 2 hari pemberian terapi didapatkan dahak sudah sedikit keluar dan memperbaiki bersihan jalan nafas.

4.3 Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan

Pada kasus Ny. S dalam mengatasi keluhan sesak nafas telah dilakukan terapi inhasi uap menggunakan aroma terapi minyak kayu putih, dimana intervensi melakukan selama 2 hari, sedangkan alterntif lain yang mendukung dalam melakukan intervensi yaitu dengan mengatur posisi nyaman pasien, menciptakan lingkungan yang tenang bagi pasien, sehingga dengan memberikan intervensi terapi inhasi uap menggunakan aroma terapi minyak kayu putih pada pasien dapat menurunkan sesak nafas dan melancarkan pengeluaran sputum.