

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS
(PPOK) PADA PASIEN Tn. “T” DI RUANG BOUGENVIL RUMAH SAKIT
dr. SOEDJONO MAGELANG



CORNELIS YOHNİ MENGKO

PO7120117044

PRODI D-III KEPERAWATAN (RPL) JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN
KESEHATAN YOGYAKARTA
TAHUN 2018

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Karya Tulis Ilmiah

“ASUHAN KEPERAWATAN Tn. T DENGAN PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIS (PPOK) DI RUANG BOUGENVIL
RUMAH SAKIT TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG”

Disusun oleh :

Cornelis Yohni Mengko
P07120117044

Telah disetujui oleh pembimbing

pada tanggal : 20 Juli 2018

Mengetahui,

Pembimbing I,

Pembimbing II,


Sugeng, S. Kep., Ns., M.Sc
NIP. 19690815199303.1.002


Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
NIP. 19651230198803.2.001

Yogyakarta, 20 Juli 2018

Ketua Jurusan,


Bondan Palestin, SKM., M.Kep., Sp.Kom
NIP. 19720716199403.1.005



HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN Tn. T DENGAN PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIS (PPOK) DI RUANG BOUGENVIL
RUMAH SAKIT TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG”**

Disusun oleh

Cornelis Yohni Mengko
NIM. P07120117044

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji

Pada tanggal : 24 Juli 2018

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,
Sari Candra Dewi, S.K.M., M.Kep
NIP. 19770813199903.2.001

Anggota,
Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
NIP. 19651230198803.2.001

Anggota,
Sugeng, S. Kep., Ns., M.Sc
NIP. 19690815199303.1.002



Yogyakarta, 24 Juli 2018

Ketua Jurusan,

The image shows the official stamp of the Dean of the Faculty of Health Sciences, Muhammadiyah University of Yogyakarta. The stamp is circular and contains the text 'KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA' and 'BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBIYAYAAN SERTA BERDAYA MANUSIA KESEHATAN'. A handwritten signature in blue ink is written over the stamp. Below the stamp, the name and title of the Dean are printed: **Bondan Palastin, S.K.M., M.Kep., Sp.Kom**
NIP. 19720716199403.1.005

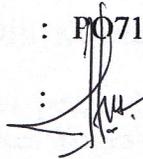
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : Cornelis Yohni Mengko

NIM : P071207044

Tanda Tangan :



Tanggal :

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertand tangan dibawah ini :

Nama : Cornelis Yohni Mengko

NIM : PO71207044

Program Studi : DIII Keperawatan

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Hak Bebas Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty – Free Right*) atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF
KRONIS (PPOK) PADA Tn.T DI RUANG BOUGENVIL RUMAH
SAKIT dr. SOEDJONO MAGELANG

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalih media atau formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data(*data base*), merawat , dan mempublikasiakan tugas akhir selama tetap mencantumkan nama sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Yogyakarta

Pada tanggal : 26 Juli 2018

Yang menyatakan



Cornelis Yohni Mengko

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Penyakit Paru Obstrusif Kronis (PPOK) Pada Tn.T Di Ruang Bougenville Rumah Sakit Dr.Soedejono Magelang”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan pada Program Studi D-III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes , selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menuntut ilmu di lembaga ini,
2. dr. Virni Sagita., Mars, selalu Direktur Rumah Sakit Dr.Soetarto Yogyakarta yang telah memberikan izin untuk melaksanakan tugas belajar diploma keperawatan.
3. Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekes kemenkes yang telah memberikan izin asuhan keperawatan,
4. Abdul Madjid.,S.kep.,Ns.,M.Kep, selaku ketua program study ilmu keperawatan di Poltekes kemenkes Yogyakarta yang telah memberikan masukan dalam penulisan karya tulis ini.
- 5 Sugeng, S.kep.,Ns.,M.Sc, selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,

- 6 Atik Badiah, S.Pd.,S,Kp.,M.kes selaku dosen pembimbing pendamping yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,
- 7 Keluarga, saudara dan segenap keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan baik moral, spiritual maupun material dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 8 Rekan – rekan dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan selalu memotivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Yogyakarta, 20 Juli 2018

Penulis,

Cornelis Yohni Mengko

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
ABSTRAK.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan Penelitian	2
D. Manfaat Penelitian	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
A. Konsep Dasar	4
1. Etiologi.....	4
2. Manifestasi Klinis	5
3. Patofisiologi	6
4. Penatalaksanaan.....	8
B. Asuhan Keperawatan PPOK	12
1. Pengkajian	12
2. Rumusan Diagnosa Keperawatan.....	17
3. Perencanaan dan Evaluasi	17
BAB III KASUS DAN PEMBAHASAN	24
A. KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PPOK	24
B. PEMBAHASAN	50
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	60
A. Kesimpulan.....	60
B. Saran	60
DAFTAR PUSTAKA	61

INTI SARI

Cornelis Yohni Mengko (P07120117044)

Asuhan Keperawatan Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) Pada Pasien Tn “T” Di Ruang Boegenvil Rumah Sakit Dr.Soedjono Magelang.
Sugeng dan Atik Badiah.

Latar belakang : Penyakit paru obstruktif (PPOK) merupakan suatu penyakit ditandai dengan obstruktif aliran udara yang disebabkan oleh bronkitis kronis atau emfisema. Sementara data organisasi kesehatan dunia (WHO) menyebutkan, pada tahun 2010 diperkirakan penyakit ini akan menempati urutan ke-4 sebagai penyebab kematian.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana asuhan keperawatan pada pasien PPOK. Penelitian ini langsung ke pasien dalam pengambilan data maupun ke keluarga pasien dari data tersebut muncul data subyektif dan Obyektif.

Metode Penelitian : Metode penelitian ini menggunakan deskriptif analitik sehingga menghasilkan data subyektif dan obyektif.

Hasil Penelitian : Dari hasil penelitian tersebut terdapat 3 diagnosa dan semua teratasi ke pasien tersebut, perlu ditingkatkan tindakan asuhan keperawatan pada pasien PPOK agar pasien di rumah sakit tersebut dapat meningkatkan kualitas kesembuhan pada pasien. Kepada peneliti selanjutnya perlu diteliti dalam keperawatan tentang bagaimana asuhan keperawatan pada pasien PPOK.

Kesimpulan : Kepada peneliti selanjutnya perlu diteliti dalam keperawatan tentang bagaimana asuhan keperawatan pada pasien PPOK sehingga pasien PPOK dapat teratasi dengan baik.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, PPOK

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) adalah suatu penyakit yang ditandai dengan adanya obstruksi aliran udara yang disebabkan oleh bronkitis kronis atau emfisema. Obstruksi aliran udara pada umumnya progresif kadang diikuti oleh hiperaktivitas jalan nafas dan kadangkala parsial reversibel, sekalipun emfisema dan bronkitis kronis harus didiagnosa dan dirawat sebagai penyakit khusus, sebagian besar pasien PPOK mempunyai tanda dan gejala kedua penyakit tersebut.(Amin, Hardhi, 2013).

Sekitar 14 juta orang Amerika terserang PPOK dan Asma sekarang menjadi penyebab kematian keempat di Amerika Serikat. Lebih dari 90.000 kematian dilaporkan setiap tahunnya. Rata-rata kematian akibat PPOK meningkat cepat, terutama pada penderita laki-laki lanjut usia. Angka penderita PPOK di Indonesia sangat tinggi.

Banyak penderita PPOK datang ke dokter saat penyakit itu sudah lanjut. Padahal, sampai saat ini belum ditemukan cara yang efisien dan efektif untuk mendeteksi PPOK. Menurut Dr Suradi, penyakit PPOK di Indonesia menempati urutan ke-5 sebagai penyakit yang menyebabkan kematian. Sementara data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan, pada tahun 2010 diperkirakan penyakit ini akan menempati urutan ke-4 sebagai penyebab kematian. "Pada dekade mendatang akan meningkat ke peringkat ketiga. Dan kondisi ini tanpa disadari, angka kematian akibat PPOK ini makin meningkat.

penyakit PPOK selayaknya mendapatkan pengobatan yang baik dan terutama perawatan yang komprehensif, semenjak serangan sampai dengan perawatan di rumah sakit. Dan yang lebih penting dalah perawatan untuk memberikan pengetahuan dan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang perawatan dan pencegahan serangan berulang pada pasien PPOK di rumah.

Hal ini diperlukan perawatan yang komprehensif dan paripurna saat di Rumah Sakit.

B. RUMUSAN MASALAH

Bagaimana asuhan keperawatan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) pada Tn.T di ruang boegenvil Rumah Sakit Dr.Soedjono Magelang ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

memberikan Asuhan Keperawatan secara optimal pada klien dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK).

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melaksanakan dan memperoleh dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan PPOK pada pasien.
- b. Mengidentifikasi faktor pendukung penghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).

D. Manfaat

1. Masyarakat

Membudayakan pengelolaan pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) dalam pemberian asuhan keperawatan.

2. Pengembangan Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu terapan bidang keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).

3. Penulis

Memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien penyakit obstruktif kronik (PPOK)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) merupakan suatu kelainan dengan ciri-ciri adanya keterbatasan aliran udara yang tidak sepenuhnya reversible. Pada klien PPOK paru-paru klien tidak dapat mengembang sepenuhnya dikarenakan adanya sumbatan dikarenakan sekret yang menumpuk pada paru-paru. (Lyndon Saputra, 2010).

PPOK adalah penyakit paru kronik dengan karakteristik adanya hambatan aliran udara di saluran napas yang bersifat progresif nonreversibel atau reversibel parsial, serta adanya respons inflamasi paru terhadap partikel atau gas yang berbahaya (GOLD, 2009). Selain itu menurut Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) merupakan satu kelompok penyakit paru yang mengakibatkan obstruksi yang menahun dan persisten dari jalan napas di dalam paru, yang termasuk dalam kelompok ini adalah : bronchitis, emfisema paru, asma terutama yang menahun, bronkiektasis. Arita Murwani (2011)

2. Etiologi

Faktor – faktor yang menyebabkan timbulnya Penyakit Paru Obstruksi Kronis menurut Brashers (2007) adalah :

- a) Merokok merupakan > 90% resiko untuk PPOK dan sekitar 15% perokok menderita PPOK. Beberapa perokok dianggap peka dan mengalami penurunan fungsi paru secara cepat. Paparan asap rokok dari lingkungan telah dikaitkan dengan penurunan fungsi paru dan peningkatan resiko penyakit paru obstruksi pada anak.
- b) Terdapat peningkatan resiko PPOK bagi saudara tingkat pertama perokok. Pada kurang dari 1% penderita PPOK, terdapat defek gen alfa satu antitripsin yang diturunkan yang menyebabkan awitan awal emfisema.

- c) Infeksi saluran nafas berulang pada masa kanak – kanak berhubungan dengan rendahnya tingkat fungsi paru maksimal yang bisa dicapai dan peningkatan resiko terkena PPOK saat dewasa. Infeksi saluran nafas kronis seperti adenovirus dan klamidia mungkin berperan dalam terjadinya PPOK.
- d) Polusi udara dan kehidupan perkotaan berhubungan dengan peningkatan resiko morbiditas PPOK.

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada pasien dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronis adalah Perkembangan gejala-gejala yang merupakan ciri dari PPOK adalah malfungsi kronis pada sistem pernafasan yang manifestasi awalnya ditandai dengan batuk-batuk dan produksi dahak khususnya yang makin menjadi di saat pagi hari. Nafas pendek sedang yang berkembang menjadi nafas pendek akut. Batuk dan produksi dahak (pada batuk yang dialami perokok) memburuk menjadi batuk persisten yang disertai dengan produksi dahak yang semakin banya. Reeves (2001).

Biasanya pasien akan sering mengalami infeksi pernafasan dan kehilangan berat badan yang cukup drastis, sehingga pada akhirnya pasien tersebut tidak akan mampu secara maksimal melaksanakan tugas-tugas rumah tangga atau yang menyangkut tanggung jawab pekerjaannya. Pasien mudah sekali merasa lelah dan secara fisik banyak yang tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari.

Selain itu pada pasien PPOK banyak yang mengalami penurunan berat badan yang cukup drastis, sebagai akibat dari hilangnya nafsu makan karena produksi dahak yang makin melimpah, penurunan daya kekuatan tubuh, kehilangan selera makan (isolasi sosial) penurunan kemampuan pencernaan sekunder karena tidak cukupnya oksigenasi sel dalam sistem (GI) gastrointestinal. Pasien dengan PPOK lebih membutuhkan banyak kalori karena lebih banyak mengeluarkan tenaga dalam melakukan pernafasan.

4. Patofisiolog

Saluran napas dan paru berfungsi untuk proses respirasi yaitu pengambilan oksigen untuk keperluan metabolisme dan pengeluaran karbondioksida dan air sebagai hasil metabolisme. Proses ini terdiri dari tiga tahap, yaitu ventilasi, difusi dan perfusi. Ventilasi adalah proses masuk dan keluarnya udara dari dalam paru. Difusi adalah peristiwa pertukaran gas antara alveolus dan pembuluh darah, sedangkan perfusi adalah distribusi darah yang sudah teroksigenasi. Gangguan ventilasi terdiri dari gangguan restriksi yaitu gangguan pengembangan paru serta gangguan obstruksi berupa perlambatan aliran udara di saluran napas. Parameter yang sering dipakai untuk melihat gangguan restriksi adalah kapasitas vital (KV), sedangkan untuk gangguan obstruksi digunakan parameter volume ekspirasi paksa detik pertama (VEP1), dan rasio volume ekspirasi paksa detik pertama terhadap kapasitas vital paksa (VEP1/KVP) (Sherwood, 2001).

Faktor risiko utama dari PPOK adalah merokok. Komponen-komponen asap rokok merangsang perubahan pada sel-sel penghasil mukus bronkus. Selain itu, silia yang melapisi bronkus mengalami kelumpuhan atau disfungsi serta metaplasia. Perubahan-perubahan pada sel-sel penghasil mukus dan silia ini mengganggu sistem eskalator mukosiliaris dan menyebabkan penumpukan mukus kental dalam jumlah besar dan sulit dikeluarkan dari saluran napas. Mukus berfungsi sebagai tempat persemaian mikroorganisme penyebab infeksi dan menjadi sangat purulen. Timbul peradangan yang menyebabkan edema jaringan. Proses ventilasi terutama ekspirasi terhambat. Timbul hiperkapnia akibat dari ekspirasi yang memanjang dan sulit dilakukan akibat mukus yang kental dan adanya peradangan (GOLD, 2009).

Komponen-komponen asap rokok juga merangsang terjadinya peradangan kronik pada paru. Mediator-mediator peradangan secara progresif merusak struktur-struktur penunjang di paru. Akibat hilangnya elastisitas saluran udara dan kolapsnya alveolus, maka ventilasi berkurang. Saluran udara kolaps terutama pada ekspirasi karena ekspirasi normal terjadi akibat

pengempisan (recoil) paru secara pasif setelah inspirasi. Dengan demikian, apabila tidak terjadi recoil pasif, maka udara akan terperangkap di dalam paru dan saluran udara kolaps (GOLD, 2009).

Berbeda dengan asma yang memiliki sel inflamasi dominan berupa eosinofil, komposisi seluler pada inflamasi saluran napas pada PPOK dominan dimediasi oleh neutrofil. Asap rokok menginduksi makrofag untuk melepaskan Neutrophil Chemotactic Factors dan elastase, yang tidak diimbangi dengan antiprotease, sehingga terjadi kerusakan jaringan (Kamangar, 2010). Selama eksaserbasi akut, terjadi perburukan pertukaran gas dengan adanya ketidakseimbangan ventilasi perfusi. Kelainan ventilasi berhubungan dengan adanya inflamasi jalan napas, edema, bronkokonstriksi, dan hipersekresi mukus. Kelainan perfusi berhubungan dengan konstriksi hipoksik pada arteriol (Chojnowski, 2003).

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronis menurut Mansjoer (2002) adalah :

Pencegahan yaitu mencegah kebiasaan merokok, infeksi, polusi udara.

Terapi eksaserbasi akut dilakukan dengan :

- a. Antibiotik, karena eksaserbasi akut biasanya disertai infeksi. Infeksi ini umumnya disebabkan oleh H. Influenzae dan S. Pneumonia, maka digunakan ampicillin 4 x 0,25-0,5 g/hari atau eritromisin 4 x 0,5 g/hari.
- b. Augmentin (amoksisilin dan asam kluvanat) dapat diberikan jika kuman penyebab infeksi adalah H. Influenzae dan B. Catarrhalis yang memproduksi beta laktamase.
- c. Pemberian antibiotik seperti kotrimoksazol, amoksisilin, atau doksisisilin pada pasien yang mengalami eksaserbasi akut terbukti mempercepat penyembuhan dan membantu mempercepat kenaikan peak flow rate. Namun hanya dalam 7-10 hari selama periode eksaserbasi. Bila terdapat infeksi sekunder atau tanda-tanda pneumonia, maka dianjurkan antibiotik yang lebih kuat.

- d. Terapi oksigen diberikan jika terdapat kegagalan pernafasan karena hiperkapnia dan berkurangnya sensitivitas terhadap CO₂.
 - e. Fisioterapi membantu pasien untuk mengeluarkan sputum dengan baik.
 - f. Bronkodilator untuk mengatasi, termasuk didalamnya golongan adrenergik. Pada pasien dapat diberikan salbutamol 5 mg dan atau ipratorium bromide 250 mikrogram diberikan tiap 6 jam dengan nebulizer atau aminofilin 0,25-0,5 g iv secara perlahan.
1. Terapi jangka panjang dilakukan dengan :
 - a) Antibiotik untuk kemoterapi preventif jangka panjang, ampicillin 4 x0,25-0,5/hari dapat menurunkan kejadian eksaserbasi akut.
 - b) Bronkodilator, tergantung tingkat reversibilitas obstruksi saluran nafas tiap pasien maka sebelum pemberian obat ini dibutuhkan pemeriksaan obyektif dari fungsi faal paru.
 - 1) Fisioterapi.
 - 2) Latihan fisik untuk meningkatkan toleransi aktivitas fisik.
 - 3) Mukolitik dan ekspektoran.
 - 4) Terapi jangka panjang bagi pasien yang mengalami gagal nafas tipe II dengan PaO₂<7,3kPa (55 mmHg).
 - 5) Rehabilitasi, pasien cenderung menemui kesulitan bekerja, merasa sendiri dan terisolasi, untuk itu perlu kegiatan sosialisasi agar terhindar dari depresi. Rehabilitasi pada pasien dengan penyakit paru obstruksi kronis adalah fisioterapi, rehabilitasi psikis dan rehabilitasi pekerjaan.

Asih (2003) menambahkan penatalaksanaan medis pada pasien dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronis adalah Penatalaksanaan medis untuk asma adalah penyingkiran agen penyebab dan edukasi atau penyuluhan kesehatan. Sasaran dari penatalaksanaan medis asma adalah untuk meningkatkan fungsi normal individu, mencegah gejala kekambuhan, mencegah serangan hebat, dan mencegah efek samping obat. Tujuan utama dari berbagai medikasi yang diberikan untuk klien asma adalah untuk membuat klien mencapai relaksasi bronkial dengan cepat, progresif dan berkelanjutan. Karena diperkirakan bahwa inflamasi adalah merupakan proses fundamental dalam asma, maka

inhalasi steroid bersamaan preparat inhalasi beta dua adrenergik lebih sering diresepkan. Penggunaan inhalasi steroid memastikan bahwa obat mencapai lebih dalam ke dalam paru dan tidak menyebabkan efek samping yang berkaitan dengan steroid oral. Direkomendasikan bahwa inhalasi beta dua adrenergik diberikan terlebih dahulu untuk membuka jalan nafas, kemudian inhalasi steroid akan menjadi lebih berguna.

Penatalaksanaan medis untuk bronkhitis kronis didasarkan pada pemeriksaan fisik, radiogram dada, uji fungsi pulmonari, dan analisis gas darah. Pemeriksaan ini mencerminkan sifat progresif dari penyakit. Pengobatan terbaik untuk bronkhitis kronis adalah pencegahan, karena perubahan patologis yang terjadi pada penyakit ini bersifat tidak dapat pulih (irreversible). Ketika individu mencari bantuan medis untuk mengatasi gejala, kerusakan jalan nafas sudah terjadi sedemikian besar.

Jika individu berhenti merokok, progresi penyakit dapat ditahan. Jika merokok dihentikan sebelum terjadi gejala, resiko bronkhitis kronis dapat menurun dan pada akhirnya mencapai tingkat seperti bukan perokok. Bronkodilator, ekspektoran, dan terapi fisik dada diterapkan sesuai yang dibutuhkan. Penyuluhan kesehatan untuk individu termasuk konseling nutrisi, hygiene respiratory, pengenalan tanda-tanda dini infeksi, dan teknik yang meredakan dispnea, seperti bernafas dengan bibir dimonyongkan, beberapa individu mendapat terapi antibiotik profilaktik, terutama selama musim dingin. Pemberian steroid sering diberikan pada proses penyakit tahap lanjut.

Penatalaksanaan medis bronkiektasis termasuk pemberian antibiotik, drainase postural untuk membantu mengeluarkan sekresi dan mencegah batuk, dan bronkoskopi untuk mengeluarkan sekresi yang mengental. Pemeriksaan CT Scan dilakukan untuk menegakkan diagnosa. Terkadang diperlukan tindakan pembedahan bagi klien yang terus mengalami tanda dan gejala meski telah mendapat terapi medis. Tujuan utama dari pembedahan ini adalah untuk memulihkan sebanyak mungkin fungsi paru. Biasanya dilakukan segmentektomi atau lobektomi. Beberapa klien mengalami penyakit dikedua

sisi parunya, dalam kondisi seperti ini, tindakan pembedahan pertama-tama dilakukan pada bagian paru yang banyak terkena untuk melihat seberapa jauh perbaikan yang terjadi sebelum mengatasi sisi lainnya.

Penatalaksanaan medis emfisema adalah untuk memperbaiki kualitas hidup, memperlambat progresi penyakit, dan mengatasi obstruksi jalan nafas untuk menghilangkan hipoksia. Pendekatan terapeutik menurut Asih (2003) mencakup tindakan pengobatan dimaksudkan untuk mengobati ventilasi dan menurunkan upaya bernafas, pencegahan dan pengobatan cepat infeksi, terapi fisik untuk memelihara dan meningkatkan ventilasi pulmonal, memelihara kondisi lingkungan yang sesuai untuk memudahkan pernafasan dan dukungan psikologis serta penyuluhan rehabilitasi yang berkesinambungan.

B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PPOK

1. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Menurut Doenges (2012) pengkajian pada pasien dengan PPOK ialah :

1) Aktivitas dan istirahat :

Gejala :

- Keletihan, kelemahan, malaise.
- Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena sulit bernafas.
- Ketidakmampuan untuk tidur, perlu tidur dalam posisi duduk tinggi.
- Dispnea pada saat istirahat atau respons terhadap aktivitas atau latihan.

Tanda :

- Keletihan.
- Gelisah, insomnia.
- Kelemahan umum atau kehilangan masa otot.

2) Sirkulasi

Gejala :

Pembengkakan pada ekstremitas bawah

Tanda :

- Peningkatan tekanan darah.
- Peningkatan frekuensi jantung atau takikardia berat atau disritmia.
- Distensi vena leher atau penyakit berat.
- Edema dependen, tidak berhubungan dengan penyakit jantung.
- Bunyi jantung redup (yang berhubungan dengan diameter AP dada)
- Warna kulit atau membrane mukosa normal atau abu-abu atau sianosis, kuku tabuh dan sianosis perifer.
- Pucat dapat menunjukkan anemia.

3) Integritas Ego

Gejala :

- Peningkatan faktor resiko.
- Perubahan pola hidup.

Tanda

4) Ansietas, ketakutan, peka rangsang Makanan atau Cairan

Gejala :

- Mual atau muntah.
- Nafsu makan buruk atau anoreksia (emfisema).
- Ketidakmampuan untuk makan karena distress pernafasan.
- Penurunan berat badan menetap (emfisema), peningkatan berat badan
- menunjukkan edema (bronchitis).

Tanda :

- Mual atau muntah.
- Nafsu makan buruk atau anoreksia (emfisema).
- Ketidakmampuan untuk makan karena distress pernafasan.

- Penurunan berat badan menetap (emfisema), peningkatan berat badan menunjukkan edema (bronchitis).

5) Hygiene

Gejala :

Penurunan kemampuan atau peningkatan kebutuhan bantuan melakukan aktivitas sehari-hari.

Tanda :

Kebersihan buruk, bau badan.

6) Pernafasan

Gejala :

- Nafas pendek, umumnya tersembunyi dengan dispnea sebagai gejala menonjol pada emfisema , khususnya pada kerja, cuaca atau episode berulangnya sulit nafas (asma), rasa dada tertekan, ketidakmampuan untuk bernafas (asma).
- Lapar udara kronis.
- Batuk menetap dengan produksi sputum setiap hari terutama saat bangun selama minimal 3 bulan berturut-turut tiap tahun sedikitnya 2 tahun. Produksi sputum (hijau, putih atau kuning) dapat banyak sekali (bronkhitis kronis).
- Episode batuk hilang-timbul, biasanya tidak produktif pada tahap dini meskipun dapat menjadi produktif (emfisema).
- Riwayat pneumonia berulang, terpajan oleh polusi kimia atau iritan pernafasan dalam jangka panjang misalnya rokok sigaret atau debu atau asap misalnya asbestos, debu batubara, rami katun, serbuk gergaji.
- Faktor keluarga dan keturunan misalnya defisiensi alfa antitripsin (emfisema).
- Penggunaan oksigen pada malam hari atau terus menerus

7) Penggunaan oksigen pada malam hari terus menerus

Tanda :

- Pernafasan biasanya cepat, dapat lambat, fase ekspirasi memanjang dengan mendengkur, nafas bibir (emfisema).
- Lebih memilih posisi 3 titik (tripot) untuk bernafas khususnya dengan eksasebrasi akut (bronchitis kronis).
- Penggunaan otot bantu pernafasan misalnya meninggikan bahu, retraksi fosa supraklavikula, melebarkan hidung.
- Dada dapat terlihat hiperinflasi dengan peninggian diameter AP (bentuk barrel chest), gerakan diafragma minimal.
- Bunyi nafas mungkin redup dengan ekspirasi mengi (emfisema), menyebar, lembut, atau krekels lembab kasar (bronkhitis), ronki, mengi, sepanjang area paru pada ekspirasi dan kemungkinan selama inspirasi berlanjut sampai penurunan atau tak adanya bunyi nafas (asma).
- Perkusi ditemukan hiperesonan pada area paru misalnya jebakan udara dengan emfisema, bunyi pekak pada area paru misalnya konsolidasi, cairan, mukosa.
- Kesulitan bicara kalimat atau lebih dari 4 sampai 5 kata sekaligus.
- Warna pucat dengan sianosis bibir dan dasar kuku. Keabu-abuan keseluruhan, warna merah (bronkhitis kronis, biru menggebung). Pasien dengan emfisema sedang sering disebut pink puffer karena warna kulit normal meskipun pertukaran gas tak normal dan frekuensi pernafasan cepat.
- Tabuh pada jari-jari (emfisema).

8) Keamanan

Gejala :

- Riwayat reaksi alergi atau sensitive terhadap zat atau faktor lingkungan.
- Adanya atau berulangnya infeksi.
- Kemerahan atau berkeringan (asma)

9) Seksual

Gejala :

Penurunan libido.

10) Interaksi Sosial

Gejala :

- Hubungan ketergantungan.
- Kurang sistem pendukung.
- Kegagalan dukungan dari atau terhadap pasangan atau orang terdekat.
- Penyakit lama atau kemampuan membaik.

Tanda :

- Ketidakmampuan untuk membuat atau mempertahankan suara karena distress pernafasan.
- Keterbatasan mobilitas fisik.
- Kelalaian hubungan dengan anggota keluarga lain.

11) Penyuluhan atau pembelajaran

Gejala :

- Penggunaan atau penyalahgunaan obat pernafasan.
- Kesulitan menghentikan merokok.
- Penggunaan alkohol secara teratur.
- Kegagalan untuk membaik.

2. Rumusan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan pada pasien dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronis menurut Doenges (2012) adalah :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasma, peningkatan produksi sekret, sekresi tertahan, tebal, sekresi kental, penurunan energi atau kelemahan.

- b. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan oksigenasi (obstruksi jalan nafas oleh sekresi, spasma bronkus, jebakan udara), kerusakan alveoli.
- c. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan penumpukan gas di lambung.
- d. Kurang pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi Keperawatan pada pasien dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronis menurut Doenges (2012) adalah :

- a. **Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasma, peningkatan produksi sekret, sekresi tertahan, tebal, sekresi kental, penurunan energi atau kelemahan.**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien akan mempertahankan jalan nafas yang paten dengan bunyi nafas bersih atau jelas dengan kriteria hasil pasien akan menunjukkan perilaku untuk memperbaiki bersihan jalan nafas misalnya batuk efektif dan mengeluarkan sekret.

Intervensi :

Mandiri :

- 1) Auskultasi bunyi nafas. Catat adanya bunyi nafas misalnya mengi, krekels, ronkhi.

R/ mengetahui ada tidaknya obstruksi jalan nafas dan menjadi manifestasi adanya bunyi nafas adventisius.

Kaji atau pantau frekuensi pernafasan. Catat rasio inspirasi atau ekspirasi.

R/ takipnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/adanya proses infeksi akut.

Catat adanya derajat dispnea, misalnya keluhan lapar udara, gelisah, ansietas, distress pernafasan, penggunaan otot bantu.

R/ mengetahui disfungsi pernapasan.

Kaji pasien untuk posisi yang nyaman, misalnya peninggian kepala tempat tidur, duduk pada sandaran tempat tidur.

R/ mempermudah fungsi pernapasan dengan menggunakan gravitasi.

Dorong atau bantu latihan nafas abdomen atau bibir.

R/ mengatasi dan mengontrol dispnea dan menurunkan jebakan udara.

Observasi karakteristik batuk, misalnya batuk menetap, batuk pendek, basah.

Bantu tindakan untuk memperbaiki keefektifan upaya batuk.

R/ batuk dapat menetap tetapi tidak efektif.

Tingkatkan masukan cairan sampai 3000 ml/hari sesuai toleransi jantung. Memberikan air hangat. Anjurkan masukan cairan antara sebagai pengganti makanan.

R/ hidrasi membantu menurunkan kekentalan sekret, mempermudah pengeluaran.

Kolaborasi :

- Berikan obat sesuai indikasi.
- Bronkodilator misalnya albuterol (ventolin).
- Analgesik, penekan batuk atau antitusif misalnya dextrometorfan.
- Berikan humidifikasi tambahan misalnya nebulizer ultranik, humidifier aerosol ruangan.
- Bantu pengobatan pernafasan misalnya fisioterapi dada.

R/ merilekskan otot halus dan menurunkan kongesti lokal menurunkan spasme jalan napas, mengi, dan produksi mukosa

b. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan supply oksigen (obstruksi jalan nafas oleh sekresi, spasma bronkus, jebakan udara), kerusakan alveoli.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat dengan GDA dalam rentang normal dan bebas gejala distress pernafasan dengan kriteria hasil pasien akan berpartisipasi dalam program pengobatan dalam tingkat kemampuan atau situasi.

Intervensi :

Mandiri :

Kaji frekuensi, kedalaman pernafasan. Catat penggunaan otot aksesori, nafas bibir, ketidakmampuan berbicara atau berbincang.

R/ berguna dalam evaluasi derajat distres pernapasan dan kronisnya proses penyakit.

Tinggikan kepala tempat tidur, bantu pasien untuk memilih posisi yang mudah untuk bernafas. Dorong nafas dalam perlahan atau nafas bibir sesuai kebutuhan atau toleransi individu.

R/ posisi duduk tinggi dan latihan nafas untuk menurunkan kolaps jalan napas, dispnea, dan kerja napas.

Kaji atau awasi secara rutin kulit dan warna membran mukos.

R/ Keabu-abuan dan sianosis sentral mengidentifikasi beratnya hipoksemia.

Dorong mengeluarkan sputum, penghisapan bila di indikasikan.

R/ banyaknya sekret menjadi sumber utama gangguan pertukaran gas pada jalan nafas.

Auskultasi bunyi nafas, catat area penurunan aliran udara dan atau bunyi tambahan.

R/ bunyi nafas mungkin redup karena penurunan aliran udara atau area konsolidasi.

Palpasi fremitus.

R/ penurunan getaran vibrasi diduga ada pengumpulan cairan atau udara terjebak.

Awasi tingkat kesadaran atau status mental. Selidiki adanya perubahan.

R/ gelisah dan ansietas adalah manifestasi umum pada hipoksia.

Evaluasi tingkat toleransi aktivitas. Berikan lingkungan tenang dan kalem. Batasi aktivitas pasien atau dorong untuk tidur atau istirahat di kursi selama fase akut. Mungkinkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap dan tingkatkan sesuai toleransi individu.

R/ program latihan ditujukan untuk meningkatkan ketahanan dan kekuatan tanpa menyebabkan dispnea berat, dan dapat meningkatkan rasa sehat.

Awasi tanda vital dan irama jantung.

R/ takikardia, disritmia dan perubahan TD dapat menunjukkan efek hipoksemia sistemik pada fungsi jantung.

Kolaborasi :

Awasi dan gambarkan seri GDA dan nadi oksimetri.

R/ PaCO_2 biasanya meningkat dan PaCO_2 secara umum menurun, sehingga hipoksia terjadi dengan derajat lebih kecil atau lebih besar.

Berikan oksigen tambahan yang sesuai dengan indikasi hasil GDA dan toleransi pasien.

R/ dapat memperbaiki/mencegah memperburuknya hipoksia

Berikan penekan SSP (antiansietas, sedative, atau narkotik) dengan hati-hati.

R/ digunakan untuk mengontrol ansietas/gelisah yang meningkatkan konsumsi oksigen/kebutuhan, eksaserbasi dispnea.

Bantu intubasi, berikan atau pertahankan ventilasi mekanik dan pindahkan ke ICU sesuai instruksi untuk pasien.

R/ terjadinya kegagalan nafas yang akan datang memerlukan upaya tindakan penyelamatan hidup.

C. Gangguan rasa nyaman “nyeri” Berhubungan Dengan penumpukan gas di lambung.

Setelah di lakukan tindakan keperawatan 2x24 jam gangguan rasa nyaman “nyeri” berkurang dengan kriteria hasil :

Klien mengatakan nyeri berkurang.

- Skala nyeri 2
- klien tidak meringgis
- TTV

TD 120/80-140/100 mmhg

Nadi 60-100X/ menit

Suhu: 36,5-37,5 derajat

R/ lakukan pendekatan pada klien dan keluarga jelaskan tentang penyebab sakit yang di alami.

Respon klien dan keluarga lebih terbuka dan menerima baik penjelasan dari perawat.

R/ Ajarkan pada keluarga klien agar memberi kompres hangat pada daerah perut yang sakit.

Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien.

R/ Berikan posisi senyaman mungkin.

Mengetahui perkembangan setiap hasilnya

D. Kurang pengetahuan adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang tidaka dekuat terhadap pengetahuan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam pengetahuan klien dan keluarga bertambah. Penulis memprioritaskan diagnosa ini pada urutan ketiga karena pada saat klien bertanya perawat menjelaskan terkait penyakitnya, Respon klien merasa puasa atas apa yang diinformasikan terhadap perawat.

Tujuan dari rencana tindakan keperawatan menurut Engram (2000) adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pengetahuan klien dan keluarga bertambah.

Intervensi yang dilakukan ke pasien yakni kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat, gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit dengan cara yang tepat, gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat.

BAB III
KASUS DAN PEMBAHASAN
FORMAT PENGKAJIAN

Hari/Tanggal : Senin 02-07-2018

Jam : 05.30

Tempat : RS Soejono Ruang Bogenvil D1

Oleh : Cornelis ym

Sumber data : Keluarga ,klien,perawat dan RM

Metode : Wawancara

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Pasien

- 1) Nama Pasien : Tn T
- 2) Tempat Tgl Lahir : Yogja 10-mei-1950
- 3) Jenis Kelamin : Laki
- 4) Agama : Islam
- 5) Pendidikan : SD
- 6) Pekerjaan : Wiraswasta (Tambal ban)
- 7) Status Perkawinan : Menikah
- 8) Suku / Bangsa : Jawa
- 9) Alamat : Saragan,mertoyudan,magelang
- 10) Diagnosa Medis : PPOK
- 11) No. RM : 170509
- 12) Tanggal Masuk RS : 02-07-2018

b. Penanggung Jawab / Keluarga

- 1) Nama : Ny E
- 2) Umur : 63 tahun
- 3) Pendidikan : SD
- 4) Pekerjaan : IRT
- 5) Alamat : Saragan,mertoyudan,magelang
- 6) Hubungan dengan pasien : Istri
- 7) Status perkawinan : kawin

2. Riwayat Kesehatan**a. Kesehatan Pasien**

- 1) Keluhan Utama saat Pengkajian Tn T mengeluh batuk berdahak, dan sesak napas sejak 2 hari yang lalu.di sertai sakit perut Kembang
- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang
 - a) Alasan masuk RS :

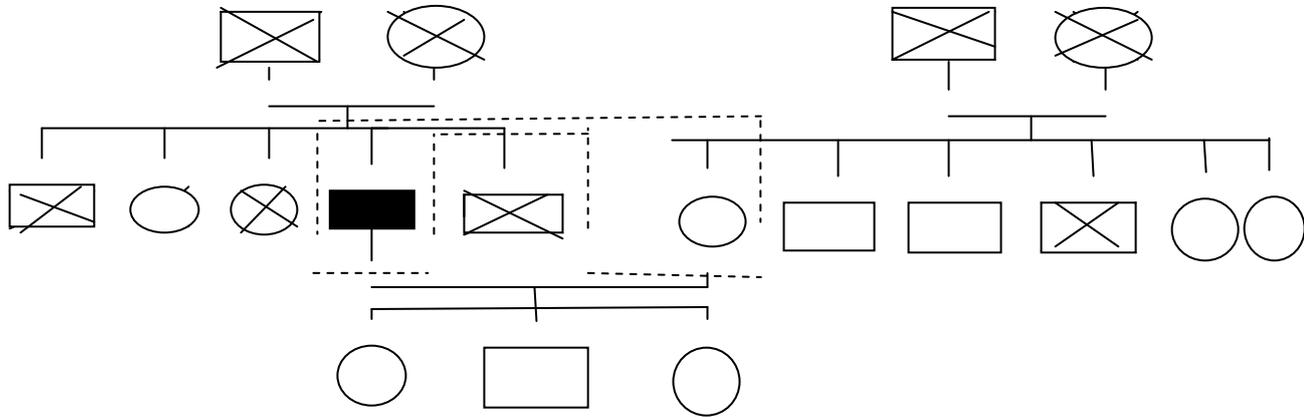
Tn T sudah 2 hari batuk berdahak dan sesak disertai perut sakit dan kembang sudah berobat ke puskesmas,tidak ada perubahan,
 - b) Riwayat Kesehatan Pasien ;

Tn T,mengeluh batuk dahak susah keluar,di sertai sesak napas,dan perut terasa sakit dan kembang
- 3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Tn T sebelumnya sering mengalami sakit perut ,di sertai kembang,dan sering sesak bila kecapekan

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Genogram



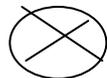
Keterangan Gambar :



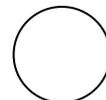
; Laki meninggal



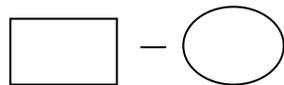
: Laki-laki



: Perempuan meninggal



: Perempuan



: Suami,istri

----- : 1 keluarga

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga Tn T tidak pernah menderita batuk dan sesak napas seperti di alami

Tn.T Sekarang ini.

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek Fisik – Biologis

1) Nutrisi

Sebelum Sakit

Tn T makan 3x1 sehari porsi sedang habis dan minum air putih 8 gelas /hari

Selama Sakit

Tn T makan diet yang tersedia habis 1/2 porsi

2) Pola Eliminasi

Sebelum Sakit

BAB 2 x/hari ,BAK 3 s/d 4 x/hari

Selama Sakit

BAB 1X sehari, BAK 4-5X sehari

3) Pola aktivitas

Keadaan aktivitas sehari – hari aktivitas sehari- hari,sebagai tukang tambal ban

4) Keadaan pernafasan

Spontan tidak menggunakan alat bantu

5) Kardiovaskuler

merasakan berdebar-debar,bila kecapekan melakukan kegiatan tambal ban. Selama Sakit Keadaan aktivitas sehari – hari ktivitas di bantu keluarga.

6) Keadaan pernafasan

Napas terasa sesak,26x/menit tidak memakai alat bantu

7) Keadaan kardiovaskuler

Masih terasa berdebar-debar Skala ketergantungan.

Tabel 3.1 Penilaian Status Fungsional (*Barthel Index*)

No	Fungsi	Skor	Uraian	NilaiSkor		
				Hari I	Hari II	Hari III
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Takterkendali / tak teratur (perlu pencahar)			
		1	Kadang-kadang tak terkendali			
		2	Mandiri	✓	✓	✓
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Takterkendali/ pakai kateter	✓	✓	✓
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam)			
		2	Mandiri	✓	✓	✓
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	✓	✓	✓
		1	Mandiri			
4..	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain			
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain			
		2	Mandiri	✓	✓	✓
5.	Makan	0	Tidak mampu			
		1	Perlu ditolong memotong makanan			
		2	Mandiri	✓	✓	✓
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu			
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (> 2 orang)			
		2	Bantuan (2 orang)			
		3	Mandiri	✓	✓	✓
7.	Berpindah / berjalan	0	Tidak mampu			
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda			
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang			
		3	Mandiri	✓	✓	✓
8.	Memakai Baju	0	Tidak mampu			
		1	Sebagian dibantu (misal mengancingkan baju)	✓	✓	✓
		2	Mandiri			

9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu			
		1	Butuh pertolongan			
		2	Mandiri	✓	✓	✓
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	✓	✓	✓
		1	Mandiri			
Total Skor				11	11	11
Tingkat Ketergantungan				Ketergantungan Sedang		
Paraf & Nama Perawat				Cornelis Y.M		

Pasien Tn T di Ruang Bougenvil Rumah Sakit dr soejono Tanggal ...02-07-2018

KETERANGAN:

- 20 : Mandiri
5-8 : Ketergantungan berat
Ketergantungan Sedan
12-19 : Ketergantungan ringan
0-4 : Ketergantungan

**Tabel Pengkajian Resiko Jatuh
Pasien Tn T di Ruang bougenvil.. Rumah Sakit dr soejono .Tanggal
02-07-2018**

No	Risiko	Skala	Skoring	Skoring	Skoring
			1	2	3
			Tgl 02-07-2018	Tgl 03-07-2018	Tgl 04-07-2018
1.	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak 0	✓	✓	✓
		Ya 25			
2.	Diagnosa medis sekunder >1	Tidak 0			
		Ya 15	✓	✓	✓
3.	Alat bantu jalan: Bed rest/diabantu perawat	0	✓	✓	✓
	Penopang/tongkat/walker	15			

	Furniture	30			
4.	Menggunakan infus	Tidak 0			
		Ya 25	✓	✓	✓
5.	Cara berjalan/berpindah: Normal/bed rest/imobilisasi	0	✓	✓	✓
	Lemah	15			
	Terganggu	30			
6.	Status mental: Orientasi sesuai kemampuan diri	0	✓	✓	✓
	Lupa keterbatasan	15			
Jumlah skor			15	15	15
Tingkat Resiko Jatuh		Tidak berisiko jatuh			
Paraf & Nama Perawat					

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Tingkat Risiko : Tidak berisiko bila skor 0-24 → lakukan perawatan yang baik

Risiko rendah : bila skor 25-50 → lakukan **intervensi jatuh standar**.

Risiko Tinggi : bila skor ≥ 51 lakukan **intervensi jatuh resiko tinggi**.

Tabel 3.3 Tabel Resiko Luka Dekubitus (Skala Norton)
Pasien Tn T . di Ruang BOUGENVIL .Rumah Sakit dr soejono .Tanggal 02-07-2018

Tanggal	PENILAIAN	4	3	2	1
02-07-2018	Kondisi fisik	✓ Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	✓ Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	✓ Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	✓ Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontensia	✓ Kontinensi	Kadang-kadang inkontinensia	Selalu inkontinensia urin	Inkontinensia urin & Alvi
Skor		4	1	0	0
Total Skor		5			
Paraf & Nama Perawat	 Cornelis ym			
03-07-2018	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	✓ Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	✓ Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
	Mobilitas	✓ Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontensia	✓ Kontinensi	Kadang-kadang inkontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
Skor		4	0	0	0
Total Skor		4			
Paraf & Nama Perawat		Cornelis ym			
04-07-2018	Kondisi fisik	✓ Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	✓ Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	✓ Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur

	Mobilitas	✓ Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontinensia	✓ Kontinen	Kadang –kadang int/ kontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
	Skor	5	0	0	0
	Total Skor	5			
	Paraf & Nama Perawat	Cornelis ym			

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

KETERANGAN:

- 16-20 : risiko rendah terjadi dekubitus
 12-15 : risiko sedang terjadi dekubitus
 <12 : risiko tinggi terjadi dekubitus

1) Kebutuhan istirahat – tidur

a. Sebelum sakit

Tn T tidur malam mulai pukul 2100 s/d 04.30

Kadang siang hari tidur 40 menit

b. Selama sakit

Tn T tidur cukup 7 jam

2) Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

a. Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

b. Keluarga dan Tn T belum tahu penyakit yang di deritanya

c. Pola hubungan Tn T ,istri ,anak dan mantu baik

3) Koping atau toleransi stres

a. Tn T menerima dengan sakitnya sekarang Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

b. Tn T menanyakan tentang penyakitnya,bisa di sembuhkan apa tidak.

4) Konsep diri

a. Gambaran Dir

Tn T menggambarkan dirinya sedang sakit sekarang

b. Harga Diri

Tn T mengatakan sakitnya kambuh bila kecapekan, sebagai tukang tambal ban mobil.

c. Peran Diri

Tn T menyadari bahwa dia sekarang sebagai seorang pasien

d. Ideal Diri

e. Tn T mengatakan harus sembuh dari sakitnya

f. Identitas Diri

Tn T seorang kepala keluarga

5) Seksual dan menstruasi

Tidak dikaji

6) Nilai

Tidak diketahui

a. Aspek Lingkungan Fisik

Pasien di bantu oleh perawat, sekali kali jalan dengan sendirinya.

7) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Kesadaran : Compos Mentis

Status Gizi : TB = 167 cm

BB = 75 Kg

IMT = $BB : TB^2 = 75 : 1,67 = 44,91$

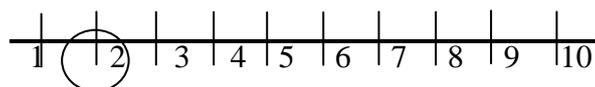
Tanda Vital : TD = 130/100 mmHg

Nadi = 88 x/mnt

Suhu = 36 °C

RR = 25 x/mnt

Skala Nyeri



4. Pemeriksaan Secara Sistematis (*Cephalo – Caudal*)

a. Kulit

Turgor kulit elastis warna coklat, luka tidak ada

b. Kepala

Bentuk kepala bulat, rambut sebagian putih.

c. Leher

Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening Tengkok : bentuk simetris ,dalam batas normal.

d. Dada

Inspeksi

Bentuk dada normal : diameter anterior posterior-transversal=1:2

Auskultasi

Terdengar bunyi ronchi +

Perkusi : di temukan sonor tympani di sisi kiri

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

e. Jantung

Inspeksi :bentuk dada normal simetris

Auskultasi :Bj I (S1): Penutup katup mitral dan triku

Bj II(S2); Penutup katup aorta dan pulmonal=DUB

S1-SII 1 detik S1 lebih keras dari SII

Perkusi : di temukan sonor tympani di sisi kiri

Palpasi: letak ictus cordis normal.tidak ada pembengkakan.

f. Punggung

Tidak ada kelainan

g. Abdomen

Inspeksi

Acetes tidak ada

Auskultasi

Terdengar bising usus + 18 x/mnt

Perkusi

Tidak ada suara thimpani

- Palpasi
nyeri tekan (-)
- h. Panggul
Dalam batas normal
- i. Anus dan Rectum
Tidak terkaji
- j. Genetalia
Pada Wanita
Tidak terkaji
Pada Pria
Tidak terkaji
- k. Ekstremitas
Atas
Dalam batas normal 5/5 tangan kanan terpasang infus asering 12 tpm
Bawah
Dalam batas normal 5/5

Table 3.4 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (Satuan)	Normal
Senin, 02-07-2018	WBC	3.2 K/UL	4-10 ribu q/dl
	Lym	27.3%	20-40 %
	Mid	1.5 K/UL	1-10%
	GRA	64.2 %	40-80%
	RBC	5,32 M/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	80-99 ft
	MCH	30.1 pg	26,5 – 33,5 pg
	MCHC	33,9 g/dl	32,9 – 36,0 %
	PLT	232 K/UL	150-450 rim/mm ³

Table 3.5 Pemeriksaan Radiologi

Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan/Interpretasi
02-07-2018	EKG	Intervention sinus tachicardi R/S Invansion area vetneem Vs and V6 Abnormal EKG.
02-07-2018	Rontgen Thorax Pa View	Bronchitis Pleural Reaction bilateral Besar cor normal Trachea dan medistinum di tengah Tak tampak penebalan hilus Sistema tulang tak tampak kelainan.

Table 3.6 Pemberian Terapi Pasein

Hari/Tanggal	Obat	Dosis dan Satuan	Rute
02-07-2018	Inf Asering	12 Tpm	IV
	Inj Cefotaxcim	2x125 gram	IV
	Inj Methilprednisolon	2x25 gram	IV
	Inj Lasix	1x20 mg	IV
	Valsatran	1x80 mg	IV
	Vectrine kapsul	3x300 ml	Oral
	Nebul Combivent	2,1/2 ml /8 jam	Inheler

B. ANALISA DATA

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1	<p>DS Tn T mengeluh batuk dahak susah keluar, sesak napas.</p> <p>DO -TD : 130/100 -SUHU ; 36 -NADI : 88X/MNT -RR : 25X/MNT -Terpasang infus asering 12 Tpm</p>	Produksi sputum yang produktif	Bersihkan jalan napas tidak efektif
2	<p>DS Tn T mengeluhkan perutnya sakit dan terasa kembung.</p> <p>P : di perut Q : terasa di remas R : Nyeri terlokalisir S ; Skala 2 T : hilang timbul</p> <p>DO -Perut tampak kembung -klien tampak gelisah</p>	Penumpukan gas di lambung	Gangguan rasa nyaman "nyeri"
3	<p>DS Tn T tidak mengerti tentang penyakit yang di alaminya sekarang ini.</p> <p>DO -Klien sering bertanya tentang penyakitnya - Klien tampak kebingunan</p>	Kurangnya informasi tentang penyakitnya	Kurang pengetahuan tentang penyakitnya

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d produksi sputum yang masi produktif
2. Gangguan rasa nyaman “nyeri” b.d penumpukan gas di lambung
3. Kurang pengetahuan tentang penyakitnya b.d kurangnya infomasi tentang penyakitnya.

D. PERENCANAAN

Hari/tgl/ jam	DIAGNOSA	PERENCANAAN		RASIONAL
		INTERVENSI	TUJUAN	
Senin 02-07- 2018	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d produksi sputum yang masih produktif	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 2x24 jam di harapkan bersihan jalan napsa sebagian teratasi dengan kriteria hasil : -klien mengatakan sudah sudah dapat mengeluarkan dahak. -klien mengatakan batuk berkurang -batuk efektif dan mengeluarkan secret -TTV : TD :120/80-140/100 NADI :60-100x/mnt SUHU : 36,5-37,5 RR : 18-22 x/mnt	1.kaji ulang fungsi pernapasan,irama, kecepatan, bunyi napas. 2 catat kemampuan mengeluarkan secret dan batuk efektif. 3.beri posisi semi fowler 4.lakukan teraphi dada 5.ajarkan batuk efektif 6.berikan obat pengencer dahak	1.mengetahui keadaan umum dan mengetahui adanya abnormal pada pernapasan 2.mengoptimalkan keseimbangan cairan untuk membantu mengencerkan dahak. 3.fisiteraphi dada dapat memaksimalkan menjatuhkan secret yang ada di jalan napas.

Hari/tgl/ jam	DIAGNOSA	PERENCANAAN		RASIONAL
		INTERVENSI	TUJUAN	
Senin 02-07- 2018	Gangguan rasa nyaman "nyeri" b.d penumpukan gas di lambung	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 2x24 jam gangguan rasa nyaman "nyeri" berkurang dengan kriteria hasil : Klien mengatakan nyeri berkurang. -Skala nyeri 2 - klien tidak meringgis TTV TD 120/80-140/100 NADI 60-100X/MNT SUHU: 36,5-37,5	1. lakukan pendekatan pada klien dan keluarga jelaskan tentang penyebab sakit yang di alami. 2. ajarkan pada keluarga klien agar ,memberi kompres hangat pada daerah perut yang sakit. 3. berikan posisi senyaman mungkin.	1. Respon klien dan keluarga lebih terbuka dan menerima baik penjelasan dari perawat. 2. mengurangi rasa nyeri yang di rasakan klien. 3. mengetahui perkembangan setiap harinya.

Hari/tgl/ jam	DIAGNOSA	PERENCANAAN		RASIONAL
		INTERVENSI	TUJUAN	
Senin 02-07- 2018	Kurang pengetahuan adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang tidak dekuat terhadap pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam pengetahuan klien dan keluarga bertambah. Penulis memprioritaskan diagnosa ini pada urutan ketiga karena pada saat klien bertanya perawat menjelaskan terkait penyakitnya, Respon klien merasa puasa atas apa yang diinformasikan terhadap perawat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga 2. jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat 3. gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit dengan cara yang tepat 4. gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat, sediakan bagi keluarga informasi tentang 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Pasien mampu mengetahui akan penyakitnya 2 Pasien mampu akan memahami penyakitnya 3 Pasien mampu menggambarkan bagaimana penyakit nya. 4 Pasien mampu mengetahui proses penyakit nya

			kemajuan pasien dengan cara yang tepat.	
--	--	--	---	--

E. PELAKSANAAN dan EVALUASI

Nama Pasien/No.C.M : Tn T /170509 Ruang ; Bougenvil Rs dr soejono

Diagnosa Keperawatan: Bersihan jalan napas tidak efektif b.d produksi sputum masih produktif

Hari/tgl	PELAKSANAAN	EVALUASI
Senin 02-07- 2018	1.Melakukan terapi dada pada klien 2.Mengajarkan batuk efektif	S: Tn T mengatakan batuk sudah berkurang dan dahaknya sudah dapat keluar,dan sesak napas sudah berkurang. O.TD 30/100,SUHU 36,5 Nadi 88x/mnt, RR 20x/mnt Terpasang infus asering 16 Tpm. A.Masalah teratasi sebagian P. Kolaborasi dengan pemberian nebul combuvent 2.1/2 ml/ 8 jam dan pemberian vextrim syrup 3x300 ml
Selasa 03-07- 2018	1.Melakukan teraphi dada pada klien 2.Mengajarkan batuk efektif	S: Tn T mengatakan batuk sudah berkurang dahak nya sudah berkurang dan sesak mulai membaik O: pasien tampak rileks. TD 120/70 mmhg SUHU 36,5 x/menit

		<p>NADI 88x/mnt, RR 20x/mnt</p> <p>Terpasang infus asering 16 Tpm.</p> <p>A :Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Kolaborasi dengan pemberian nebul combuvent 2.1/2 ml/ 8 jam dan pemberian vextrim syrup 3x300 ml</p>
<p>Rabu 04-07- 18</p>	<p>1.Melakukan teraphi dada pada klien</p> <p>2.Mengajarkan batuk efektif</p>	<p>S: Tn T mengatakan tidak batuk dan sesak lagi</p> <p>O: pasien tampak rileks.</p> <p>TD 120/70 mmhg SUHU 36,5 x/menit NADI 88x/mnt, RR 20x/mnt</p> <p>Terpasang infus asering 16 Tpm.</p> <p>A :Masalah teratasi</p> <p>P : - observasi TTV</p> <p>Kolaborasi dengan dokter</p>

Nama Pasien/No.C.M : Tn T /170509 Ruang ; Bougenvil Rs dr soejono

Diagnosa Keperawatan: Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan penumpukan gas di lambung.

Hari/tgl	PELAKSANAAN	EVALUASI
Senin 02-07- 2018	1.mengajarkan keluarga klien ,memberi kompres hangat di daerah perut yang sakit. 2. mengajarkan tehnik napas dalam ,untuk mengurangi nyeri perut	S : Tn T Mengatakan nyeri di daerah perut sudah berkurang ,dan tidak merasa kembung lagi. O :Exspresi wajah rileks,tidak meringis A :Masalah teratasi sebagian P : Kolaborasi dengan pemberian obat deuretik
Selasa 03-07- 2018	1.mengajarkan keluarga klien ,memberi kompres hangat di daerah perut yang sakit. 2. mengajarkan tehnik napas dalam ,untuk mengurangi nyeri perut	S : Tn T Mengatakan nyeri di daerah perut sudah berkurang ,dan tidak merasa kembung lagi. O :Exspresi wajah rileks,tidak meringis A :Masalah teratasi sebagian P : Kolaborasi dengan pemberian obat deuretik
Rabu	1.mengajarkan keluarga klien	S : Tn T Mengatakan tidak nyeri di

04-07-18	<p>,memberi kompres hangat di daerah perut yang sakit.</p> <p>2. mengajarkan tehnik napas dalam ,untuk mengurangi nyeri perut</p>	<p>daerah perut dan tidak merasa kembung lagi.</p> <p>O :Exspresi wajah rileks,tidak meringis</p> <p>A :Masalah teratasi</p> <p>P : Kolaborasi dengan dokter.</p>
----------	---	---

Nama Pasien/No.C.M : Tn T /170509 Ruang ; Bougenvil Rs dr soejono

Diagnosa Keperawatan: Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan informasi tentang penyakitnya.

Hari/tgl	PELAKSANAAN	EVALUASI
Senin 02-07-2018	<p>.menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang penyakit yang di deritanya sekarang,serta menjelaskan akibat dari merokok dengan penyakitnya saat ini.</p>	<p>S.Tn T dan keluarga mengatakan sudah lebih mengerti tentang penyakit yang di deritanya sekarang.</p> <p>O.Klien dan keluarga merasa berterima kasih dengan info yang di berikan.</p> <p>A.Masalah teratasi sebagian</p> <p>P.Berikan pamplet lembar balik pada klien dan keluarga agar di baca.</p>
Selasa	<p>menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang penyakit yang di</p>	<p>S.Tn T dan keluarga mengatakan sudah lebih mengerti tentang</p>

03-07-2018	deritanya sekarang,serta menjelaskan akibat dari merokok dengan penyakitnya saat ini.	<p>penyakit yang di deritanya sekarang dan merasa paham.</p> <p>O.Klien dan keluarga merasa berterima kasih dengan info yang di berikan.</p> <p>A.Masalah teratasi sebagian</p> <p>P.Berikan pamplet lembar balik pada klien dan keluarga agar di baca.</p>
Rabu 04-07-18	menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang penyakit yang di deritanya sekarang,serta menjelaskan akibat dari merokok dengan penyakitnya saat ini.	<p>S : Tn T dan keluarga mengatakan sudah lebih mengerti tentang penyakit yang di deritanya sekarang dan paham akan penyakitnya.</p> <p>O : Klien dan keluarga merasa berterima kasih dengan info yang di berikan.</p> <p>A :Masalah teratasi</p> <p>P : Berikan pamplet lembar balik pada klien dan keluarga agar di baca.</p>

Discharge Planning

1. Pantau tanda tanda vital
2. Anjurkan makan sedikit tapi sering
3. Anjurkan minum 5.000 cc per hari
4. Ajarkan hidup sehat.
5. Konsultasi dengan dokter.

2. PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas masalah yang muncul dalam Asuhan Keperawatan pada Tn. T dengan Gangguan Sistem Pernafasan Penyakit Paru Obstruksi Kronis di Ruang boegenvill rumah sakit dr.soejono Magelang. Adapun yang menjadi lingkup pembahasan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Penulis mengelola Tn. T selama 3 hari mulai tanggal 02-07-2018 – 04-07-2018 .

A. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2001).

Dalam pengkajian ini penulis menggunakan beberapa cara untuk memperoleh data menurut, yang digunakan sebagai berikut :

Dari hasil pengkajian pada tanggal 02-07-2018 dengan metode wawancara penulis mendapatkan kesulitan karena pasien sulit bicara, sulit mengeluarkan kata atau kalimat, sehingga penulis tidak hanya melakukan wawancara terhadap pasien, tetapi juga ke anggota keluarga pasien seperti ke adik dan kakaknya, dan anggota keluarga kooperatif. Saat ditanya diperoleh data yaitu keluhan utama saat dilakukan pengkajian adalah pasien mengeluh batuk disertai sesak nafas. Keluhan tambahan yang dikeluhkan pasien adalah pasien merasakan nyeri perut, pasien mengatakan riwayat merokok, serta bekerja sebagai tukang tambal ban.

Berdasarkan data diatas terdapat kesamaan antara teori dengan kasus. Menurut teori Doenges (2000) pada pengkajian pernafasan pasien mengalami batuk disertai sesak, ketidakmampuan untuk bernafas, batuk yang menetap, adanya produksi sputum (hijau, putih, kuning), Engram (2000) juga menambahkan pengkajian pada pasien dengan penderita dengan penyakit paru obstruksi kronis

meliputi riwayat merokok produk tembakau, riwayat atau adanya faktor-faktor yang dapat mencetuskan eksasebrasi seperti alergen (serbuk).

Pada pola fungsional Gordon pada pola aktivitas-latihan pasien mengatakan letih dan lemah setelah melakukan aktivitas sehari-hari karena kesulitan bernafas, sesak nafas saat istirahat setelah beraktivitas. Menurut teori Doenges (2000) pada pengkajian aktivitas atau latihan pasien mengalami keletihan, kelemahan, ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena sulit bernafas.

Pada pola fungsional Gordon pada pola istirahat-tidur pasien mengatakan kesulitan untuk tidur karena batuk yang bertambah di malam hari, pasien mengatakan tidak dapat beristirahat dengan baik.

Dari pengkajian pada pola istirahat-tidur terdapat kesamaan antara teori dengan kasus. Menurut teori Engram (2000) pasien mengalami batuk yang menetap dan bertambah saat malam hari, batuk selama waktu tidur, keluhan ketidakmampuan untuk tidur karena batuk.

Pengertian observasi menurut Nursalam (2001) adalah mengamati perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Kegiatan masalah kesehatan dan keperawatan pasien, kegiatan tersebut mencakup aspek fisik mental, sosial dan spiritual. Pedoman observasi ini penulis mengembangkan dari pola fungsional Gordon.

Dari hasil observasi pada tanggal 02-07-2018 penulis mendapatkan data yaitu pasien terlihat kesulitan bernafas, batuk yang disertai dengan sputum, Pasien juga terlihat letih, pasien terlihat mandiri tapi terkadang di bantu oleh keluarga.

Berdasarkan data diatas terdapat kesamaan antara teori dengan kasus. Menurut teori Doenges (2000) pada pengkajian pernafasan pasien mengalami batuk dengan produksi sputum, pada pengkajian aktivitas atau istirahat pasien mengalami keletihan dan kelemahan umum.

Dari hasil observasi yang penulis lakukan penulis menemukan pasien sering terbangun saat tidur di malam hari, pasien terbangun 4 kali di malam hari, pasien tidur selama 5 jam sehari. Berdasarkan data tersebut terdapat kesamaan antara teori dengan kasus. Menurut teori Engram (2000) pasien mengalami batuk yang menetap selama waktu tidur.

Dari hasil observasi pada tanggal 02-07-2018 penulis juga mendapatkan data yaitu tidak ditemukannya tanda-tanda anoreksia seperti mual muntah, nafsu makan lumayan baik, penurunan berat badan menetap, berat badan menurun bertahap.

Berdasarkan data diatas terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus. Menurut teori Doenges (2000) pasien dapat mengalami penurunan berat badan, mengeluh gangguan sensasi pengecap dan keengganan untuk makan atau kurang tertarik pada makanan. Pada saat dilakukan pengkajian penulis tidak mendapatkan tanda-tanda tersebut karena pasien mengatakan nafsu makan baik, makan 3 kali sehari, habis 1 porsi, dan tidak mengalami mual dan muntah, pasien juga diberikan terapi cairan berupa Asering dan dilakukan terapi neboliser berupa nebul combivent 2.1/2 ml/8 jam.

Pemeriksaan fisik menurut Nursalam (2001) adalah melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan masalah kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan menggunakan 4 teknik yaitu :

- a. Inspeksi yaitu suatu proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis dilaksanakan dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan penciuman.
- b. Dari hasil pengkajian pada tanggal 02-07-2018 dengan teknik inspeksi penulis mendapatkan data yaitu adanya bentuk dada seperti tong, terlihat meninggikan bahu untuk bernafas Berdasarkan data tersebut terdapat kesamaan antara teori dengan kasus. Menurut teori Doenges (2000) pada inspeksi ditemukan penggunaan

otot bantu pernafasan misalnya meninggikan bahu, dada dapat terlihat hiperinflasi dengan peninggian diameter AP (*barrel chest*) atau bentuk seperti tong.

- c. Palpasi yaitu suatu teknik yang menggunakan indera peraba, tangan dan jari-jari yang merupakan instrumen sensitif. Dari hasil pengkajian pada tanggal 02-07-2018 dengan teknik palpasi penulis mendapatkan data yaitu tidak ada nyeri tekan pada daerah dada.
- d. Perkusi yaitu pemeriksaan fisik dengan jalan mengetuk untuk membandingkan kiri kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan tujuan menghasilkan suara. Dari hasil pengkajian pada tanggal 02-07-2018 dengan teknik perkusi penulis mendapatkan data yaitu pada perkusi ditemukan bunyi pekak pada paru.
Berdasarkan data diatas terdapat kesamaan antara teori dengan kasus yaitu pada teori Doenges (2000) pada pemeriksaan perkusi : bunyi pekak pada area paru misalnya cairan, mukosa.
- e. Auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Dari hasil pengkajian pada tanggal 02-07-2018 dengan teknik auskultasi penulis mendapatkan data yaitu terdengar auskultasi : bunyi nafas mengi, ronkhi pada paru bagian kanan.

Berdasarkan data diatas terdapat kesamaan antara teori dengan kasus. Menurut teori Doenges (2000) bunyi nafas mungkin redup dengan ekspirasi mengi, menyebar, lembut atau krekels lembab kasar, ronkhi sebelah kanan paru.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Doenges (2000) yaitu cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi serta untuk mengekspresikan bagian identifikasi masalah dari proses keperawatan.

Diagnosa keperawatan menurut teori Doenges (2000) untuk kasus penyakit paru obstruksi kronis ada 4 diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan nafas tidak

efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sekret, kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan supply oksigen, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah, resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan utama. Dan teori Engram (2000) ada 2 diagnosa keperawatan yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan supply O₂ dan gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk menetap. Untuk itu penulis menjelaskan mengapa hal ini terjadi dan diagnosa keperawatan tersebut diidentifikasi sebagai masalah yang perlu dipecahkan.

Diagnosa keperawatan yang tercantum pada teori dan ditemukan pada kasus, yaitu:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sekret.

Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas (Amin, 2013). Batasan karakteristiknya antara lain pernyataan kesulitan bernafas, perubahan kedalaman atau kecepatan pernafasan, penggunaan otot aksesori, bunyi nafas tak normal misalnya mengi, ronkhi, krekels, batuk (menetap) dengan atau tanpa produksi sputum (Doenges, 2000).

Diagnosa ini muncul karena adanya data pendukung yaitu pasien mengeluh sesak nafas disertai batuk, pasien mengatakan riwayat merokok, serta bekerja tukang tambal ban, pasien terlihat kesulitan bernafas, batuk yang disertai dengan sputum, terlihat meninggikan bahu untuk bernafas, pada perkusi ditemukan bunyi pekak pada paru, auskultasi :, ronkhi pada paru bagian kanan, respirasi 26 x/menit.

Penulis memprioritaskan diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sekret pada diagnosa pertama karena pasien membutuhkan oksigen dan salah satu kebutuhan fisiologis manusia

menurut Hidayat (2008) adalah oksigen atau bernafas. Dan apabila diagnosa ini tidak diatasi maka dapat mengancam nyawa pasien.

Tujuan dari rencana tindakan keperawatan menurut Doenges (2000) adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih atau jelas dengan kriteria hasil menunjukkan perilaku untuk memperbaiki bersihan jalan misalnya batuk efektif dan mengeluarkan sekret

Intervensi yang di implementasikan oleh penulis pada tanggal 02-07- 2018 antara lain melakukan auskultasi bunyi nafas, catat adanya bunyi nafas misalnya mengi, krekels, ronkhi, rasional : obstruksi jalan nafas ditandai dengan bunyi nafas krekels, bunyi nafas redup dengan ekspirasi mengi. Mengkaji frekuensi nafas, rasional : takipnea biasanya ada pada beberapa derajat obstruksi jalan nafas, pernafasan dapat melambat dan frekuensi ekspirasi memanjang dibanding inspirasi. Mencatat adanya penggunaan otot bantu pernafasan, rasional menandakan adanya infeksi atau reaksi alergi. Memberikan posisi semifowler, rasional pasien merasa nyaman dan memudahkan pengembangan paru untuk bernafas. Membantu latihan nafas dengan bibir dimonyongkan, rasional mengatasi sesak nafas. Mengobservasi karakteristik batuk dan mengajarkan batuk efektif, rasional membantu mengeluarkan sekret. Memberikan air matang hangat, rasional mengencerkan sekret dan mempermudah pengeluaran sekret. Memberikan terapi combivent, rasional melonggarkan jalan nafas dan menurunkan produksi mukosa.

Kekuatan dalam pelaksanaan tindakan adalah pasien dan keluarga sangat kooperatif terhadap semua tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi sesak nafasnya. Kelemahannya adalah penulis membutuhkan ketelatenan, ketelitian dan kesabaran untuk mengatasi sesak nafas yang dialami pasien.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sekret pada hari senin 02-07-2018 jam 05.30 adalah :

S :Pasien mengatakan sesak nafas berkurang, pasien mengatakan lega setelah dilakukan nebulizer karena pasien dapat mengeluarkan dahak, pasien mengatakan batuk berkurang setelah minum obat vextrim sirup, respirasi 21 x/menit.

O:Nebulizer combivent 2,5 masuk via inhalasi, sekret keluar berwarna putih purulen, suara nafas mengi dan ronkhi pada paru kanan masih ada, wheezing sudah menghilang, pasien dapat mempraktekkan batuk efektif.

A:Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi.

P :Lanjutkan intervensi :

Auskultasi suara nafas tambahan

Berikan terapi nebulizer

Anjurkan untuk meningkatkan intake cairan dengan minum air matang hangat agar sekret dapat keluar.

2. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan penumpukan gas dilambung.

Pengkajian nyeri yang faktual (terkini), lengkap dan akurat akan memudahkan perawat di dalam menetapkan data dasar, menegakkan diagnose keperawatan yang tepat, merencanakan terapi pengobatan yang cocok, dan memudahkan perawat dalam mengevaluasi respon klien terhadap terapi yang di berikan.

Tindakan perawat yang perlu dilakukan dalam mengkaji pasien selama nyeri akut adalah:

- a. Mengkaji perasaan klien (respon psikologis yang muncul).
- b. Menetapkan respon fisiologis klien terhadap nyeri dan lokasi nyeri.

c. Mengkaji tingkat keparahan dan kualitas nyeri.

Pengkajian selama episode nyeri akut sebaiknya tidak dilakukan saat klien dalam keadaan waspada (perhatian penuh pada nyeri), sebaiknya perawat berusaha untuk mengurangi kecemasan klien terlebih dahulu sebelum mencoba mengkaji kuantitas persepsi klien terhadap nyeri. Sedangkan untuk pasien dengan nyeri kronis maka pengkajian yang lebih baik adalah dengan memfokuskan pengkajian pada dimensi perilaku, afektif, kognitif (NIH, 1986; McGuire, 1992).

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk klien nyeri diharapkan berorientasi untuk memenuhi hal-hal berikut:

- a. Klien melaporkan adanya penurunan rasa nyeri
- b. Klien melaporkan adanya peningkatan rasa nyaman
- c. Klien mampu mempertahankan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki.
- d. Klien mampu menjelaskan faktor-faktor penyebab nyeri.
- e. Klien mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri saat dirumah.

Kekuatan selama pelaksanaan rencana keperawatan ini adalah pasien memiliki motivasi yang besar untuk melakukan aktivitas secara mandiri,

Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam respon rangsangan nyeri, diantaranya, klien melaporkan adanya penurunan rasa nyeri, mampu mempertahankan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki, mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri.

S : Tn T Mengatakan nyeri di daerah perut sudah berkurang ,dan tidak merasa kembung lagi.

O :Ekspresi wajah rileks,tidak meringis

A :PMasalah teratasi

P : Pantau TTv

Anjurkan rileksasi

Ajarkan posisi semifowler

Kolaborasi dengan pemberian obat analgetik

3. Kurang pengetahuan tentang penyakitnya.

Kurang pengetahuan adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang tidak dekuat terhadap pengetahuan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam pengetahuan klien dan keluarga bertambah. Penulis memprioritaskan diagnosa ini pada urutan ketiga karena pada saat klien bertanya perawat menjelaskan terkait penyakitnya, Respon klien merasa puas atas apa yang diinformasikan terhadap perawat.

Tujuan dari rencana tindakan keperawatan menurut Engram (2000) adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pengetahuan klien dan keluarga bertambah

Intervensi yang dilakukan ke pasien yakni kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat, gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit dengan cara yang tepat, gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat, sediakan bagi keluarga informasi tentang kemandirian pasien dengan cara yang tepat, diskusikan pilihan terapi atau penanganan.

Kekuatan selama pelaksanaan perencanaan keperawatan ini adalah pasien dan anggota keluarga pasien kooperatif.

Evaluasi pada hari Jumat tanggal 02-07-2018 pukul 05.30 untuk diagnosa keperawatan kurang pengetahuan.

S : Tn T dan keluarga mengatakan sudah lebih mengerti tentang penyakit yang di deritanya sekarang.

O : Klien dan keluarga merasa berterima kasih dengan info yang di berikan.

A : Masalah teratasi.

P : Berikan pamflet lembar balik pada klien dan keluarga agar di baca

Studi dokumentasi menurut Arikunto (2002) adalah mencari data mengenai hal-hal atau variable yang berupa catatan, transkrip, buku dan sebagainya, sebagai data penunjang.

Pada studi dokumentasi diperoleh identitas pasien, pemeriksaan sputum. Hasil pemeriksaan yang dilakukan pada tanggal 02-07-2018 untuk pemeriksaan meliputi : terapi cairan asering 12 Tpm, Injeksi cepotaksin 1 gram 2x1, Injeksi methi 125 gram 2x1, Vectrim syrup 300 ml 3x1, nebul combivent 2.1/2 ml/8 jam, injeksi lazix 2 ml 1x1, valsatram 80 ml 1x1.

Dalam melakukan pengkajian penulis memperoleh faktor pendukung dalam melakukan pengkajian yaitu pasien dan keluarga kooperatif dan bersedia menjawab semua pertanyaan penulis, adanya rekam medis atau status klien yang membantu penulis dalam melengkapi data dan perawat ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data.

Sedangkan faktor penghambat dalam melakukan pengkajian karena pasien kooperatif, sehingga penulis melakukan wawancara terhadap pasien, tetapi juga ke anggota keluarga pasien seperti ke istri dan anak.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Penyakit Paru Obstruktif Kronik(PPOK) atau *Chronic Obstruktif Pulmonary Disease* (COPD) merupakan suatu istilah yang sering digunakan untuk sekelompok penyakit paru-paru yang berlangsung lama dan ditandai oleh peningkatan resistensi terhadap aliran udara sebagai gambaran patofisiologi utamanya. Ketiga penyakit yang membentuk satu kesatuan yang dikenal dengan COPD adalah asma bronkial, bronkitis kronis, dan emfisema paru-paru. Sering juga penyakit ini disebut dengan *Chronic Airflow Limitation* (CAL) dan *Chronic Obstructive Lung Disease* (COLD). Diagnosa yang utama pada penderita PPOK yaitu Bersihan jalan napas tidak efektif b.d peningkatan produksi sputum

B. Saran

Sebagai perawat diharapkan mampu membuat asuhan keperawatan dengan baik terhadap penderita penyakit saluran pernapasan terutama PPOK. Oleh karena itu, perawat juga harus mampu berperan sebagai pendidik dalam hal ini melakukan penyuluhan ataupun memberikan edukasi kepada pasien maupun keluarga pasien terutama mengenai tanda-tanda, penanganan dan pencegahannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, Hardhi. 2013. Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis NANDA NIC NOC. Yogyakarta : Media Action.
- Arikunto. 2002. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Yogyakarta : FIP. IKIP.
- Asih, Niluh Gede Yasmin. 2003. Keperawatan Medikal Bedah Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan. Jakarta : EGC Buku Kedokteran.
- Brashers, Valentina L. 2007. Aplikasi Klinis Patofisiologi Pemeriksaan dan Manajemen Edisi 2. Jakarta : EGC Buku Kedokteran.
- Doenges, Marilynn E. 2012. Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Jakarta : EGC Buku Kedokteran.
- Engram, Barbara. 2000. Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Volume 1. Jakarta : EGC Buku Kedokteran.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2009. Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Barcelona: Medical Communications Resources. Available from: <http://www.goldcopd.org>
- Hidayat, Azis Alimul. 2008. Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika.
- Kasanah. 2011. Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Paru Obstruksi Kronis Eksaserbasi Akut B Berdasarkan ICD 10 Pada Dokumen Rekam