

**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y DENGAN PENYAKIT  
PARU OBSTRUKSI KRONIK (PPOK) DI RUANG RAWAT  
PARU RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2018**



**OLEH :**

**KACANDRA SUGENY**

**1514401008**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS PADANG  
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y DENGAN PENYAKIT  
PARU OBSTRUKSI KRONIK (PPOK) DI RUANG RAWAT  
PARU RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2018**

**LAPORAN STUDI KASUS**

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan  
Pendidikan*

*Program Diploma III Keperawatan Di STIKesPerintis Padang*



**OLEH :**

**KACANDRA SUGENY**

**1514401008**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS PADANG  
TAHUN 2018**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang  
Program Studi DIII Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2018**

**KACANDRA SUGENY  
1514401008**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. Y DENGAN PENYAKIT  
PARU OBTRUKTIF KRONIK DI RUANG RAWAT INAP PARU RUMAH  
SAKIT ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018**

**V BAB + 89 halaman + 2 Gambar + 8 Tabel + 3 Lampiran + 1 Skema**

### **ABSTRAK**

Penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) adalah penyakit paru kronik yang progresif, artinya penyakit ini berlangsung seumur hidup dan semakin memburuk secara lambat dari tahun ke tahun. Di sumatra barat (PPOK) sebagai penyakit ke enam pada tahun 1990 dan akan meningkat menjadi penyebab ke 3 pada tahun 2020 di seluruh dunia (Maranata,2010). Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Tehnik pengumpulan data secara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dan studi kepustakaan. Hasil Asuhan Keperawatan didapatkan diagnosa, bersihan jalan napas tidak efektif, ketidak seimbangan cairan dan elektrolit, intoleransi aktivitas, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, defisit perawatan diri. Perencanaan tindakan keperawatan dapat disusun berdasarkan masalah yang dihadapi klien dengan berpedoman pada kriteria tujuan dan memperhatikan sarana dan prasarana yang ada. Setelah dilakukan asuhan keperawatan sela 3 hari didapat diagnosa ketidak efektifan bersihan jalan nafas teratasi sebagian, ketidak seimbangan cairan elektrolit teratasi sebagian, intoleransi aktivitas teratasi, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian, defesit perawatan diri teratasi. Pelaksanaan tindakan yang penulis lakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun tetapi aplikasi disesuaikan dengan kondisi klien, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan dapat menilai pembahasan yang terjadi pada klien. Kesimpulan dalam asuhan keperawatan penulis menemukan hambatan, namun berkat adanya kerjasama penulis, keluarga, perawat ruangan, serta tim kesehatan lain, sehingga penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan sesuai rencana untuk mendapatkan asuhan keperawatan yang optimal. Saran dari penulis diharapkan institusi kesehatan bisa melakukan pelayanan secara optimal dan menjadikan *NANDA NIC-NOC* sebagai acuan dari perencanaan dan implementasi di institusi masing-masing.

Kata kunci : Penyakit Paru Obstruktif Kronik, Asuhan Keperawatan, Perencanaan

1. Judul Karya Tulis Ilmiah

***High School of Health Science Perintis Padang  
Diploma III study of nursing program  
scientific papers, July 2018***

***KACANDRA SUGENY  
1514401008***

***NURSING CARE IN CLIENTS Th. Y WITH RESPIRATORY DISORDERS  
: CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN THE LUNG  
ROOM HOSPITAL ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2018***

***V CHAPTER + 89 pages + 2 Images + 8 Table + 3 Attachments + 1 Skema***

***ABSTRACT***

*Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a progressive chronic lung disease, meaning it lasts a lifetime and worsens slowly from year to year. In western Sumatra the chronic obstructive pulmonary disease (COPD) was the sixth disease in 1990 and will increase to 3rd cause by 2020 worldwide (Maranata, 2010). Writing method used is descriptive method in the form of case study. Observational data collection techniques, interviews, physical examination, documentation study and literature study. Nursing care results obtained diagnosis, ineffective airway clearance, fluid and electrolyte imbalances, activity intolerance, less nutrients than body needs, self-care deficit. Nursing action planning can be prepared based on the problems faced by the client by referring to the objective criteria and pay attention to existing facilities and infrastructure. After 3 days of nursing care, the diagnosis of ineffective clearance of airway clearance is partially resolved, electrolyte fluid imbalances are partially resolved, activity intolerance is overcome, nutrition is less than the body needs is partially resolved, self care deficit is resolved. Implementation of actions on clients with COPD that the authors do in accordance with the nursing plan that has been prepared but the application tailored to the condition of the client, and evaluate the results of nursing actions that have been done and can assess the discussion that occurred on the client. Conclusion in the nursing care of authors find obstacles, but thanks to the cooperation of writers, families, nurses room, and other health teams, so the authors can implement nursing care according to plan to get the optimal nursing care. Suggestions from the authors are expected health institutions can perform services optimally and make NANDA NIC-NOC as a reference of planning and implementation in each institutio*

*Keywords : chronic obstructive pulmonary disease, Nursing Care, implementation*

- 1. Tittle of Scientific Papers*
- 2. Student of Diploma III Keperawatan Nursing Program*
- 3. Supervisor High School Of Heakthscience Perintis Padang*

## PERNYATAAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Kacandra Sugeny

NIM : 1514401008

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. Y Dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Moctar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 18 Juli 2018

Tim Penguji

Penguji I,



**Ns. Dia Resti DND, M.Kep**

**NIK : 1420108028611071**

Penguji II,



**Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep**

**NIK : : 1440125028004033**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Kacandra sugeny  
NIM : 1514401008  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. Y Dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) Di Ruangan Rawat Inap Paru RSUD Dr.Achmad Moctar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 18 Juli 2018

Pembimbing,



**Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep**  
**NIK : 1440125028004033**

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan  
STIKes Perintis Padang



**Ns. Endra Amalia, S. Kep, M. Kep**  
**NIK: 1420123106993012**

## KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga Laporan Studi Kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Nn.S Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Di Rawat Inap Paru RSAM Bukittinggi tahun 2018 " ini dapat disajikan dalam bentuk tulisan. Dalam penyusunan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Kepada Direktur RSAM Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan
4. Ibu Ns. Andriyani selaku Kepala Ruangan di Rawat Inap Paru sekaligus Pembimbing klinik di Ruang Rawat Inap Paru RSAM Bukittinggi yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama praktek.
6. Bapak Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini
7. Ibu NS. Dia Resti DND, M.Kep selaku Penguji yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini
8. Ibu Ns. Yuli Permata Sari, M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pendidikan.
9. Bapak dan Ibu Staf Pengajar Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah banyak memberikan ilmu serta bimbingan yang bermanfaat bagi penulis.
10. Teman-teman mahasiswa mahasiswi STIKes Perintis Prodi DIII Keperawatan angkatan XXVI yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dan kritikan yang bersifat

membangun agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat lebih baik dan menuju kesempurnaan.

Akhir kata penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatu.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>viii</b>
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan	
1.2.1 Tujuan Umum.....	3
1.2.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3 Manfaat .....	4
 <b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b>	
2.1 Tinjauan Teoritis	
2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi.....	7
2.1.3 Etiologi.....	15
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	16
2.1.5 Patofisiologi.....	17
2.1.6 Pemeriksaan penunjang.....	23
2.1.7 Penatalaksanaan	
a. Keperawatan.....	25
b. Medis.....	25
2.1.8 Komplikasi.....	26
2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis	
2.2.1 Pengkajian.....	27
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	33

2.2.3	Intervensi.....	34
2.2.4	Implementasi.....	39
2.2.5	Evaluasi.....	39

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1	Pengkajian.....	40
3.2	Diagnosa Keperawatan.....	56
3.3	Intervensi.....	58
3.4	Implementasi.....	61
3.5	Evaluasi.....	62

### **BAB IV PEMBAHASAN**

4.1	Pengkajian.....	73
4.2	Diagnosa.....	77
4.3	Intervensi.....	78
4.4	Implementasi.....	81
4.5	Evaluasi.....	84

### **BAB V PENUTUP**

5.1	Kesimpulan .....	86
5.2	Saran.....	88

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **DAFTAR GAMBAR**

#### **Halaman**

Gambar 2.1.2	Anatomi Paru.....	12
--------------	-------------------	----

Gambar 2.1.2 Aktivitas Otot Pernafasan Inspirasi dan Ekspirasi ..... 14

**DAFTAR TABEL**

	<b>Halam</b>
Tabel 2.2.3 Intervensi Secara Teoritis.....	34
Tabel 3.1 Data Biologis.....	46
Tabel 3.1 Hasil Labor.....	50
Tabel 3.1 Data Pengobatan .....	52
Tabel 3.1 Analisa Data.....	57
Tabel 3.3 Intervensi.....	60
Tabel 3.4 Implementasi.....	65

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I Lembaran Absensi

Lampiran II Lembaran Konsultasi Bimbingan

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Organisasi kesehatan dunia (*WHO*) menyebut angka kematian PPOK tahun 2010 diperkirakan nomor 4 bahkan dekade mendatang akan menjadi peringkat ke 3. Semakin banyaknya jumlah batang rokok yang dihisap, maka semakin besar resiko dapat mengalami PPOK. Mengenai data tersebut dapat disadari angka kematian yang disebabkan PPOK terus mengalami peningkatan (Hulwanah, 2013).

Di Indonesia tidak ada data yang akurat tentang kekerapan PPOK. Masalah terbanyak di Sumatra Barat penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) sebagai penyakit ke enam pada tahun 1990 dan akan meningkat menjadi penyebab ke 3 pada tahun 2020 di seluruh dunia (Maranata, 2010).

Penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) adalah penyakit paru kronik yang progresif, artinya penyakit ini berlangsung seumur hidup dan semakin memburuk secara lambat dari tahun ke tahun. Dalam perjalanan penyakit ini terdapat fase-fase eksaserbasi akut. Berbagai faktor berperan dalam perjalanan penyakit ini, antara lain faktor resiko yaitu faktor yang menimbulkan dan memperburuk penyakit yaitu merokok, polusi udara, infeksi, genetik dan perubahan cuaca. Penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) merupakan istilah yang sering digunakan untuk sekelompok penyakit paru yang berlangsung lama dan di tandai dengan peningkatan

resistensi terhadap aliran udara sebagai gambaran patofisiologi utamanya. Ketiga penyakit bersatu dan membentuk satu kesatuan yang dikenal dengan PPOK adalah : bronkitis kronik, emfisema paru-paru, dan asma bronchial (Smeltzer, 2011).

RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi sebagai tempat pelayanan kesehatan yang mempunyai tujuan memberikan pelayanan semaksimal mungkin yaitu dengan memberikan pelayanan secara intensif begitu juga dengan penyakit paru obstruksi kronik. Penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) merupakan penyakit yang harus segera mendapatkan perawatan karena apabila tidak segera ditangani dapat menyebabkan kematian. Data yang didapat dari buku register ruang rawat paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi didapat 86 kasus khususnya diruang paru pada periode Januari sampai dengan Mei 2018.

Dampak dari penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) jika dibiarkan bisa mengganggu aliran darah ke paru-paru, bisa juga mengganggu kebutuhan dasar manusia (KDM), klien yang terkena penyakit tersebut bisa sering kelelahan karna batuk dan sesak nafas, sehingga *Activity Daily Living* (ADL) klien juga dapat terganggu, klien juga bisa mengalami gangguan istirahat dan tidur juga nutrisi, dan jika terus dibiarkan bisa menyebabkan kematian. Hasil dari pengkajian di ruang paru pada tanggal 6 Juni 2018 klien mengatakan sesak disertai batuk dan dahak tidak mau keluar, pola nafas klien terlihat agak cepat dengan respirasi 24 x/menit, sesak dirasakan

pada daerah dada, dan tidak ada penyebaran, dan juga sesak bertambah jika klien banyak bergerak dan beraktifitas.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Sistem Pernafasan : Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) Di Ruang Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”**.

## **1.2 Tujuan**

### 1.2.1 Tujuan Umum

Mampu memahami, menerapkan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan pasien serta mendapatkan pengalaman nyata tentang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

### 1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu menyusun konsep dasar asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit Paru Obstruktif Kronik Diruang Rawat Inap Paru RSUD DR. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2018.
- b. Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam menunjang Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Diruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2018.
- c. Mampu menentukan diagnosa pada Asuhan Keperawatan Klien Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik diruang rawat inap paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2018.



- d. Mampu menentukan intervensi pada Asuhan Keperawatan Klien Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Diruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2018.
- e. Mampu menentukan implementasi pada Asuhan Keperawatan Klien Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Diruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2018.
- f. Mampu menentukan evaluasi pada Asuhan Keperawatan Klien Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Diruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2018.

### **1.3 Manfaat**

#### **1.3.1 Bagi Penulis**

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

#### **1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan referensi institusi dalam memahami asuhan keperawatan klien dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik, sehingga dapat menambah pengetahuan dan acuan dalam memahami asuhan keperawatan klien dengan penyakit Paru Obstruktif Kronik.

### 1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit

Sebagai bahan informasi bagi rumah sakit dan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit PPOK di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi, dan dapat meningkatkan mutu pelayanan bagi perawat khususnya dalam mengatasi pasien dengan PPOK.

## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS

#### 2.1 Konsep Dasar

##### 2.1.1 Pengertian

Pengertian Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) adalah klasifikasi luas dari gangguan yang mencakup bronkitis kronik, bronkiektasis, emfisema dan asma yang merupakan kondisi ireversibel yang berkaitan dengan *dispnea* saat aktivitas dan penurunan aliran masuk dan keluar udara paru-paru. Penyakit Paru Obstruktif Kronik adalah suatu penyakit yang menimbulkan obstruksi saluran termasuk di dalamnya adalah asma, bronkitis kronis dan emfisema pulmonum (Halim, 2013).

Penyakit Paru Obstruktif Kronik adalah kelainan paru yang di tandai dengan gangguan fungsi paru berupa memanjangnya periode ekspirasi yang di sebabkan oleh adanya penyempitan saluran napas dan tidak banyak mengalami perubahan dalam masa observasi beberapa waktu. Penyakit paru obstruktif menahun merupakan suatu istilah yang di gunakan untuk sekelompok penyakit paru-paru yang berlangsung lama dan di tandai oleh peningkatan resistensi terhadap aliran udara sebagai gambaran patofisiologi utamanya (Fauci et al, 2013).

PPOK merupakan suatu istilah yang sering digunakan untuk sekelompok penyakit paru yang berlangsung lama dan di tandai oleh

peningkatan resistensi terhadap aliran udara sebagai gambaran patofisiologi utamanya (Irman, 2011).

PPOK adalah sebuah istilah keliru yang sering dikenakan pada pasien yang menderita emfisema, bronkitis kronis, atau campuran dari keduanya. Ada banyak pasien yang mengeluh bertambah sesak napas dalam beberapa tahun dan ditemukan mengalami batuk kronis, toleransi olahraga yang buruk, adanya obstruksi jalan napas, paru yang terlalu mengembang dan gangguan pertukaran gas (John B. West, 2010).

### 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

#### 1. Saluran Nafas Atas

##### a. Hidung

Terdiri atas bagian eksternal dan internal. Bagian eksternal menonjol dari wajah dan disangga oleh tulang hidung dan kartilago. Bagian internal hidung adalah rongga berlorong yang dipisahkan menjadi rongga hidung kanan dan kiri oleh pembagi vertikal yang sempit yang disebut septum rongga hidung dilapisi dengan membran mukosa yang sangat banyak mengandung vaskular yang disebut mukosa hidung. Permukaan mukosa hidung dilapisi oleh sel-sel *goblet* yang mensekresi lendir secara terus menerus dan bergerak ke belakang ke nasofaring oleh gerakan silia.

Hidung berfungsi sebagai saluran untuk udara mengalir ke dan dari paru-paru. Hidung juga berfungsi sebagai

penyaring kotoran dan melembabkan serta menghangatkan udara yang dihirup ke dalam paru-paru. Hidung juga bertanggung jawab terhadap *olfaktori* (penghidu) karena reseptor *olfaktori* terletak dalam mukosa hidung dan fungsi ini berkurang sejalan dengan pertambahan usia.

b. *Faring*

*Faring* atau tenggorok merupakan struktur seperti tuba yang menghubungkan hidung dan rongga mulut ke laring. *Faring* dibagi menjadi tiga region yaitu *nasal (nasofaring)*, *oral (orofaring)*, dan *laring (laringofaring)*. Fungsi *faring* adalah untuk menyediakan saluran pada *traktus respiratorius* dan *digesti*.

c. *Laring*

*Laring* atau organ suara merupakan struktur epitel kartilago yang menghubungkan *faring* dan *trakea*. *Laring* sering disebut sebagai kotak suara dan terdiri atas :

- a) *Epiglotis* : daun katup kartilago yang menutupi *ostium* ke arah laring selama menelan.
- b) *Glottis* : ostium antara pita suara dalam laring.
- c) *Kartilago tiroid* : *kartilago* terbesar pada *trakea*, sebagian dari *kartilago* ini membentuk jakun.
- d) *Kartilago krikoid* : satu-satunya cincin *kartilago* yang komplet dalam laring (terletak di bawah *kartilago tiroid*).

e) *Kartilago aritenoid* : digunakan dalam gerakan pita suara dengan *kartilago tiroid*.

f) Pita suara : *ligamen* yang dikontrol oleh gerakan otot yang menghasilkan bunyi suara (pita suara melekat pada *lumen laring*). Fungsi utama *laring* adalah untuk memungkinkan terjadinya vokalisasi. *Laring* juga berfungsi melindungi jalan nafas bawah dari obstruksi benda asing dan memudahkan batu

#### d. *Trakea*

Disebut juga batang tenggorokan. Ujung *trakea* bercabang menjadi dua *bronkus* yang disebut karina.

## 2. Saluran Nafas Bawah

### a. Bronkus

Terbagi menjadi bronkus kanan dan kiri disebut bronkus lobaris kanan (3 lobus) dan bronkus lobaris kiri (2 bronkus). Bronkus lobaris kanan terbagi menjadi 10 bronkus segmental dan bronkus lobaris kiri terbagi menjadi 9 bronkus segmental. Bronkus segmentalis ini kemudian terbagi lagi menjadi bronkus subsegmental yang dikelilingi oleh jaringan ikat yang memiliki : arteri, limfatik dan saraf.

### b. *Bronkiolus*

*Bronkus* segmental bercabang-cabang menjadi *bronkiolus*, bronkiolus mengandung kelenjar submukosa yang

memproduksi lendir yang membentuk selimut tidak terputus untuk melapisi bagian dalam jalan napas.

c. *Bronkiolus Terminalis*

*Bronkiolus* membentuk percabangan menjadi *bronkiolus terminalis* (yang tidak mempunyai kelenjar lendir dan silia).

d. *Bronkiolus Respiratori*

*Bronkiolus terminalis* kemudian menjadi *bronkiolus respiratori*. *Bronkiolus respiratori* dianggap sebagai saluran transisional antara jalan napas konduksi dan jalan udara pertukaran gas.

e. *Duktus Alveolar dan Sakus Alveolar*

*Bronkiolus respiratori* kemudian mengarah ke dalam duktus alveolar dan sakus alveolar dan kemudian menjadi alveoli.

f. *Alveoli*

Merupakan tempat pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub>. Terdapat sekitar 300 juta yang jika bersatu membentuk satu lembar akan seluas 70 m<sup>2</sup>, terdiri atas 3 tipe :

- a) Sel-sel alveolar tipe I adalah sel epitel yang membentuk dinding alveoli.
- b) Sel-sel alveolar tipe II adalah sel yang aktif secara metabolik dan mensekresi surfaktan (suatu fosfolipid yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveolar agar tidak kolaps).

c) Sel-sel alveolar tipe III adalah makrofag yang merupakan sel-sel fagotosis dan bekerja sebagai mekanisme pertahanan.

### 3. Paru

Paru merupakan organ yang elastis berbentuk kerucut terletak dalam rongga dada atau toraks. Kedua paru dipisahkan oleh mediastinum sentral yang berisi jantung dan beberapa pembuluh darah besar. Setiap paru mempunyai apeks dan basis, paru kanan lebih besar dan terbagi menjadi 3 lobus oleh fisura interlobaris paru kiri lebih kecil dan terbagi menjadi 2 lobus (lobos-lobus) tersebut terbagi lagi menjadi beberapa segmen sesuai dengan segmen bronkusnya.

### 4. Pleura

Pleura merupakan lapisan tipis yang mengandung kolagen dan jaringan elastis terbagi menjadi 2 :

1) *Pleura parietalis* yaitu yang melapisi rongga dada.

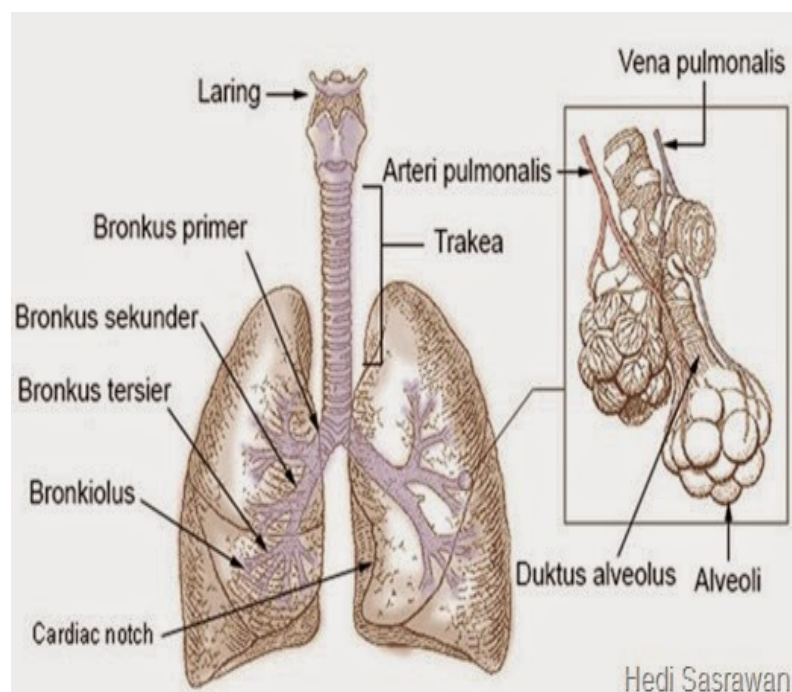
2) *Pleura viseralis* yaitu yang menyelubingi setiap paru-paru.

Diantara pleura terdapat rongga pleura yang berisi cairan tipis. Pleura yang berfungsi untuk memudahkan kedua permukaan itu bergerak selama pernapasan, juga untuk mencegah pemisahan toraks dengan paru-paru tekanan dalam rongga pleura lebih rendah dari tekanan atmosfer. Hal ini untuk mencegah kolap paru-paru. Paru-paru adalah organ penting



dari respirasi, jumlahnya ada dua, terletak di samping kanan dan kiri mediastinum, dan terpisah satu sama lain oleh jantung dan organ lainnya dalam mediastinum. Paru-paru memiliki area permukaan alveolar kurang lebih seluas  $40 \text{ m}^2$  untuk pertukaran udara (Faiz & Moffat, 2013).

Karakteristik paru-paru yaitu berpori, tekstur kenyal ringan, mengapung di air dan sangat elastis. Permukaan paru-paru halus, bersinar dan membentuk beberapa daerah *polihedral*, yang menunjukkan *lobulus* organ masing-masing daerah dibatasi oleh garis-garis yang lebih ringan (*fisura*). Paru kanan dibagi oleh *fisura transversa* dan oblik menjadi tiga lobus: atas, tengah, dan bawah. Paru kiri memiliki *fisura oblik* dan dua *lobus* (Gray, 2010).



Gambar 1 Anatomi paru

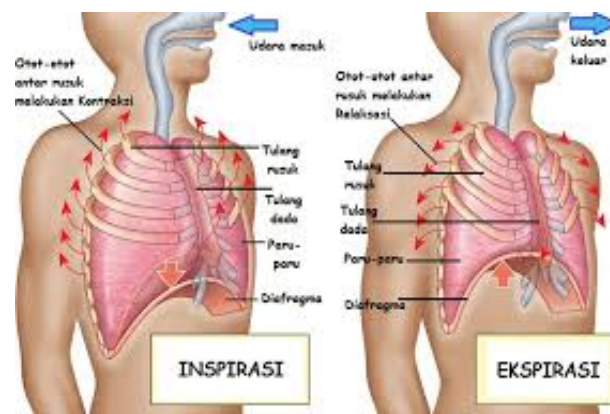
## 5. Mekanisme bernapas

Perubahan ritme kapasitas volume rongga dada dipengaruhi oleh kinerja otot-otot pernapasan. Pada pernapasan normal, saat inspirasi otot *interkostal eksternal* berkontraksi, tulang kosta dan sternum akan tertarik ke atas, karena tulang kosta pertama tidak bergerak.

Diameter anterior-posterior dari rongga dada bagian atas akan membesar dan memperbesar diameter transversal rongga dada bagian bawah. Pada saat inspirasi, diafragma berkontraksi sehingga turun, akibatnya kapasitas rongga dada meningkat (Faiz & Moffat, 2013). Akibatnya, tekanan antar permukaan pleura (dalam keadaan normal negatif) menjadi lebih negatif: -2.5 menjadi -6 mmHg, lalu jaringan elastis pada paru akan meregang dan paru akan mengembang memenuhi kapasitas rongga dada.

Pada saat ini tekanan udara di alveolus adalah -1,5 mmHg (lebih rendah dari tekanan atmosfer). Udara akan masuk ke dalam alveolus akibat perbedaan tekanan tersebut. Sebaliknya, pada saat ekspirasi dalam pernapasan normal, otot interkotal eksternal akan relaksasi, tulang kosta dan sternum akan turun, lebar dan dalamnya dada akan kurang, diafragma akan relaksasi, melengkung naik, panjang rongga dada akan berkurang, kapasitas rongga dada akan berkurang.

Tekanan antar permukaan permukaan pleura menjadi kurang negatif dari -6 menjadi -2 mmHg. Jaringan elastis paru akan kembali ke keadaan semula. Tekanan udara pada alveolus saat ini adalah + 1,5 mmHg (lebih tinggi dari tekanan udara). Udara akan terdorong keluar alveolus.



*Gambar 2 Aktifitas otot pernafasan inspirasi dan ekspirasi*

Pada keadaan pernafasan paksa, tepatnya saat inspirasi, otot *cuping* hidung dan otot glotis akan berkontraksi untuk membantu masuknya udara ke dalam paru-paru. Otot pada leher akan berkontraksi, tulang kosta pertama akan bergerak ke atas (dan sternum bergerak naik dan ke depan). Pada saat ekspirasi pada pernafasan paksa, otot interkostal internal berkontraksi, sehingga tulang kosta akan menurun lebih dari pernafasan normal. Otot abdominal juga berkontraksi untuk membantu naiknya diafragma (Sherwood, 2011).

### 2.1.3 Etiologi

Menurut Eisner penyebab dari Penyakit Paru Obstruksi Kronik adalah :

#### 1. Kebiasaan merokok

Merokok merupakan faktor risiko paling umum pada PPOK. Prevalensi tertinggi gejala gangguan pernafasan dan penurunan fungsi paru terjadi pada perokok. Angka penurunan FEV1, dan angka mortalitas lebih tinggi didapat pada perokok dibanding non perokok. Paparan asap rokok pada perokok pasif juga merupakan faktor risiko terjadinya gangguan pernafasan dan PPOK dengan peningkatan kerusakan paru akibat partikel dan gas yang masuk pada penelitian yang telah dilakukan di negara-negara Eropa dan Asia, menunjukkan bahwa adanya hubungan antara merokok dan terjadinya PPOK menggunakan metode *cross-sectional dan cohort* ( Eisner et al, 2010 ).

#### 2. Polusi oleh zat-zat produksi

Polusi udara di daerah kota dengan level tinggi sangat menyakitkan bagi pasien PPOK. Penelitian *cohort longitudinal* menunjukkan bukti kuat tentang hubungan polusi udara dan penurunan pertumbuhan fungsi paru di usia anak-anak dan remaja. Hubungan tersebut di observasi dengan ditemukannya karbon hitam di makrofag pada saluran pernafasan dan penurunan fungsi paru yang progresif. Hal ini menunjukkan hal

yang masuk akal secara biologi bagaimana peran polusi udara terhadap penurunan perkembangan fungsi paru (Gold, 2014).

### 3. Faktor genetik

Genetik sebagai faktor risiko yang pernah di ditemukan adalah defisiensi berat antitripsin alfa-1 yang merupakan inhibitor dari sirkulasi serin *protease*, walaupun *defisiensi antitripsin* alfa-1 relevan hanya pada sedikit populasi di dunia, itu cukup menggambarkan interaksi antara genetik dan paparan lingkungan dapat menyebabkan PPOK. Risiko genetik terhadap keterbatasan bernafas telah di observasi pada saudara atau orang terdekat penderita PPOK berat yang juga merokok, dengan sugesti dimana genetik dan faktor lingkungan secara bersamaan dapat mempengaruhi terjadinya PPOK gen tunggal seperti gen yang memberi kode matriks *metalloproteinase* 12 (MMP12) berhubungan dengan menurunnya fungsi paru (Gold, 2014).

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Gejala–gejala awal Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) yang bisa muncul setelah 5 – 10 tahun merokok adalah batuk yang berlendir. Batuk biasanya ringan dan sering dianggap sebagai batuk normal seorang perokok. Selain itu, sering terjadi nyeri kepala dan pilek. Selama pilek dahak menjadi kuning atau hijau karena ada nanah akibat infeksi sekunder oleh bakteri. Setelah beberapa lama gejala tersebut akan semakin sering dirasakan.

Mengi/bengek pun bisa timbul sebagai salah satu gejala PPOK. Pada usia sekitar 60 tahun sering timbul sesak nafas ketika bekerja dan bertambah parah secara perlahan. Akhirnya sesak nafas akan dirasakan ketika melakukan kegiatan rutin sehari-hari, seperti di kamar mandi, mencuci pakaian, berpakaian, dan menyiapkan makanan. Sekitar 30% penderita mengalami penurunan berat badan karena setelah selesai mereka sering mengalami sesak napas yang berat sehingga penderita sering tidak mau makan. Gejala lain yang mungkin menyertai adalah pembengkakan pada kaki akibat gagal jantung. Pada stadium akhir bisa terjadi sesak nafas berat, yang bahkan timbul ketika penderita tengah beristirahat, yang mengindikasikan adanya kegagalan pernapasan yang akut. (dr. Iskandar Junaidi, 2010).

#### 2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi menurut Brashers (2007) adalah :

Asap rokok, polusi udara dan terpapar alergen masuk ke jalan nafas dan mengiritasi saluran nafas. Karena iritasi yang konstan ini kelenjar-kelenjar yang mensekresi lendir dan sel-sel goblet meningkat jumlahnya, fungsi silia menurun, dan lebih banyak lendir yang dihasilkan serta terjadi batuk, batuk dapat menetap selama kurang lebih 3 bulan berturut-turut. Sebagai akibatnya bronkiolus menjadi menyempit, berkelok-kelok dan berobliterasi serta tersumbat karena metaplasia sel goblet dan berkurangnya elastisitas paru.

Alveoli yang berdekatan dengan bronkiolus dapat menjadi rusak dan membentuk fibrosis mengakibatkan fungsi makrofag alveolar yang berperan penting dalam menghancurkan partikel asing termasuk bakteri, pasien kemudian menjadi rentan terkena infeksi, Infeksi merusak dinding bronchial menyebabkan kehilangan struktur pendukungnya dan menghasilkan sputum kental yang akhirnya dapat menyumbat bronki. Dinding bronkhial menjadi teregang secara permanen akibat batuk hebat. Sumbatan pada bronkhi atau obstruksi tersebut menyebabkan alveoli yang ada di sebelah distal menjadi kolaps.

Pada waktunya pasien mengalami insufisiensi pernafasan dengan penurunan kapasitas vital, penurunan ventilasi, dan peningkatan rasio volume residual terhadap kapasitas total paru sehingga terjadi kerusakan campuran gas yang diinspirasi atau ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. Pertukaran gas yang terhalang biasanya terjadi sebagai akibat dari berkurangnya permukaan alveoli bagi pertukaran udara. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ini menyebabkan hipoksemia atau menurunnya oksigenasi dalam darah. Keseimbangan normal antara ventilasi alveolar dan perfusi aliran darah kapiler pulmo menjadi terganggu.

Dalam kondisi seperti ini, perfusi menurun dan ventilasi tetap sama. Saluran pernafasan yang terhalang mukus kental atau bronkospasma menyebabkan penurunan ventilasi, akan tetapi perfusi akan tetap sama atau berkurang sedikit. Berkurangnya permukaan alveoli bagi

pertukaran udara menyebabkan perubahan pada pertukaran oksigen dan karbondioksida. Obstruksi jalan nafas yang diakibatkan oleh semua perubahan patologis yang meningkatkan resisten jalan nafas dapat merusak kemampuan paru-paru untuk melakukan pertukaran oksigen atau karbondioksida. Akibatnya kadar oksigen menurun dan kadar karbondioksida meningkat. Metabolisme menjadi terhambat karena kurangnya pasokan oksigen ke jaringan tubuh, tubuh melakukan metabolisme anaerob yang mengakibatkan produksi ATP menurun dan menyebabkan defisit energi. Akibatnya pasien lemah dan energi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi juga menjadi berkurang yang dapat menyebabkan anoreksia.

Selain itu, jalan nafas yang terhambat dapat mengurangi daerah permukaan yang tersedia untuk pernafasan, akibat dari perubahan patologis ini adalah hiperkapnia, hipoksemia dan asidosis respiratori. *Hiperkapnia* dan *hipoksemia* menyebabkan vasokonstriksi vaskular pulmonari, peningkatan resistensi vaskular pulmonary mengakibatkan hipertensi pembuluh pulmonary yang meningkatkan tekanan *vascular ventrikel* kanan atau dekompensasi ventrikel kanan. Faktor-faktor resiko di atas mendatangkan proses inflamasi bronkus dan juga menimbulkan kerusakan pada dinding bronkiolus terminalis.

Akibat dari kerusakan akan terjadi obstruksi bronkus kecil (*bronkiolus terminalis*), yang mengalami penutupan atau obstruksi awal fase ekspirasi. Udara yang mudah masuk ke alveoli pada saat



inspirasi, pada saat ekspirasi banyak terjebak dalam alveolus dan terjadilah penumpukan udara (air trapping). Hal ini lah yang menyebabkan adanya keluhan sesak nafas dengan segala akibatnya. Adanya obstruksi pada awal ekspirasi akan menimbulkan kesulitan ekspirasi dan menimbulkan pemanjangan fase ekspirasi.

Fungsi-fungsi paru : ventilasi, distribusi gas, difusi gas, maupun perfusi darah akan mengalami gangguan (Anderson, 2008). Obstruksi jalan nafas menyebabkan reduksi aliran udara yang beragam bergantung pada penyakit. Pada bronkhitis kronis dan bronkhialitis, terjadi penumpukan lendir dan sekresi yang sangat banyak sehingga meyumbat jalan nafas. Pada emfisiema, obtruksi pada pertukaran oksigen dan karbondioksida terjadi akibat kerusakan dinding alveoli yang disebabkan oleh overekstensi ruang udara dalam paru. Protokol pengobatan tertentu di gunakan dalam semua kelainan ini, meski patofisiologi dari masing-masing kelainan ini membutuhkan pendekatan spesifik.

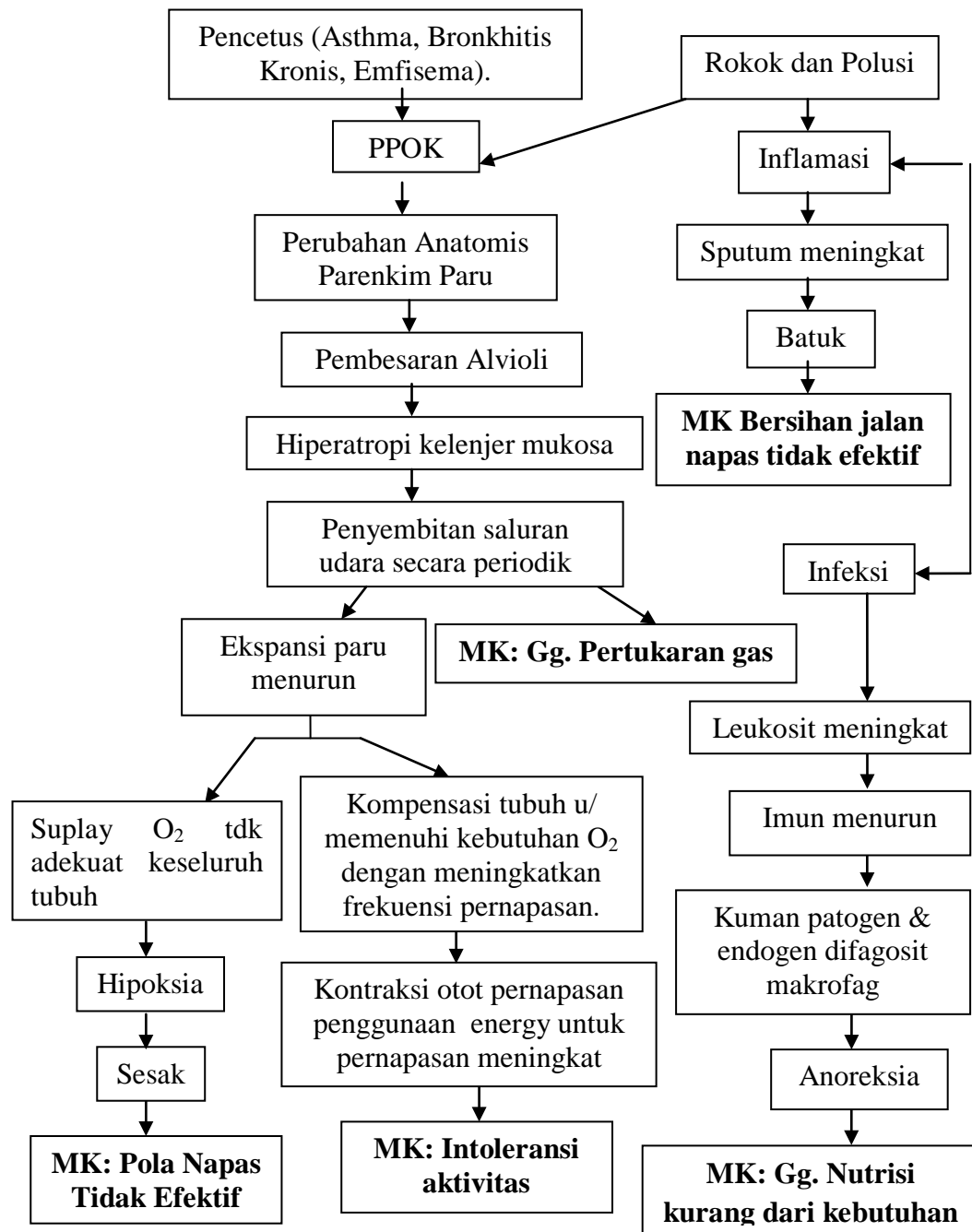
Penyakit paru obstruktif kronik di anggap sebagai penyakit yang berhubungan dengan interaksi genetik dengan lingkungan, merokok, polusi udara, dan paparan di tempat kerja (terhadap batu bara, kapas, dan padi) merupakan faktor resiko penting yang menunjang terjadi penyakit ini. Prosesnya dapat teradi dalam rentang lebih dari 20-30 tahun.

PPOK juga ditemukan terjadi pada individu yang tidak mempunyai enzim yang normal untuk mencegah penghancuran jaringan paru

oleh enzim tertentu. PPOK merupakan kelainan dengan kemajuan lambat yang membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk awitan (*onset*) gejala klinisnya seperti kerusakan fungsi paru. PPOK sering menjadi simptomatik selama tahun-tahun usia baya, tetapi insidennya meningkat sejalan dengan peningkatan usia.

Meskipun aspek-aspek fungsi paru tertentu seperti kapasitas vital (VC) dan volume ekspirasi paksa (FEV) menurun sejalan dengan peningkatan usia, PPOK dapat memburuk perubahan fisiologi yang berkaitan dengan penuaan dan mengakibatkan obstruksi jalan nafas misalnya pada bronkhitis serta kehilangan daya pengembangan (elastisitas) paru misalnya pada emfisiema. Oleh karena itu, terdapat perubahan tambahan dalam rasio ventilasi-perfusi pada klien lansia dengan PPOK. (Sumber : Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Penapasan, Arif Muttaqin 2015).

## WOC



Sumber : Brashers (2007) Anderson (2008)

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pengukuran Fungsi Paru

- a. Kapasitas inspirasi menurun.
- b. Volume residu : meningkat pada emfisema, bronkhitis, dan asma.
- c. FEV1 selalu menurun = derajat obstruksi progresif penyakit paru obstruktif kronik.
- d. FVC awal normal : menurun pada bronkhitis dan asma.
- e. TLC normal sampai meningkat sedang (predominan pada emfisema).

#### 2. Analisa Gas Darah

PaO<sub>2</sub> menurun, PCO<sub>2</sub> meningkat, sering menurun pada asma. Nilai pH normal, asidosis, alkalosis respiratorik ringan sekunder.

#### 3. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Hemoglobin (Hb) dan hematokrit (Ht) meningkat pada polisitemia sekunder.
- b. Jumlah darah merah meningkat.
- c. Eosinofil dan total IgE serum meningkat.
- d. Pulse oksimetri : SaO<sub>2</sub> oksigenasi menurun.
- e. Elektrolit menurun karena pemakaian obat diuretik.

#### 4. Pemeriksaan Sputum

Pemeriksaan gram kuman / kultur adanya infeksi campuran. Kuman patogen yang biasa ditemukan adalah streptococcus pneumoniae, hemophilus influenzae, dan moraxella catarrhalis

#### 5. Pemeriksaan Radiologi Thoraks Foto (AP dan lateral)

Menunjukkan adanya hiperinflasi paru, pembesaran jantung, dan bendungan area paru. Pada emfisema paru didapatkan diaphragma dengan letak yang rendah dan mendatar, ruang udara retrosternal

(foto lateral), jantung

memanjang dan menyempit.

#### 6. Pemeriksaan Bronkhogram

Menunjukkan dilatasi bronkus kolap bronkhiale pada ekspirasi kuat.

#### 7. EKG

Kelainan EKG yang paling awal terjadi adalah rotasi clock wise jantung. Bila sudah terdapat kor pulmonal, terdapat deviasi aksis ke kanan dan P-pulmonal pada hantaran II, III, dan aVF. Voltase QRS rendah. Di V1 rasio R/S lebih dari 1 dan di V6 V1 rasio R/S kurang dari 1. Sering terdapat RBBB inkomplet (Arif Mutaqin, 2009).

### 2.1.7 Penatalaksanaan

#### a. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan pada PPOK dapat dilakukan dengan dua cara yaitu terapi non farmakologis dan terapi farmakologis. Tujuan terapi tersebut adalah mengurangi gejala, mencegah progresivitas penyakit, mencegah dan mengatasi ekserbasasi dan komplikasi, menaikkan keadaan fisik dan psikologis pasien, meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi angka kematian.

Terapi non farmakologi dapat dilakukan dengan cara menghentikan kebiasaan merokok, meningkatkan toleransi paru dengan olahraga dan latihan pernapasan serta memperbaiki nutrisi. Edukasi merupakan hal penting dalam pengelolaan jangka panjang pada PPOK stabil. Edukasi pada PPOK berbeda dengan edukasi pada asma. Karena PPOK adalah penyakit kronik yang bersifat irreversible dan progresif, inti dari edukasi adalah menyesuaikan keterbatasan aktivitas dan mencegah kecepatan perburukan penyakit.

#### b. Medis

1. Memelihara kepatenan jalan napas dengan menurunkan spasme bronkhus dan membersihkan sekret yang berlebihan.
2. Memelihara keefektifan pertukaran gas.
3. Mencegah dan mengobati infeksi saluran pernapasan.
4. Meningkatkan toleransi latihan.

5. Mencegah adanya komplikasi (gagal napas akut dan status asmitikus).
6. Mencegah alergen / iritasi jalan napas.
7. Membebaskan adanya kecemasan dan mengobati depresi yang sering menyertai adanya obstruksi jalan napas kronis.

#### 2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada PPOK adalah :

##### 1. Gagal napas

###### 1) Gagal napas kronik :

Hasil analisis gas darah  $Po_2 < 60$  mmHg dan  $Pco_2 > 60$  mmHg, dan pH normal, penatalaksanaan :

- a. Jaga keseimbangan  $Po_2$  dan  $PCo_2$ .
- b. Bronkodilator adekuat.
- c. Terapi oksigen yang adekuat terutama waktu latihan atau waktu tidur.
- d. Antioksidan
- e. Latihan pernapasan dengan pursed lips breathing.

###### 2) Gagal napas akut pada gagal napas kronik, ditandai oleh :

- a. Sesak napas dengan atau tanpa sianosis.
- b. Sputum bertambah dan purulen.
- c. Demam
- d. Kesadaran menurun.

## 2. Infeksi berulang

Pada pasien PPOK produksi sputum yang berlebihan menyebabkan terbentuk koloni kuman, hal ini memudahkan terjadi infeksi berulang. Pada kondisi kronik ini imuniti menjadi lebih rendah, ditandai dengan menurunnya kadar limfosit darah.

## 3. Kor pulmonal

Ditandai oleh P pulmonal pada EKG, hematokrit > 50 %, dapat disertai gagal jantung kanan.

## 2.2 Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

#### a) Pengumpulan Data

##### 1) Identitas

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, tahap pengkajian diperlukan kecermatan dan ketelitian untuk mengenal masalah. Keberhasilan proses keperawatan berikutnya sangat tergantungnya pada tahap ini. (S. Suarli dan Bachtia, 2009:102)

##### a. Biodata klien :

Nama, umur, jenis kelamin, no.med.rec, tanggal masuk, tanggal pengkajian, ruangan dan diagnosa medis.

##### b. Biodata penanggung jawab

Nama ayah dan ibu, umur, pendidikan, pekerjaan, suku I bangsa, agama, alamat, hubungan dengan anak (kandung atau adopsi).



## 2) Riwayat kesehatan

### a. Keluhan utama

Keluhan yang sering dikeluhkan pada orang yang mengalami Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) adalah sesak, batuk, nyeri dada, kesulitan bernafas, demam, terjadinya kelemahan (Rohmad dan Walid, 2009:35).

### b. Riwayat kesehatan sekarang

Di kembangkan dari keluhan utama melalui PQRST

**P : Palliative/provokatif** yaitu faktor-faktor apa saja yang memperberat atau memperingan keluhan utama. Pada pasien PPOK tanyakan tentang keluhan sesak napas, hal yang memperberat sesak, hal yang memperingan sesak.

**Q : Kualitatif/Quantitatif**, yaitu berupa gangguan atau keluhan yang dirasakan seberapa besar. Tanyakan tentang akibat sesak, dapat mempengaruhi aktivitas klien, pola tidur klien dan seberapa berat sesak yang terjadi.

**R : Region/radiasi**, yaitu dimana terjadi gangguan atau apakah keluhan mengalami penyebaran.

**S : Skala**, yaitu berupa tingkat atau keadaan sakit yang dirasakan. Tanyakan tingkat sesak yang dialami klien.

**T : Timing**, yaitu waktu gangguan dirasakan apakah terus menerus atau tidak. Sesak yang dialami klien sering atau tidak. (Rohmad dan Walid, 2009:36).

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Dengan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau memengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini .(Rohman dan Walid, 2009:37).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit yang menular akibat kontak langsung antara anggota keluarga (Rohman dan Walid, 2009:37).

3) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dengan pendekatan persistem dimulai dari kepala Sampai ujung kaki dapat lebih mudah. Dalam melakukan pemeriksaan fisik perlu dibekali kemampuan dalam melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis dan rasional. Teknik pemeriksaan fisik perlu modalitas dasar yang digunakan meliputi: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (Mutaqqin, 2010:12).

a. Penampilan umum

Yaitu penampilan klien dimulai pada saat mempersiapkan klien untuk pemeriksaan.

b. Kesadaran

Status kesadaran dilakukan dengan dua penilaian yaitu kualitatif dan kuantitatif, secara kualitatif dapat dinilai antara lain yaitu komposmentis mempunyai arti mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan, apatis yaitu mengalami acuh tak acuh terhadap lingkungan sekitarnya, samnolen yaitu mengalami kesadaran yang lebih rendah dengan ditandai tampak mengai bahwa untuk, sopor mempunyai arti bahwa klien memberikan respon dengan rangsangan yang kuat dan refleks pupil terhadap cahaya tidak ada. sedangkan penilaian kesadaran terhadap kuantitatif dapat diukur melalui penilaian (GCS) Glasgow Coma Scale dengan aspek membuka mata yaitu, 4 respon verbal yaitu 5 dan respons motorik yaitu nilai 6 (Aziz Alimul, 2009:116).

c. Tanda - Tanda Vital

Tanda- tanda vital merupakan pemeriksaan fisik yang rutin dilakukan dalam berbagai kondisi klien. Pengukuran yang paling sering dilakukan adalah pengukuran suhu, dan frekuensi pernafasan (Mutaqqin, 2010:35).

d. Sistem neurologi

Pada sistem neurologi kaji tingkat kesadaran dan refleksi (Rohman dan Walid, 2009:51).

e. Sistem pendengaran

Pada sistem pendengaran kaji tingkat ketajaman klien dalam mendengarkan kata kata, palpasi bentuk telinga, adanya cairan atau tidak, adanya tekan ataupun lesi kulit (Mutaqqin, 2010: 117-119).

f. Sistem pernafasan

Pada sistem pernafasan kaji bentuk dada, gerakan pernafasan, adanya nyeri tekan atau tidak, adanya penumpukan cairan atau tidak dan bunyi khas nafas serta bunyi paru-paru (Mutaqqin, 2010:149-155).

g. Sistem kardiovaskular

Pada sistem kardiovaskular kaji adanya sianosis atau tidak, oedema pada ekstremitas, adanya peningkatan JVP atau tidak , bunyi jantung (Mutaqqin, 2010:173).

h. Sistem gastrointestinal

Pada sistem gastrointesnital kaji bentuk abdomen, frekuensi bising usus, adanya nyeri tekan atau tidak, adanya masa benjolan atau tidak, bunyi yang dihasilkan saat melakuka perkusi (Rohman dan Walid, 2009:50).

i. Sistem perkemihan

Kaji adanya nyeri atau tidak adanya keluhan saat miksi, adanya oedema atau tidak, adanya masa atau tidak pada ginjal (Mutaqqin, 2010: 269).

j. Sistem integumen

Pada sistem integumen dilakukan secara anamnesis pada klien untuk menemukan permasalahan yang dikeluhkan oleh klien meliputi: warna kulit, tekstur kulit, turgor kulit, suhu tubuh, apakah ada oedema atau adanya trauma kulit (Mutaqqin, 2010:77).

k. Sistem musculoskeletal

Kaji adanya deformitas atau tidak, adanya keterbatasan gerak atau tidak (Mutaqqin, 2010:287).

4) Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan penunjang ditulis tanggal pemeriksaan, jenis pemeriksaan, hasil dan satuannya. Pemeriksaan penunjang diantaranya: pemeriksaan laboratorium, foto rotgen, rekam kardiografi, dan lain-lain (Rohman dan Walid, 2010:55).

5) Therapy

Pada therapy tulis nama obat lengkap, dosis, frekuensi pemberian dan cara pemberian, secara oral, parental dan lain-lain (Rohman dan Walid, 2010: 55).

#### 6) Analisa data

Merupakan proses berfikir secara ilmiah berdasarkan teori-teori yang dihubungkan dengan data-data yang ditemukan saat pengkajian. Menginterpretasikan data atau membandingkan dengan standar fisiologis setelah dianalisa, maka akan didapatkan penyebab terjadinya masalah pada klien (Wong Donna L, 2009:21).

#### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut Nanda, 2015 antara lain :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret.
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
5. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan proses penyakit

## 2.2.3 Intervensi

No	Diagnosa	NOC	NIC
1.	Ketidak seimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan output yang berlebih intake kurang.	<p>Fluid balance</p> <p>Hydration</p> <p>Nutritional Status : Food and Fluid Intake</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal.</li> <li>• Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas.</li> <li>• Tidak ada tanda tanda dehidrasi.</li> <li>• Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.</li> </ul>	<p><b>Fluid management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan.</li> <li>2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.</li> <li>3. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan.</li> <li>4. Monitor vital sign.</li> <li>5. Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian.</li> <li>6. Kolaborasikan pemberian cairan IV.</li> <li>7. Monitor status nutrisi.</li> <li>8. Berikan cairan IV pada suhu ruangan.</li> <li>9. Dorong masukan oral.</li> <li>10. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output.</li> <li>11. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan.</li> <li>12. Tawarkan snack (jus buah, buah segar).</li> <li>13. Kolaborasi dokter jika tanda</li> </ol>

<p>2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret</p>	<p>Respiratory status</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas bersih,tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).</li> <li>• Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).</li> </ul>	<p>cairan berlebih muncul memburuk.</p> <p>14. Atur kemungkinan tranfusi.</p> <p>15. Persiapan untuk tranfusi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning.</li> <li>2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.</li> <li>3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning.</li> <li>4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan.</li> <li>5. Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal.</li> <li>6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.</li> <li>7. Monitor status oksigen pasien.</li> <li>8. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O2, dll.</li> <li>9. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thurst bila perlu.</li> <li>10. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.</li> </ol>
---	--	---



3. Intoleransi aktifitas  
b.d ketidakseimbangan  
suplai oksigen ke tubuh

Energy consevation

Airway tolerance

**Kriteria Hasil :**

- Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR.
- Mampu melakukan aktifitas sehari (ADLs) secara mandiri.
- Tanda tanda vital normal.
- Energy psikomotor.
- Level kelemahan.
- Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat.
- Status kardiopulmunari adekuat.

1. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medic dalam merencanakan program terapi yang tepat.
2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.
3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan soclai.
4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.
5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.
6. Bantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai.
7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.
8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan

- Sirkulasi status baik.
- Status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat.

dalam beraktivitas.

9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas.
10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.
11. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.
12. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medic dalam merencanakan program terapi yang tepat.
13. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.
14. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi.

4. Defisit perawatan diri b.d kelemahan

Self care : Activity of Daily Living (ADLs)

**Kriteria Hasil :**

- Klien terbebas dari bau badan.

1. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.
2. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.
3. Dorong klien untuk melakukan

- Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs.
- Dapat melakukan ADLs dengan bantuan.

- aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.
4. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.
  5. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.
  6. Berikan aktivitas rutin sehari- hari sesuai kemampuan.
  7. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.

5. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d faktor biologis
- Nutritional status : food and fluid Intake
- Nutritional status : nutrient intake
- Weight kontrol

**Kriteria Hasil :**

**Nutrition management**

1. Kaji adanya alergi makanan.
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien.
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake.
4. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
5. Berikan makanan yang terpilih

- Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.
  - Berat badan ideal dengan tinggi badan.
  - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
  - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.
  - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan.
  - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
- (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).
6. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. badan yang berarti.
  7. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.
  8. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.
  9. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

#### 2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang (Rohmah & Walid, 2012).

#### 2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2012).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

##### **I. Identitas diri klien**

Nama : Tn. Y

Tempat/ tanggal lahir : 23 Juni 1958 (60 tahun)

Tanggal pengkajian : 06 Juni 2018

Jenis kelamin : Laki-laki

Status perkawinan : Duda

Agama : Islam

Pekerjaan : Wiraswasta

Pendidikan : Tidak sekolah

Alamat : Nagari Sariak. Kecamatan Sungai Pua.

No. MR : 335655

Tanggal masuk : 22 Mei 2018

Sumber informasi : Pasien

Diagnosa Medis : PPOK

##### **Identitas Penaanggung Jawab**

Nama : Ny.N

Umur : 57 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pekerjaan : IRT

Hubungan dengan keluarga: Saudara

## II. Alasan Masuk

Klien datang ke RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi rujukan dari RS Medina karna sesak napas dan batuk lebih kurang 2 minggu yang lalu, batuk klien berdahak .

## III. Riwayat Kesehatan

### 1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nafas sesak, sesak datang saat klien beraktifitas dan hilang saat istirahat, sesak datang tiba-tiba, klien mengatakan batuk disertai dahak dah sulit dikeluarkan, dahak dikeluarkan dengan batuk efektif, klien mengatakan letih, nafsu makan berkurang. Dari hasil observasi didapat klien tampak sesak, gelisah, klien menggunakan alat bantu pernafasan yaitu bahu, terpasang oksigen nasal kanul 5 L. Klien tampak batuk yang disertai dahak, dahak berwarna kuning, kental, klien tampak lemah, porsi makan yang dihabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi, klien terpasang infus di ekstremitas bawah dextra, infus terpasang asering drip aminophilin, TTV : TD = 100 mmHg, N = 85 kali/menit, RR = 30 kali/menit, S = 36,2 °C.

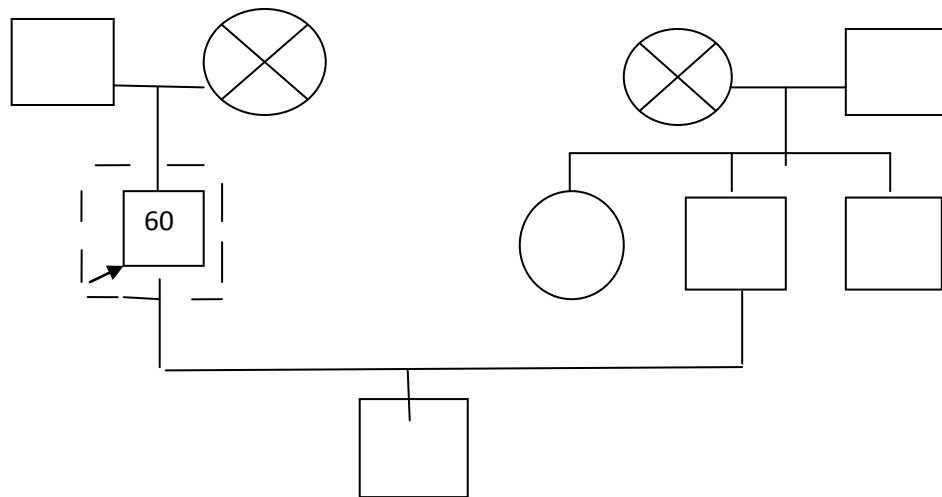
### 2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sudah punya riwayat PPOK dari tahun 1995 dan sudah 3 kali masuk rumah sakit yaitu tahun 1996, 2015 dan sekarang.

### 3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga mereka tidak ada yang pernah menderita penyakit seperti penyakit yang diderita pasien saat ini dan penyakit keturunan seperti Diabetes Mellitus, Hipertensi dan Asma.

#### Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

— : Menikah

↗ : Pasien

--- : Tinggal serumah, pasien tinggal sendiri dirumah



#### IV. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Composmentis Coperatif (CMC)

Tanda-tanda vital :

- Tekanan Darah : 100/70 mmHg
- Nadi : 85 kali/menit
- Pernafasan : 30 kali/menit
- Suhu : 36<sup>0</sup>C

Berat badan :

- Sebelum masuk RS : 45 kg
- BB sesudah masuk RS : 40 kg

Tinggi badan : 165cm

##### 1. Kepala

###### a. Rambut

Rambut berwarna hitam dengan kondisi rambut berminyak, berketombe, rambut ikal, dengan distribusi rambut jarang.

###### b. Mata

Mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, pupil isokor, klien tidak pakai alat bantu penglihatan, sklera tidak ikterik.

###### c. Telinga

Simetris kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan, telinga ada serumen, klien tidak pakai alat bantu pendengaran.

d. Hidung

Simetris kiri dan kanan, hidung tampak bersih tidak ada secret, tidak ada lesi, tidak tampak ada polip, terpasang oksigen 5 liter, penciuman klien baik.

e. Mulut dan gigi

Mokusa bibir kering, gigi berwarna kuning dan ada sisa makanan, lidah tampak kotor, tonsil lengkap, palatum ada, stomatitis tidak ada.

2. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada pembesaran getah bening

3. Thorax.

a. Paru-paru

I : Simetris kiri dan kanan, pergerakan dinding dada sama, memakai alat bantu pernafasan dengan bahu, pernafasan cepat dan dangkal.

Pa : Tidak ada nyeri tekan, *fremitus taktil* sama kanan dan kiri.

P : Sonor di kedua bagian dinding dada.

A : Ronkhi (+), Whezzing (+).

b. Jantung

I : Ictus cordis tidak terlihat.

Pa : Ictus cordis tidak teraba, tidak ada nyeri tekan saat dilakukan palpasi.

P : Saat diperkusi bunyi jantung redup.

A : Tidak terdengar suara nafas tambahan, murmur (-), gallop (-).

#### 4. Abdomen

I : Simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

A : Bising usus normal 12x/I, bunyi vasikuler

Pa : Nyeri tekan epigastrium (-)

P : Timpani

#### 5. Genetalia

Klien terpasang kateter sejak 2 minggu yang lalu, dengan kondisi kateter belum ada di ganti sejak awal masuk RS.

#### 6. Ekstremitas

Ekstremitas bawah : Pada ekstremitas bagian bawah dextra terpasang infus asering drip aminophilin 1,5 amp dengan 20 tetes/menit.

#### 7. Integument

Warna kulit sao matang, lembab dan turgor kulit jelek

#### 8. Kekuatan otot

5 5 5	5 5 5
5 5 5	5 5 5

## V. Data Biologis

No	Aktifitas	Sehat	Sakit
1.	Makan dan Minum		
	Makan		
	• Menu	Nasi + lauk	MB TKTP
	• Frekuensi	3 kali sehari	3 kali sehari
	• Porsi	1 porsi	½ porsi
	• Makan kesukaan	Tidak ada	Tidak ada
	• Pantangan		
	• Cemilan		
	Minum	Tidak ada	Tidak ada
	• Jumlah	Tidak ada	Tidak ada
	• Minuman kesukaan		
	• Pantangan		
		5 gelas sehari	5 gelas sehari
		Kopi	Tidak ada
		Tidak ada	Tidak ada
2	Eliminasi		
	BAB		
	• Frekuensi	1-2 kali sehari	1 kali sehari
	• Warna	Kuning	Kuning
	• Bau	Khas	Khas
	• Konsistensi	Lunak	Lembek
	• Kesulitan		
	BAK	Tidak ada	Terpasang pempers
	• Frekuensi		

	4 kali sehari	Terpasang kateter dengan kondisi kateter belum di ganti sejak awal masuk RS, dengan urin sebanyak 1000 cc.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warna</li> <li>• Bau</li> <li>• Konsistensi</li> <li>• Kesulitan</li> </ul>	<p>Kuning</p> <p>Pesing</p> <p>Cair</p> <p>Tidak ada</p> <p>Cair</p> <p>Tidak ada</p>
3	Istirahat dan tidur	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu tidur</li> <li>• Lama tidur</li> <li>• Waktu bangun</li> <li>• Hal yang mempermudah tidur</li> <li>• Kesulitan</li> </ul>	<p>Siang dan malam</p> <p>7-8 jam</p> <p>Pagi</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
		<p>Siang dan malam</p> <p>10 jam</p> <p>Pagi</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>

## 4 Personal hygiene

• Mandi	2 kali sehari	Di lap
• Cuci rambut	2 kali sehari	1 kali sehari
• Gosok gigi	2 kali sehari	Belum ada
• Potong kuku	2 kali sehari	Belum ada
	1 kali seminggu	1 kali seminggu

## 5 Rekreasi

• Hobby	Olahraga	Tidak ada
• Minat khusus	Tidak ada	Tidak ada
• Penggunaan waktu senggang	Nonton	Main hp

## 6 Ketergantungan

• Merokok	Ada	Tidak ada
• Minum	Ada	Tidak ada
• Obat-obatan	Tidak ada	Tidak ada

## VI. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat atau pun makan dan minuman.

## VII. Data Psikologis

## 1. Perilaku non verbal

Klien tampak senang jika ada orang yang datang menjenguk.

## 2. Perilaku verbal

a) Cara menjawab : Mampu menjawab pertanyaan dengan baik.

b) Cara memberikan informasi : baik dan lancar.

3. Emosi

Emosi pasien labil, kadang tidak suka saat ditanya.

4. Persepsi penyakit

Klien menganggap penyakit yang di deritanya bisa disembuhkan dan datang nya dari tuhan.

5. Konsep diri

Klien menganggap dirinya laki-laki, klien merasa kecewa dengan masa lalu nya.

6. Adaptasi

Klien sudah bisa beradaptasi dengan lingkungan RS karena sebelum nya sudah pernah juga masuk RS.

7. Mekanisme pertahanan diri

Klien berusaha ingin sembuh dengan cara minum obat teratur.

## VIII. Data Sosial

1. Pola komunikasi

Cara komunikasi klien kurang baik, kadang klien tidak senang kalau kita melakukan tindakan.

2. Orang yang memberi rasa nyaman

Teman adalah orang bisa membuat pasien nyaman.

3. Orang yang paling berharga bagi pasien

Orang yang paling berharga bagi pasien adalah teman.

4. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Pasien sudah bercerai dengan istrinya sejak 20 tahun yg lalu,dan sekarang pasien tinggal sendiri dan hubungan pasien dengan masyarakat baik.

#### IX. Data Spiritual

##### 1. Keyakinan

Pasien beragama islam.

##### 2. Ketaatan beribadah

Pasien mengatakan sholat ada tapi sering bolong – bolong.

##### 3. Keyakinan terhadap penyembuhan

Pasien yakin penyakitnya bisa disembuhkan.

#### X. Pemeriksaan Penunjang

##### Data Laboratorium

Tanggal : 04 Juni 2018

Darah Lengkap	Nilai Rujukan
HGB : 12,0 [g/dl]	Pria : 13.0 – 16.0 Wanita : 12.0 – 14.0
RBC : 3,81 [ $10^6$ /ul]	Pria : 4.5 – 5.5 Wanita : 4.0 – 5.0
HCT : 35,4 [%]	Pria : 40.0 – 48.0 Wanita : 37.0 – 43.0
MCV : 92,9 [fl]	
MCHC : 31,5 [pg ]	
RDW – SD : 33,9 [g/dl]	
RDW – CV : 47,2 [fl]	5.0 – 10.0
WBC : 15,1 [ $L 10^3/mm^3$ ]	150 – 400
PLT : 351 [351]	



PDW : 9,5 [fl]  
 MPV : 8,8 [fl]  
 P – LCR : 18,6 [%]  
 PCT : 0,31 [%]

No	Analisa Gas Darah	Nilai Normal		
		Arteri	Kapiler	Vena
1.	PH : 7,616	7.37 – 7.44	7.35 – 7.45	7.33 – 7.43
2.	PCO <sub>2</sub> : 48.9 mmHg	35 – 45	35 – 50	38 – 50
3.	PO <sub>2</sub> : 38.1 mmHg	83 – 108	35 – 85	30 50
4.	HCT : 31.0%	-	-	-
5.	HB : 10.4 g/dl	-	-	-
6.	HCO <sub>3</sub> : 50.4 Mmol/L	21 – 28	22 – 29	22 – 29
7.	SO <sub>2</sub> % : 80.1 %	95 – 99	65 – 85	60 – 85

## XI. Data pengobatan

No	Nama Obat	dosis	waktu	indikasi	kontra indikasi	efek samping
1	Nitralkor (oral)	2 x 1 mg	Jam 06.00 dan jam 18.00	Nyeri dada yang berhubungan dengan suplai darah	Glaukoma, anemia berat, peningkatan TIK, dll.	Sakit kepala berdenyut, sensasi rasa terbakar dikulit, memburuknya nyeri dada, mual, memperlambat denyut jantung, dll.
2	Lanzoprazo el (oral)	1 x 1 mg	Jam 18.00	Pada pasien asam lambung dan esofagus	Diare, penyakit hati, dll.	Pusing, denyut jantung cepat, gerak otot menyentak, gelisah, batuk atau tersedak, dll.
3	ISDN (oral)	1 x 1 mg	Jam 18.00	Pada pasien angina dan gagal jantung	Hipotensi, anemia, dehidrasi, gangguan fungsi hati dll.	Pusing, sakit kepala, mual, kulit memerah atau timbul ruam dll.
4	Damco	2 x1 mg	Jam 06.00 dan jam 18.00	Penyakit arteri perifer, penyakit buergar, obliterans arteriosclerosis	Pasien perdarahan dan ibu Hamil.	Sakit kepala, diare, mual dll.
5	Arkine (oral)	1 x 1 mg	Jam 18.00	Mengobati gejala	Pada pasien glaukoma sudut sempit, ileus	Kekeringan pada mulut, cepat lelah, mual dan

				parkinson	paralitik, hipertrofi prostat.	muntah, konstipasi dll.
6	Haloperido (oral)	1 x 1 mg	Jam 18.00	Pasien skizofrenia		Gatal-gatal, disfungsi ereksi, otot kaku, gejala seperti penyakit parkinson dll.
7	Dospinol (oral)	1 x 1 mg	Jam 18.00	-	-	-
8	Methyl. P (injeksi)	1 x 1 ampul	Jam 21.00	Pada pasien yang alergi dan inflamasi	Penderita hipertensi, jantung, ginjal, hati, diabetes.	Mual dan muntah, nyeri ulu hati, sakit perut, gangguan pencernaan, lemas dan lelah, sulit tidur dll.
10	Lasix (injeksi)	1 x 1 ampul	Jam 06.00	Pasien yg mengalami edema	Pada pasien yang alergi furosemid, hipotensi dan anuria.	Hipokalamia dan peningkatan kadar asam urat.
11	Combivent (injeksi)	3 x 1 mcg	Jam 05.00, 13.00 dan 21.00	Pasien ppok dan asma	Pasien jantung, kejang, diabetes, glaukoma dll.	Sakit kepala, pusing, rasa mual, mulut kering, tremor dll.
12	Nairet (injeksi)	3 x 0,3 mg	jam 05.00, 13.00 dan 21.00	Asma bronkial, bronkitis, emfisema.	Pasien dengan MAOI	Tremor, kram kronik, Palpitasi.
13	Bisolvon	3 x 1	Jam 05.00,	Pasien batuk	Pasien tukak lambung yg	Gangguan saluran

(injeksi)

13.00 dan  
21.00

Berdahak.

berat dan aktif.

pencernaan, mual, muntah,  
diare, konstipasi dan nyeri  
lambung.

## XII. Data Fokus

### a. Data Subjektif

1. Klien mengatakan nafas sesak.
2. Klien mengatakan sesak datang saat beraktifitas dan hilang saat istirahat.
3. Klien mengatakan sesak datang tiba – tiba.
4. Klien mengatakan nafsu makan kadang ada kadang tidak.
5. Klien mengatakan badannya letih.
6. Klien mengatakan batuk yang disertai dahak dan sulit untuk dikeluarkan.
7. Klien mengatakan nafsu makan kurang.
8. Klien mengatakan minum hanya 5 gelas sehari.
9. Klien mengatakan belum ada gosok gigi sejak awal masuk RS.
10. Klien mengatakan badan hanya di lap.

### b. Data Objektif

1. Klien tampak sesak.
2. Klien tampak gelisah.
3. TTV : TD : 100/70mmHg, N : 80 kali/menit, R : 24 kali/menit dan S : 36,2 °C.
4. Klien tampak menggunakan alat bantu pernafasan yaitu bahu.
5. Klien tampak bernafas cepat tapi dangkal.
6. Wheezing (+), Rhonki (+).
7. Klien terpasang oksigen nasal kanul 5 L.

8. Klien tampak batuk disertai dahak, dahak berwarna kuning kental.
9. Gigi klien tampak kuning dan terdapat sisa makanan.
10. Klien terpasang kateter dengan kondisi kateter belum diganti sejak masuk RS, dengan urin 1000 cc.
11. Klien terpasang infus pada ekstremitas bawah dextra asering drip aminophilin 1,5 amp 20 tetes.
12. Porsi yang dihabiskan hanya ½ porsi.
13. Semua aktifitas dibantu perawat.
14. Turgor kulit jelek.
15. Mukosa bibir klien tampak pucat.

## ANALISA DATA

No	Data	Problem	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan badannya letih.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien terpasang infus pada ekstremitas bawah dextra asering drip aminophilin 1,5 amp 20 tetes.</li> <li>Klien terpasang kateter dengan kondisi kateter belum diganti sejak masuk RS, dengan urin 1000 cc.</li> <li>Mukosa bibir klien tampak pucat.</li> </ul>	<p>Ketidak seimbangan cairan &amp; elektrolit</p>	<p>Output berlebih input kurang</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan batuk yang disertai dahak dan sulit untuk dikeluarkan.</li> <li>Klien mengatakan nafas sesak.</li> <li>Klien mengatakan sesak datang saat beraktifitas dan hilang saat istirahat.</li> <li>Klien mengatakan sesak datang tiba – tiba.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak sesak.</li> <li>Klien tampak gelisah.</li> <li>Klien tampak bernafas cepat tapi dangkal.</li> <li>Wheezing (+), Rhonki (+).</li> </ul>	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif</p>	<p>Penumpukan secret</p>

- Klien terpasang oksigen nasal kanul 5 L.
  - Klien tampak batuk disertai dahak, dahak berwarna kuning kental.
3. DS :
- Klien mengatakan badannya letih.
- DO :
- Semua aktifitas dibantu perawat.
- Intoleransi aktifitas
- Ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh
- 4 DS
- Klien mengatakan nafsu makan kurang.
  - Klien mengatakan nafsu makan kadang ada kadang tidak.
- DO :
- Porsi yang dihabiskan hanya ½ porsi.
- Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- 5 DS :
- Klien mengatakan belum ada gosok gigi sejak awal masuk RS.
  - Klien mengatakan badan hanya di lap.
- DO :
- Gigi klien tampak kuning dan terdapat sisa makanan.
  - Semua aktifitas dibantu perawat.
- Defisit perawatan diri
- Kelemahan

### 3.2 Diagnosa Keperawatan



1. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan output yang berlebih intake kurang.
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh.
4. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

### 3.3 Intervensi

No	Diagnosa	NOC	NIC
1.	Ketidak seimbangan cairan & elektrolit b.d defisiensi volume cairan	<p>Fluid balance</p> <p>Hydration</p> <p>Nutritional Status : Food and Fluid Intake</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal.</li> <li>• Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas.</li> <li>• Tidak ada tanda tanda dehidras.</li> <li>• Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.</li> </ul>	<p><b>Fluid management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.</li> <li>2. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan.</li> <li>3. Monitor vital sign.</li> <li>4. Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian.</li> <li>5. Kolaborasikan pemberian cairan IV.</li> <li>6. Monitor status nutrisi.</li> <li>7. Berikan cairan IV pada suhu ruangan.</li> <li>8. Dorong masukan oral.</li> <li>9. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output.</li> <li>10. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan.</li> <li>11. Tawarkan snack (jus buah, buah segar).</li> <li>12. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk.</li> </ol>

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <p>2. Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan secret</p>      | <p>Respiratory status</p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning.</li> <li>2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.</li> <li>3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning.</li> <li>4. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan.</li> <li>5. Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal.</li> <li>6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.</li> <li>7. Monitor status oksigen pasien.</li> <li>8. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O2, dll.</li> <li>9. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thurst bila perlu.</li> </ol> |
|  | <p><b>Kriteria Hasil :</b></p>  |   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).</li> <li>• Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).</li> <li>• Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan nafas.</li> </ul> |   |
| <p>3. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai O2 ke tubuh</p> | <p>Energy consevation Airway tolerance</p>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medic dalam merencanakan program terapi yang tepat.</li> <li>2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.</li> <li>3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social.</li> </ol>   |
|  | <p><b>Kriteria Hasil :</b></p>  |   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah,</li> </ul>  |   |

		<ul style="list-style-type: none"> <li>nadi dan RR</li> <li>• Mampu melakukan aktifitas sehari (ADLs) secara mandiri</li> <li>• Tanda tanda vital normal</li> <li>• Energy psikomotor</li> <li>• Level kelemahan</li> <li>• Mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat</li> <li>• Status kardiopulmunari adekuat</li> <li>• Sirkulasi status baik Status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.</li> <li>5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.</li> <li>6. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang sesuai.</li> <li>7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.</li> <li>8. Bantu pasien / keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.</li> <li>9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif.</li> <li>10. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.</li> </ol>
4.	<p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d proses penyakit</p>	<p>Nutritional status : food and fluid Intake</p> <p>Nutritional status : nutrient intake</p> <p>Weight kontrol</p> <p>KH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>• Berat badan ideal dengan tinggi badan</li> <li>• Mampu mengidentifikasi</li> </ul>	<p>Nutrition management</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan.</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien.</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake.</li> <li>4. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</li> <li>5. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).</li> <li>6. Ajarkan pasien bagaimna membuat</li> </ol>

	kebutuhan nutrisi		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> <li>• Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ul>		<p>catatan makanan harian.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.</li> <li>8. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.</li> <li>9. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.</li> </ol>
<b>5.</b>	Defisit perawatan diri b/d kelemahan	Self care : Activity of Daily Living (ADLs)	
		<b>Kriteria hasil :</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien terbebas dari bau badan.</li> <li>• Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs.</li> <li>• Dapat melakukan ADLS dengan bantuan</li> </ul>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>2. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> <li>3. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</li> <li>4. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.</li> <li>5. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</li> <li>6. Berikan aktivitas rutin sehari- hari sesuai kemampuan.</li> <li>7. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas</li> </ol>

sehari-hari.

### 3.4 Implementasi

No	Hari/Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Rabu 06 Juni 2018	Ketidak seimbangan cairan & elektrolit b/d  input kurang output berlebih.	09.0 IB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat.</li> <li>2. Memonitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan.</li> <li>3. Memonitor vital sign.</li> <li>4. Berkolaborasikan pemberian cairan IV.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih minum 5 gelas.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turgor kulit pasien masih jelek.</li> </ul>

				<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Memonitor status nutrisi.</li> <li>6. Mendorong masukan oral.</li> <li>7. Memberikan penggantian nesogatrik sesuai output.</li> <li>8. Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan.</li> <li>9. Berkolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk.</li> </ol>	<p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>
2.	Rabu  06 Juni 2018	Bersihan jalan  nafas tidak efektif  b.d penumpukan  secret	09.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan O2 menggunakan nasal kanul.</li> <li>2. Memonitor status oksigen pasien.</li> <li>3. Memberikan posisi yang memaksimalkan ventilasi.</li> <li>4. Menggunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan batuk-batuk.</li> <li>• Klien mengatakan dahak susah untuk di keluarkan.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak batuk.</li> <li>• Dahak klien tampak banyak.</li> </ul> <p>TD : 110/70 mmHg, N : 84x/m,</p>

				RR : 29x/m, S :36,9 °C.
				A : Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi.
				P : Intervensi dilanjutkan.
3.	Rabu  06 Juni 2018	Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh	09.0 IB	
				S :
			1. Berkolaborasi dengan tenaga rehabilitas medic dalam merencanakan program terapi yang tepat.	• Klien mengatakan kedua tungkai masih lemah.
			2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.	O :
			3. Membantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social.	• Klien tampak masih susah mengerakkan kaki
			4. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang	A : Masalah belum teratasi.
				P : Intervensi dilanjutkan.



			diinginkan.		
			5. Membantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.		
			6. Membantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang sesuai.		
			7. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.		
4.	Rabu 06 Juni 2018	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d faktor biologis	09. 00 WIB	<p>1. Mengkaji adanya alergi makanan.</p> <p>2. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</p> <p>3. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake.</p> <p>4. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nafsu makannya menurun karena batuk.</li> <li>• Klien mengatakan tidak dapat menghabiskan makanan karena tidak nafsu makan</li> </ul> <p>O :</p>

				<p>mencegah konstipasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).</li> <li>6. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak tidak menghabiskan makanan.</li> <li>• Makanan klien habis hanya ½ porsi.</li> </ul> <p>A : Masalah kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji adanya alergi makanan.</li> </ul> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan belum ada gosok gigi.</li> </ul>
5.	Rabu 06 Juni 2018	Defisit perawatan diri b/d kelemahan	09. 00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>2. Menyediakan bantuan sampai klien mampu</li> </ol>	

- secara utuh untuk melakukan self-care.
3. Memberi dorong pada klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.
  4. Memberi dorongan untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.
- O :
- Gigi klien masih kuning dan masih ada sisa makanan di gigi.
- A : Masalah belum teratasi.
- P : Intervensi dilanjutkan.

No	Hari/Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Kamis 07 Juni 2018	Ketidak seimbangan cairan & elektrolit b/d input kurang output berlebih	09.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat.</li> <li>2. Memonitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan.</li> <li>3. Memonitor vital sign.</li> <li>4. Kolaborasikan pemberian cairan IV.</li> <li>5. Monitor status nutrisi.</li> <li>6. Dorong masukan oral.</li> <li>7. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output.</li> <li>8. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan.</li> <li>9. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih minum 7 gelas</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turgor kulit pasien sudah baik</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan pasien minum yang banyak.</li> </ul>

2. Kamis 07 Juni 2018	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan secret	09.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan O2 menggunakan nasal kanul.</li> <li>2. Memonitor status oksigen pasien.</li> <li>3. Memberikan posisi yang memaksimalkan ventilasi.</li> <li>4. Menggunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan batuk-batuk.</li> <li>• Klien mengatakan dahak susah untuk di keluarkan.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak batuk.</li> <li>• Dahak klien tampak sedikit.</li> </ul> <p>TD : 110/70 mmHg, N : 85x/i, RR : 30x/i, S :36,2 °C .</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi.</li> </ul> <p>P :</p>
--------------------------	--	-----------	--	--

3.	Kamis	Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh	09.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medis dalam merencanakan program terapi yang tepat.</li> <li>2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.</li> <li>3. Membantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social.</li> <li>4. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.</li> <li>5. Membantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.</li> <li>6. Membantu untuk mengidentifikasi</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah bisa berdiri.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak sudah bisa berdiri.</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dihentikan. Anjurkan pasien melatih berjalan perlahan.</li> </ul>
----	-------	---	-----------	---	--

			aktivitas yang sesuai.		
			7. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.		
4.	Kamis 07 Juni 2018	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  b.d faktor biologis	09.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake.</li> <li>2. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</li> <li>3. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan makan klien masih sedikit.</li> <li>• Keluarga klien mengatakan klien hanya minum susu dan pisang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makanan klien habis 1/2 dari porsi yang diberikan.</li> <li>• Mukosa bibir klien terlihat kering</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</li> </ul>

					mulai teratasi.
					P :
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi : Anjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah- buahan</li> </ul>
5.	Kamis 07 Juni 2018	Defisit perawatan diri b/d kelemahan	09.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>2. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> <li>3. Memberi dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan mulut sudah segar</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak kuning digigi klien sudah berkurang dan sisa makanan tidak ada lagi.</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan</li> </ul>



perawat ruangan

No	Hari/Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Jumat 08 Juni 2018	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan secret	09.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan O2 menggunakan nasal kanul.</li> <li>2. Memonitor status oksigen pasien.</li> <li>3. Memberikan posisi yang memaksimalkan ventilasi.</li> <li>4. Menggunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan batuk berkurang.</li> <li>• Klien mengatakan dahak susah untuk di keluarkan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batuk klien tampak sudah berkurang.</li> <li>• Dahak klien tampak sedikit.</li> <li>• TD : 110/70 mmHg, N : 83x/i, RR : 27x/i, S :36,2 °C.</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah ketidakefektifan</li> </ul>

2. Jumat 08 Juni 2018	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d faktor biologis 09.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake.</li> <li>2. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</li> <li>3. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi).</li> </ol>	<p>bersihan jalan nafas teratasi sebagian.</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.</li> </ul> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan makan klien masih sedikit.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makanan klien habis 1/2 dari porsi yang diberikan.</li> <li>• Mukosa bibir klien terlihat kering</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian.</li> </ul>
--------------------------	---	--	---

P :

- Anjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah- buahan. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruanagan.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Ruang Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 06 – 08 Juni 2018. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut. Penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

##### **4.1.1 Identitas klien**

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis mengalami kesulitan untuk mendapatkan data dari klien karena kadang klien tidak mau diajak diskusi tentang penyakit nya dan juga klien tidak punya keluarga yang menemani klien di rumah sakit.

##### **4.1.2 Keluhan utama**

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus ada terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian. Menurut teori keluhan utama yang sering yaitu terjadi pernafasan pasien mengalami rasa dada tertekan, ketidakmampuan untuk

bernafas, batuk yang menetap, adanya produksi sputum (hijau, putih, kuning), adanya penggunaan otot bantu pernafasan seperti meninggikan bahu. Biasanya pada penderita PPOK meliputi riwayat merokok produk tembakau, riwayat atau adanya faktor-faktor yang dapat mencetuskan eksaserbasi seperti alergen (serbuk). Pada tinjauan kasus didapatkan data klien masuk IGD RSAM Bukittinggi pada tanggal 22 Mei 2018 dengan keluhan sesak nafas meningkat 2 minggu yang lalu, sesak menciut, bunyi napas wheezing, sesak nafas tidak di pengaruhi cuaca, sesak meningkat saat beraktivitas, klien mengalami sesak nafas 20 tahun yang lalu, sesak yang di rasakan hilang timbul, sesak biasanya hilang dengan pemberian obat inhalasi (seperti : nebu), dahak susah untuk di keluarkan, klien ada riwayat merokok.

Jadi dari data di atas ada kesenjangan antara teori dan kasus, pada teori didapatkan data bahwa pasien PPOK mengatakan dada seperti tertekan, ada riwayat merokok, pada kasus saat di lakukan pengkajian tidak di temukan data bahwa klien tidak merasakan dada tertekan hanya saja sesaknya datang saat melakukan aktivitas.

#### 4.1.3 Riwayat kesehatan dahulu

Pada tinjauan teori didapatkan data pada riwayat kesehatan dahulu seperti ada riwayat merokok produk tembakau, riwayat alergi (serbuk), infeksi saluran napas, stress, penggunaan obat-obatan. Dan pada tinjauan kasus saat dilakukan pengkajian riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan ada riwayat merokok, klien pernah di kenal

dengan PPOK sejak 20 tahun yang lalu, klien mengatakan tidak ada riwayat jantung. Jadi terdapat kesenjangan data antara teori dan kasus saat melakukan pengkajian, yaitu pada teori ada infeksi saluran napas sedangkan di kasus juga di dapatkan data bahwa klien ada riwayat infeksi saluran napas.

#### 4.1.4 Riwayat kesehatan keluarga

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) namun tidak ditemukan data di keluarga yang menderita Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) seperti klien.

#### 4.1.5 Pemeriksaan Fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada Tn. Y penulis banyak mengalami hambatan dikarenakan klien tidak kadang tidak mau di ajak diskusi dan karena sesak datang dengan tiba-tiba, juga sedang beristirahat, penulis mendapatkan data dari klien, dan buku status. Pemeriksaan fisik menurut teori arif muttaqin (2015) 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. Dari hasil pengkajian pada tanggal 6 Juni 2018 dengan teknik inspeksi penulis

mendapatkan data yaitu adanya bentuk dada seperti dada burung, terlihat meninggikan bahu untuk bernafas, berdasarkan teori dengan kasus. Menurut teori pada inspeksi ditemukan penggunaan otot bantu pernafasan misalnya meninggikan bahu, dada dapat terlihat hiperinflasi dengan peninggian diameter AP (*barrel chest*) atau bentuk seperti dada burung, pergerakan dinding dada sama

- b) Palpasi yaitu suatu teknik yang menggunakan indera peraba, tangan dan jari-jari yang merupakan instrumen sensitif. Dari hasil pengkajian pada tanggal 6 Juni 2018 dengan teknik palpasi penulis mendapatkan data yaitu tidak ada nyeri tekan pada daerah dada. Dan pada teori juga di dapatkan data tidak ada nyeri tekan pada daerah dada. Jadi ada kesamaan antara teori dengan kasus pada pemeriksaan inspeksi.
- c) 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 6 Juni 2018 dengan teknik perkusi penulis mendapatkan data yaitu pada perkusi ditemukan bunyi sonor pada paru. Berdasarkan data diatas terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus yaitu pada teori pada pemeriksaan perkusi : bunyi pekak pada area paru misalnya cairan,
- d) Auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan

stetoskop. Dari hasil pengkajian pada tanggal 6 juni 2018 dengan teknik auskultasi penulis mendapatkan data yaitu terdengar auskultasi : bunyi nafas wheezing pada paru bagian kanan dan pada paru bagian kiri. Berdasarkan data diatas terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus. Menurut teori bunyi nafas mungkin redup dengan ekspirasi mengi, menyebar, lembut atau krekels lembab kasar, ronkhi, mengi sepanjang area paru pada ekspirasi dan kemungkinan selama inspirasi berlanjut sampai penurunan atau tak adanya bunyi nafas.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut Nanda, 2015 antara lain :

1. Ketidak seimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan output yang berlebih intake kurang.
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.



Sedangkan pada tinjauan kasus juga ditemukan 5 diagnosa keperawatan, diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus adalah :

1. Ketidak seimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan output yang berlebih intake kurang.
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh.
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakka pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan klien saat pengkajian dilakukan. Untuk diagnosa pertama Yaitu ketidakefektifan jalan nafas, rencana tindakan yang dilakukan adalah memonitor status oksigen klien, mendemonstrasikan batuk efektif, mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan baik.

a) Untuk diagnosa pertama

Yaitu ketidak seimbangan cairan & elektrolit dalam tubuh, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah monitor status hidrasi

(kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan monitor vital sign, monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian, kolaborasi pemberian cairan IV, monitor status nutrisi. berikan cairan IV pada suhu ruangan, dorong masukan oral, berikan penggantian nesogatrik sesuai output, dorong keluarga untuk membantu pasien makan, tawarkan snack (jus buah, buah segar), dan kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk.

b) Untuk diagnosa kedua

Yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning, auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning, informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning, minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan, berikan O<sub>2</sub> dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal, gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan, monitor status oksigen pasien, hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O<sub>2</sub>, buka jalan nafas, dan gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu.

c) Untuk diagnosa ketiga

Yaitu intoleransi aktivitas, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medis dalam merencanakan program terapi yang tepat, bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, bantu untuk

memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social, bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan, bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda dan krek, bantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai, bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang, bantu pasien / keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas, sediakan penguatan positif bagi yang aktif, monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.

d) Untuk diagnosa keempat

Yaitu Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah kaji adanya alergi makanan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien, anjurkan pasien untuk meningkatkan intake, yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi), ajarkan pasien bagaimna membuat catatan makanan harian, monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, dan kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.

e) Untuk diagnosa kelima

Yaitu defisit perawatan diri, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. Sediakan bantuan

sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care, dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki, dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya, ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan, pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

##### a) Untuk diagnosa pertama

Yaitu ketidak seimbangan cairan & elektrolit berhubungan dengan input kurang output berlebih, implementasi yang telah dilakukan adalah mempertahankan catatan intake dan output yang akurat, memonitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan. Memonitor vital sign, berkolaborasi pemberian cairan IV., memonitor status nutrisi, dorong masukan oral, memberikan penggantian nesogatrik sesuai output, mendorong keluarga untuk membantu pasien makan,

berkolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk.

b) Untuk diagnosa kedua

Yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret, implementasi yang telah dilakukan adalah memberikan O<sub>2</sub> menggunakan nasal kanul, memonitor status oksigen pasien, memberikan posisi yang memaksimalkan ventilasi, menggunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.

c) Untuk diagnosa ketiga.

Yaitu intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh, implementasi yang telah dilakukan adalah berkolaborasi dengan tenaga rehabilitas medic dalam merencanakan program terapi yang tepat, membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, membantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan, membantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda dan krek, membantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai, bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.

d) Untuk diagnosa keempat

Yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, implementasi yang telah

dilakukan adalah mengkaji adanya alergi makanan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake, meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi), berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

e) Untuk diagnosa kelima

Yaitu defisit perawatan diri, implementasi yang telah dilakukan adalah memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care, memberi dorong pada klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki, memberi dorongan untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.

Dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a) Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan keperawatan.
- b) Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan keperawatan.

- c) Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

#### **4.5 Evaluasi**

Dari 5 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan belum mencapai perkembangan yang diharapkan, dikarenakan waktu yang singkat oleh karena itu diharapkan kepada perawat dan tenaga medis lainnya untuk melanjutkan intervensi yang telah penulis rencanakan. Dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

- a) Untuk diagnosa pertama yaitu ketidak seimbangan cairan & elektrolit dalam tubuh, hasil yang penulis dapatkan adalah klien mengatakan minum sudah agak banyak, turgor kulit sudah membaik.
- b) Untuk diagnosa pertama yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas, hasil yang penulis dapatkan adalah klien mengatakan batuk-batuk dan dahak susah untuk dikeluarkan.
- c) Untuk diagnosa ketiga yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, hasil yang penulis dapatkan adalah Keluarga klien mengatakan makan klien sudah sedikit lebih banyak dari pada sebelumnya.
- d) Untuk diagnosa keempat yaitu intoleransi aktifitas, hasil yang penulis dapatkan kedua kaki klien lemah karna tirah baring lama.

- e) Untuk diagnosa kelima yaitu defisit perawatan diri, hasil yang penulis dapatkan klien mengatakan kalau sejak dirumah sakit badan hanya di lap saja, dan mencuci rambut juga gosok gigi jarang.



## BAB V

### PENUTUP

#### 5.1 Kesimpulan

Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 dapat disimpulkan :

a. Pengkajian.

Saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data yang sesuai dengan penyakit pasien yaitu Penyakit Paru Obstruktif Kronik ( PPOK ), dan nantinya data tersebut akan menjadi dasar bagi penulis untuk menegakkan diagnosa dalam melakukan tindakan keperawatan.

b. Diagnosa.

Berdasarkan data yang di dapat, ditemukan 3 diagnosa pada kasus Tn. Y yaitu:

1. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan output yang berlebih intake kurang.
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen ke tubuh.
4. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

c. Intervensi.

Intervensi yang dilakukan mengacu kepada diagnosa yang ditegakkan dan dibuat sesuai teoritis pada buku rencana asuhan keperawatan. Intervensi dapat berupa tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi. Untuk intervensi pada kasus beberapa intervensi teori tidak penulis masukkan karena penulis memilih dan menyesuaikan dengan kondisi klien. Implementasi yang dilakukan di ruangan lebih di fokuskan pada pendidikan kesehatan dan kolaborasi dengan keluarga untuk merawat pasien, sedangkan untuk implementasi yang lain secara continue dilakukan oleh perawat ruangan karena keterbatasan waktu bagi penulis memantau dan melakukan implementasi pada klien.

d. Implementasi

Pada implementasi asuhan keperawatan dengan klien PPOK di ruang rawat inap paru Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 hampir semua dapat dilakukan, namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak lakukan tetapi dilakukan oleh perawat ruangan tersebut.

e. Evaluasi

Evaluasi dapat berupa respon verbal, respon non verbal, dan hasil pemeriksaan. Dari 5 diagnosa yang penulis tegakkan, sudah ada masalah yang teratasi, tapi hanya sedikit dari diagnosa dikarenakan keterbatasan waktu dan kemampuan penulis untuk melakukan asuhan keperawatan.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) dan faktor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

### 5.2.2 Bagi Rumah Sakit

Untuk mencegah meningkatnya Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) sebaiknya pasien di beri informasi yang memadai mengenai Acute Kidney Injuri itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan di perolehnya informasi yang cukup maka pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera. Adapun untuk pasien yang telah mengalami atau menderita Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) maka harus segera di lakukan perawatan yang intensif.

### 5.2.3 Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan mampu mengenali tanda dan gejala Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), sehingga komplikasi dari penyakit tersebut dapat segera di atasi, dan bagi masyarakat diharapkan mampu mengendalikan pola hidup yang tidak baik sehingga bisa terhindar dari penyakit Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).

Diharapkan juga bagi keluarga bersikap lebih terbuka dalam memberikan informasi yang akan sangat berguna untuk melakukan rencana tindakan yang tepat nantinya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul H, Aziz. 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi konsep dan perawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Anderson, John R. 2008. Problem solving dan Learning. *American Psychologist*, hal 48. No. I.35.4.1.
- Brashers, Valentina L. 2007. *Aplikasi Klinis Patofisiologi : Pemeriksaan dan Manajemen*. Alih bahasa H. Y Kuncara: editor edisi bahasa Indonesia, Devi Yulianti, edisi 2 Jakarta : EGC.
- Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D, Kuenzli N, Padilla R, Postma D, et. al., 2010. An Official american thorocis sosiety public policy Statement : Novel risk factors and the global burden of cronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respircrid Med*, 182 (5) : 693-781.
- Global Iniative For Chroic Obstruktive Lung Disease. *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, and prevention*. 2014.
- Junaidi Iskandar. 2010. *Penyakit Paru dan Saluran Nafas*. Jakarta : Bhuana Ilmu Populer.
- Sherwood L. 2011. *Fisiologi Manusia Dari Sel Ke Sistem*. 6<sup>th</sup> ed. Jakarta : EGC.
- Smeltzer. 2011. *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta : EGC.
- Somantri, Irman. 2011. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Pernafasan*. Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika.
- Suarli, S dan Bachtiarh. 2009. *Management Keperawatan Dengan Pendekatan Praktek*. Jakarta : Erlangga.

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Kacandra Sugeny  
Tempat / Tanggal Lahir : Banyuwangi, 27 Oktober 1997  
Agama : ISLAM  
Jumlah bersaudara : 3 Orang  
Anak Ke : 1 ( Pertama )  
Alamat : Jorong balik – bukit, Kenagarian Andaleh,  
Kecamatan Luak, Kabupaten 50 kota

Nama Orang Tua  
Ayah : Sugito  
Ibu : Peni

Riwayat pendidikan

1. SDN 03 Andaleh
2. SMPN 5 Payakumbuh
3. SMAN 3 Payakumbuh
4. Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS  
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG  
TA 2016/2017**


NAMA MAHASISWA : Kaeandra Sugeny  
 NIM : 1516401008  
 RUANGAN : Paru  
 JUDUL STUDI KASUS : .....

.....  
 .....

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Rabu/06-06-18	07.30	<i>Hub</i>	13.00	<i>Hub</i>	
2	Kamis/07-06-18	08.00	<i>Hub</i>	13.00	<i>Hub</i>	
3	Jumat/08-06-18	08.00	<i>Hub</i>	12.00	<i>Hub</i>	


Bukittinggi, ..... 2018

**Ka Ruangan**

  
 Ns. Andriyani, S.Kep  
 NIP 19730606 199603 2 002

(.....)

**Preceptor**

  
 Ns. Andriyani, S.Kep  
 NIP 19730606 199603 2 002

(.....)

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG**

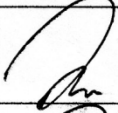

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Kacandra Sugeny

Nim : 1514401008

Pembimbing : Ns. Andriyani, S. Kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

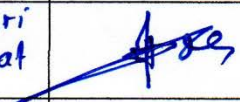
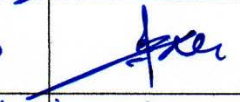

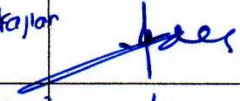

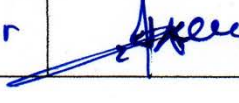
NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	Sabtu 09-06-2018	- Perbaiki pemeriksaan Fisik -	
2	minggu 10-06-2018	acc - /dipresentasikan	
3			
4			
5			
6			



**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Kacandra Sugeny  
 Nim : 1514401008  
 Pembimbing : Ns. Falerisiska Yunere, M. Kep  
 Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) Di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	4/7/2018	- Sesuaikan dg teori - woc belum terlihat - lanjutkan	
2	5/7/2018	- Dx sesuaikan dg teori	
3	9/7/2018	- gunakan konsep teori dalam penulisan implementasi di askep	
4	12/7/2018	- tampilkan pengkajian askep pada RKS	
5	17/7/2018	- Perbaiki implementasi - Buat abstrak KTI	
6	18/7/2018	acc di ujian kar	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG



**LEMBAR KONSULTASI REVISI**

Nama Mahasiswa : Kacandra Sugeny

Nim : 1514401008

Penguji I : Ns. Dia Resti DND, M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan PPOK di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	23 / 7 / 2018	- tambah kon drogosa - sesuaikan intervensi dg nanda NIC-MOE	
2.	30 / 7 / 2018	= ace untuk dijilid	
3.			
4.			
5.			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

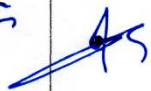


**LEMBAR KONSULTASI REVISI**

Nama Mahasiswa : Kacandra Sugeny

Nim : 1514401008

Penguji II : Ns. Falerisiska Yunere, M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan PPOK di Ruang Rawat Inap Paru RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	23 / 7 / 2018	Carijita	Debitasi penulisan tabel data 
2.	27 / 7 / 2018	Carijita	bagian bahan & di Marukan & lain 
3.	1 / 8 / 2018	Oke.	Ace & Kumpul k & jilid 
4.			
5.			