ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. S DENGAN GANGUAN SISTEMPERNAPASAN : PENYAKIT PARU OBTRUKTIF KRONIK ( PPOK )DIRUANG RAWAT INAP PARU TANGGAL19-21 JUNI 2107RUMAH SAKIT AHCMAD MOCHTAR BUKITTINGGITAHUN 2017

LAPORAN STUDI KASUSDiajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan PendidikanProgram Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang

OLEH

TINO FERNANDONIM: 14103084015428

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANGPROGRAM STUDI D III KEPERAWATANTAHUN 2017

KARYA TULIS ILMIAH

LAPORAN STUDI KASUSASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. S DENGAN GANGUAN SISTEMPERNAPASAN : PENYAKIT PARU OBTRUKTIF KRONIK ( PPOK )DIRUANG RAWAT INAP PARU TANGGAL19-21 JUNI 2107RUMAH SAKIT AHCMAD MOCHTAR BUKITTINGGITAHUN 2017

OLEH

TINO FERNANDONIM: 14103084015428

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANGPROGRAM STUDI D III KEPERAWATANTAHUN 2017

1
**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2017
TINO FERNANDO
14103084015428
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Nn.S DENGAN PENYAKIT PARU
OBTRUKTIF KRONIK DI RUANG RAWAT INAP PARU RUMAH SAKIT
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017
V BAB + 74 halaman + 2 Gambar + 8 Tabel + 3 Lampiran
ABSTRAK**Studi kasus ini berjudul Asuhan Keperawatan Pada Nn. S Dengan Gangguan
Sistem Pernapasan : Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Paru RSUD
Dr. Ahcmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 19-21 Juni 2017. Alasan penulis
melakukan asuhan keperawatan ini karena penyakit ini berlangsung seumur
hidup dan semakin memburuk secara lambat dari tahun ke tahun. Tujuannya mampu
melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komfrehensif meliputi aspek
bio-psiko-sosial dan spiritual pada klien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
dengan pendekatan proses keperawatan. Metode penulisan yang digunakan adalah
metode deskriptrif 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,
gangguan kebutuhan istirahat dan tidur, intoleransi aktivitas, rasa aman nyaman, dan
defisit pengetahuan. Perencanaan tindakan keperawatan dapat disusun berdasarkan
masalahyang dihadapi klien dengan berpedoman pada kriteria tujuan dan
memperhatikan sarana dan prasarana yang ada. Pelaksanaan tindakan pada klien
dengan PPOK 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, yaitu kesenjangan antara teori dan kenyataan serta
menemukan pemecahan masalah. 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.
**Kata kunci : Penyakit Paru Obstruktif Kronik, Asuhan Keperawatan, Perencanaan
1. Judul Karya Tulis Ilmiah
2. Mahasiswa Program D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Dosen Pembimbing STIKes Perintis Padang**
2
***High School of Health Science Perintis Padang
Diploma III study of nursing program
scientific papers, July 2017*TINO FERNANDO
14103084015428
*NURSING CARE IN CLIENTS Nn.S WITH RESPIRATORY DISORDERS : CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN THE LUNG ROOM HOSPITAL
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2017*V CHAPTER + 74 pages + 2 Images + 8 Table + 3 Attachments
*ABSTRACT***This case study entitled Nursing Care On Nn. S With Respiratory Disorders: Chronic
Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in the Lung Room RSUD Dr. Ahcmad Mochtar
Bukittinggi on 19-21 June 2017. The reason the authors do this nursing care because the
disease lasts a lifetime and progressively deteriorate slowly from year to year. The goal is
able to carry out direct and comprehensive nursing care includes the bio-psycho-social and
spiritual aspects of the clients of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) with a
nursing process approach. Writing method used is descriptive method in the form of case
study. Data collection techniques are observation, interview, physical examination,
documentation study and literature study. Nursing care results obtained diagnosis, ineffective
airway clearance, break and sleep, activity intolerance, comfortable feeling, and knowledge
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.
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, the gap between theory and reality as well as finding problem
solving . 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.
***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***

1
**MANUSKRIP
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. S DENGAN GANGGUAN SISTEM
PERNAPASAN : PENYAKIT PARU OBTRUKTIF KRONIK
DI RUANG PARU RSUD Dr.AHCMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2017
TINO FERNANDO
Email : tinofernando09@gmail.com
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN PERINTIS PADANG
TAHUN 2017**
2
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. S DENGAN GANGGUAN SISTEM
PERNAPASAN : PENYAKIT PARU OBTRUKTIF KRONIK
DI RUANG PARU RSUD Dr.AHCMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2017
TINO FERNANDO 1, FALERISISKA YUNERE 2
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
*Email :*** *tinofernando09@gmail.com***ABSTRAK**Studi kasus ini berjudul Asuhan Keperawatan Pada Nn. S Dengan Gangguan
Sistem Pernapasan : Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Ruang Paru RSUD
Dr. Ahcmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017. Alasan penulis melakukan asuhan
keperawatan ini karena penyakit ini berlangsung seumur hidup dan semakin
memburuk secara lambat dari tahun ke tahun. Tujuannya mampu melaksanakan
asuhan keperawatan secara langsung dan komfrehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial
dan spiritual pada klien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) dengan pendekatan

|  |  |
| --- | --- |
| proses  | keperawatan. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptrif |
| 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, gangguankebutuhan istirahat dan tidur, intoleransi aktivitas, rasa aman nyaman, dan defisit |  |  |  |
| pengetahuan.  | Perencanaan  | tindakan keperawatan  | dapat  | disusun  | berdasarkantujuan dan |
| masalahyang dihadapi  | klien dengan berpedoman pada kriteria  |  |  |  |  |

memperhatikan sarana dan prasarana yang ada. Pelaksanaan tindakan pada klien
dengan PPOK 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, yaitu kesenjangan antara teori dan kenyataan serta
menemukan pemecahan masalah. 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Kata kunci : Penyakit Paru Obstruktif Kronik Perencanaan | (PPOK), Asuhan Keperawatan, |

1. Judul Karya Tulis Ilmiah
2. Mahasiswa Program D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Dosen Pembimbing STIKes Perintis Padang
3
***NURSING CARE CLIENT Nn.S WITH RESPIRATORY DISORDERS : CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN THE LUNG ROOM
RSUD Dr.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2017
TINO FERNANDO 1, FALERISISKA YUNERE 2
High School of Health Science Perintis Padang
Diploma III study of nursing program
Email: tinofernando09@gmail.com
ABSTRACT****This case study entitled Nursing Care On Nn. S With Respiratory Disorders: Chronic
Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in the Lung Room RSUD Dr. Ahcmad Mochtar
Bukittinggi on 19-21 June 2017. The reason the authors do this nursing care because the
disease lasts a lifetime and progressively deteriorate slowly from year to year. The goal is
able to carry out direct and comprehensive nursing care includes the bio-psycho-social and
spiritual aspects of the clients of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) with a
nursing process approach. Writing method used is descriptive method in the form of case
study. Data collection techniques are observation, interview, physical examination,
documentation study and literature study. Nursing care results obtained diagnosis, ineffective
airway clearance, break and sleep, activity intolerance, comfortable feeling, and knowledge
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.
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, the gap between theory and reality as well as finding problem
solving . 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****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***
3
**PENDAHULUAN**Organisasi Kesehatan Dunia (WHO)
menyebutkan, angka kematian PPOK
tahun 2010 di perkirakan menduduki
peringkat ke -4 bahkan dekade mendatang
menjadi peringkat ke-3. Semakin banyak
jumlah batang roko yang di hisap dan
makin lama masa waktu menjadi
perokok, maka semakin besar resiko
dapat mengalami PPOK. Mengamati data
tersebut tanpa disadari angka kematian
yang disebabkan PPOK terus mengalami
peningkatan (Hulwaanah,2013).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Di  | indonesia  | tidak  | ada  | data  | yang |
| akurat tentang kekerapan PPOK. Pada |  |  |  |  |  |
| Survey  | Kesehatan  | Rumah  | Tangga |  |  |
| (SKRT) Depkes RI menunjukan angkakematian karena asma, bronkhitis kronik,dan emfisema menduduki peringkat ke-6 |  |  |  |  |  |
| dari di  | 10 penyebab tersering kematian |  |  |  |  |
| indonesia  | (PDPI,2003). Data pada |  |  |  |  |
| tahun 2007 di indonesia menunjukan |  |  |  |  |  |
| bahwa  | PPOK  | dan  | asma  | mengenai |  |

10.230.000 jiwa pada pria dan 5.240.000
jiwa pada wanita (WHO, 2007)
Di sumatera barat Penyakit Paru Obtruktif
Kronik ( PPOK ) sebagai penyebab
kematian ke-6 pada tahun 1990 dan akan
meningkat menjadi penyebab ke-3 pada
tahun 2020 di seluruh dunia ( maranata,
2010 )
**TINJAUAN TEORITIS
Defenisi**Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
merupakan suatu istilah yang sering
digunakan untuk sekelompok penyakit
paru-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).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Penyakit  | Paru  | Obstruktif  | Kronik |
| (PPOK) adalah klasifikasi luas dari |  |  |  |
| gangguan bronkitis  | yang  | mencakupbronkiektasis, |  |
| kronik,  |  |  |  |
| emfisema dan asma yang merupakan |  |  |  |
| kondisi dengan  | ireversibel  | yang berkaitan |  |
| dispne  | saat  | aktivitas  | dan |
| penurunan aliran masuk dan keluar |  |  |  |
| udara  | paru-paru.  | Penyakit adalah  | Parusuatu |
| Obstruktif  | Kronik yang  |  |  |
| penyakit  | menimbulkan |  |  |
| obstruksi dalamnya  | saluran nafas termasuk di |  |  |
| adalahh  | asma,  | bronkitis |  |

kronis, dan emfisiema pulomonum (
Halim, 2013 )
**Anatomi Fisiologi
1. Anatomi 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. Paruparu memiliki area permukaan
alveolar kurang lebih seluas 40
m2 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).
4
**2. Fisiologi paru**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Perubahan  | ritme  | kapasitas |
| volume rongga dada dipengaruhi |  |  |
| oleh  | kinerja  | otot-  | otot |
| pernapasan.  | Pada  | pernapasan |  |
| normal,  | saat  | inprirasi,  | otot |
| interkostal eksternal berkontraksi,tulang kosta dan sternum akantertarik 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 -
1,5mmHg ( lebih rendah dari
tekanan atmosfir ). Udara akan
masuk ke dalam alveolus akibat
perbedaa 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.
**Etiologi
1. Kebiasaan merokok.**Di seluruh dunia, 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
di lakukan di negara-negara Eropa dan
Asia, menunjukan 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
bagian pasien PPOK. Penelitian
cohort longitudinal menunjukan
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
5
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).
**Patofisiologi**Fungsi paru mengalami
kemunduran dengan datangnya usia
tua yang disebabkan elastisitas
jaringan paru dan dinding dada
makin berkurang. Dalam usia yang
lebih lanjut, kekuatan kontraksi otot
pernafasan dapat berkurang
sehingga sulit bernafas, fungsi paru
– paru menentukan konsumsi
oksigen seseorang, yakni jumlah
oksigen yang diikat oleh darah
dalam paru – paru untuk di gunakan
tubuh. Konsumsi oksigen sangat
erat hubungannya dengan arus
darah ke paru-paru. Berkurangnya
fungsi paru-paru juga disebabkan
oleh berkurangnya fungsi sistem
respirasi seperti fungsi ventilasi
paru (Anderson, 2013).
Faktor – faktor resiko tersebut 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,
2013 )
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 obtruktif 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.
6
PPOK merupakan kelainan dengan
kemajuan lambat yang
membutuhkan waktu bertahuntahun 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 aspekaspek fungsi paru tertentu seperti
kapasitas vital ( VC ) dan volume
eksparasi paksa ( FEV ) menurun
sejalan dengan peningkatan usia,
PPOK dapat memburuk perubahan
fisiologi ang berkaitan dengan
penuaan dan mengakibatkan
obtruksi jalan nafas misalnya pada
bronkhitis serta kehilangan daya
pengembangan ( elastisitas ) paru
misalnya pada emfisiema. Oleh
karena itu, terdapat perubahan
tambahan dalam rasio ventilasiperfusi pada klien lansia dengan
PPOK. ( Sumber : ***asuhan
keperawatan klien dengan
gangguan sistem penapasan***, arif
muttaqin: 2015 )
**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 insfeksi 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)
**Pemeriksaan Penunjang**a) Pengukuran Fungsi Paru
1. Kapasitas inspirasi menurun
2. Volume residu : meningkat pada
emfisema, bronkhitis, dan asma.
3. FEV1selalu menurun = derajat
obstruksi progresif penyakit paru
obstruktif kronik
4. FVC awal normal : menurun pada
bronkhitis dan asma.
5. TLC normal sampai meningkat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| sedang emfisema) | (predominan  | pada |
| b) Analisa Gas Darah |  |  |
| PaO2  | menurun, PCO2  | meningkat, |

sering menurun pada asma. Nilai pH
normal, asidosis, alkalosis respiratorik
ringan sekunder.
c) Pemeriksaan Laboratorium
1 .Hemoglobin (Hb) dan hematokrit
(Ht) meningkat pada polisetimia
sekunder.
2. Jumlah darah merah meningkat
3. Eosinofil dan total IgE serum
meningkat
4. Pulse oksimetri : SaO2 oksigenasi
menurun.
5. Elektrolit menurun karena
pemakaian obat diuretik
7
d) Pemeriksaan Sputum
Pemeriksaan gram kuman / kultur adanya
infeksi campuran. Kuman patogen yang
biasa ditemukan adalah streptococcus
pneumoniae, hemophylus influenzae, dan
moraxella catarrhalis
e) Pemeriksaan Radiologi Thoraks Foto (AP
dan lateral)
Menunjukan adanya hiperinflasi paru,
pembesaran jantung, dan bendungan area
paru. Pada emfisema paru didapatkan
diagpragma dengan letak yang rendah dan
mendatar, ruang udara retrosternal ˃ (foto
lateral), jantung tampak bergantung,
memanjang dan menyempit.
f) Pemeriksaan Bronkhogram

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Menunjukan  | di  | latasi  | bronkus  | kolap |
| bronkhiale pada ekspirasi kuat. |  |  |  |  |
| g)  | 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 lebi dari 1
dan di V6 V1 rasio R/S kurang dari 1.
Sering terdapat RBBB inkomplet (Arif
Mutaqin, 2009)
**Penatalaksanaan**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 jangkan
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 penyakit. | kecepatan  | perburukan |  |

**Komplikasi**Komplikasi yang dapat terjadi pada PPOK
adalah :
1.Gagal napas
a. Gagal napas kronik :
Hasil analisis gas darah Po2 < 60 mmHg
dan Pco2 > 60 mmHg, dan pH normal,
penatalaksanaan :
1. Jaga keseimbangan Po2 dan PCo2
2. Bronkodilator adekuat
3. Terapi oksigen yang adekuat terutama
waktu latihan atau waktu tidur
4. Antioksidan
5. Latihan pernapasan dengan *pursed lips
breathing*b. Gagal napas akut pada gagal napas
kronik, ditandai oleh :
1. Sesak napas dengan atau tanpa sianosis
2. Sputum bertambah dan purulen
3. Demam
4. 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
limposit darah.
3. Kor pulmonal :
Ditandai oleh P pulmonal pada
EKG, hematokrit > 50 %, dapat
disertai gagal jantung kanan

|  |  |
| --- | --- |
| **ASUHAN**  | **KEPERAWATAN** |
| **TEORITIS** |  |

Proses keperawatan adalah suatu
metode sistematik untuk mengkaji respon
manusia terhadap masalah-masalah dan
membuat rencana keperawatan yang
8
bertujuan untuk mengatasi masalah –

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| masalah  | tersebut.  | Masalah-masalah |
| kesehatan dapat berhubungan dengan klien |  |  |
| keluarga  | juga  | orang  | terdekat  | atau |
| masyarakat.  | Proses  | keperawatan |  |  |
| mendokumentasikan  | kontribusi  | perawat |  |  |
| dalam mengurangi / mengatasi masalah |  |  |  |  |
| masalah kesehatan. |  |  |  |  |
| Proses  | keperawatan  | terdiri  | dari  | lima |

tahapan, yaitu : pengkajian, diagnosa
keperawatan, perencanaan, pelaksanaan,
dan evaluasi.
**Diagnosa Keperawatan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa  | keperawatan  | Gangren |
| Diabetikum secara teori menurut NANDA |  |  |
| nic noc:  | ketidakefektifan jalan nafas, |  |
| ketidakefektifan pola nafas, intoleransi |  |  |
| aktifitas,  | gangguan  | pola  | tidur, |
| ketidakseimbangan kebutuhan tubuh.. | nutrisi  | kurang  | dari |

**Implementasi**Setelah rencana tindakan di susun
maka untuk selanjutnya adalah pengolahan
data dan kemudian pelaksanaan asuhan
keperawatan sesuai dengan rencana yang
telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan
implementasi maka perawat dapat
melakukan observasi atau dapat
mendiskusikan dengan klien atau keluarga
tentang tindakan yang akan kita lakukan.
**Evaluasi**Evaluasi adalah langkah terakhir
dalam asuhan keperawatan, evaluasi
dilakukan dengan pendekatan SOAP ( data
subjektif, data objektif, analisa dan
planning ). Dalam evaluasi ini dapat
ditentukan sejauh mana keberhasilan
rencana tindakan keperawatan yang harus
dimodifikasi.
**HASIL
Pengkajian**Klien masuk dari IGD pada tanggal 17
Juni 2017 pada jam 09.45 wib, dengan
keluhan sesak napas meningkat 2 hari yang
lalu, kepala terasa sakit, sebelum masuk
rumah sakit mual (-), muntah (-).
Klien mengatakan sesak napas meningkat
2 hari yang lalu, sesak menciut, klien
mengatakan dahak susah untuk di
keluarkan, bunyi napas wheezing,
frekuensi napas 29x/menit, sesak tidak di
pengaruhi oleh cuaca, sesak meningkat
saat beraktivitas, klien mengatakan saat ini
masih sesak, klien mengalami sesak nafas
sejak 4 tahun yang lalu, sesaknya hilang
timbul, interval sesak dalam hitungan
minggu, sesak biasanya hilang dengan
pemberian obat inhalasi tetapi sejak 2 hari
ini sudah tidak mempan. Riwayat batuk
berdarah tidak ada, keringat malam ada.
Sebelum masuk rumah sakit klien
mengatakan berat badannya 35kg, dan
setelah di lakukan penimbangan ulang oleh
perawat berat badan klien 33kg. klien
mengatakan nafsu makan menurun dan
mengalami penurunan berat badan 2 kg 1
bulan yang lalu. TD : 110/80mmHg, nadi :
98x/menit, pernapasan : 29x/menit, suhu :
36,50C
**Diagnosa Keperawatan**Pada tinjauan kasus klien dengan
Penyakit Paru Obtruktif Kronik ditemukan
5 diagnosa, yaitu : ketidakefektifan jalan
nafas, ketidakefektifan pola nafas,
intoleransi aktifitas, gangguan pola tidur,
ketidakseimbangan nutrisi kurang dari
kebutuhan tubuh.
**Intervensi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Intervensi  | pada  | klien  | dengan |
| Penyakit Paru Obtruktif Kronik yaitu : |  |  |  |
| a. Untuk diagnosa pertama |  |  |  |
| Yaitu  | ketidakefektifan  | jalan  | nafas, |
| rencana tindakan yang dilakukan adalah |  |  |  |
| memonitor  | status  | oksigen batuk  | klien,efektif, |
| mendemonstrasikan  |  |  |  |

mampu mengeluarkan sputum, mampu
bernafas dengan baik.
b. Untuk diagnosa kedua
Yaitu ketidakefektifan pola nafas,
rencana tindakan yang dilakukan atur
intake untuk cairan mengoptimalkan
9
keseimbangan, posisikan pasien untuk
memaksimalkan ventilasi, menunjukkan
jalan nafas yang paten, tanda-tanda vital
dalam rentang normal, lakukan suction.
Untuk intervensi pada kasus beberapa
intervensi teori tidak penulis masukkan
karena klien berumur 19 tahun, penulis
memilih dan menyesuaikan dengan
kondisi klien
c. Untuk diagnosa ketiga
Yaitu Ketidakseimbangan kebutuhan
nutrisi tubuh kurang dari kebutuhan
tubuh, rencana tindakan yang dilakukan
adalah Kaji adanya alergi makanan.
Kolaborasi dengan ahli gizi untuk
menentukan jumlah kalori dan nutrisi
yang dibutuhkan pasien. Anjurkan
pasien untuk meningkatkan protein dan
vitamin C. Berikan makanan yang
terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan
ahli gizi). Berikan informasi tentang
kebutuhan nutrisi. Kaji kemampuan
pasien untuk mendapatkan nutrisi yang
dibutuhkan. Untuk intervensi pada
kasus beberapa intervensi teori tidak
penulis masukkan karena klien berumur
19 tahun, penulis memilih dan
menyesuaikan dengan kondisi klien.
**Implementasi**Setelah rencana tindakan di susun
maka untuk selanjutnya adalah pengolahan
data dan kemudian pelaksanaan asuhan
keperawatan sesuai dengan rencana yang
telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan
implementasi maka perawat dapat
melakukan observasi atau dapat
mendiskusikan dengan klien atau keluarga
tentang tindakan yang akan kita lakukan.
**Evaluasi**Dari semua diagnosa masalah dapat
teratasi sebagian semuanya berkat klien
mau mendengarkan anjuran perawat dan
dokter.
**PEMBAHASAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dalam kasus pada  | melakukan klien, penulis  | pengkajianmengalami |

kesulitan untuk mendapatkan data dari
klien sendiri, karena klien sesaknya datang
dengan tiba-tiba, penulis mendapatkan
data dari keluarga klien, catatan medis,
perawat ruangan dan tenaga kesehatan
lainnya.
Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis
dengan tinjauan kasus tidak 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. Riwyat
merokok tembakau. Pada Tinjauan Kasus
didapatkan data Klien masuk IGD RSAM
Bukittinggi pada tanggal 16 Juni 2017 jam
13.50 WIB dengan keluhan sesak nafas
meningkat 2 hari yang lalu, sesak menciut,
bunyi napas wheezing, sesak nafas tidak di
pengaruhi cuaca, sesak meningkat saat
beraktivitas, klien mengalami sesak nafas
seak 4 tahun yang lalu, sesak yang di
rasakan hilanh timbul, sesak biasanya
hilang dengan pemberian obat inhalasi (
seperti : nebu ), dahak susah untuk di
keluarkan, klien tidak ada riwayat
merokok. Jadi dari data di atas terdapat
kesenjangan antara teori dan kasus, pada
teori didapatkan data bahwa pasien PPOK
mengatakan dada seperti tertekan, ada
riwayat merokok, tetapi pada kasus saat di
lakukan pengkajian tidak di temukan data
bahwa klien tidak merasakan dada tertekan
hanya saja sesaknya datang saat
melakukan aktivitas dan klien tiada ada
riwayat merokok.
Pada pengkajian riwayat kesehatan
keluarga dari genogram keluarga biasanya
terdapat salah satu anggota keluarga yang
juga menderita Penyakit Paru Obtruktif
Kronik namun tidak ditemukan data di
keluarga yang menderita Penyakit Paru
Obtruktif Kronik seperti klien.
Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada
Nn.S penulis banyak mengalami
hambatan, tidak semua pemeriksaan fisik
pada klien dapat dilakukan, namun dalam
pemeriksaan fisik pada teoritis dan
10
tinjauan kasus terdapat adanya
kesenjangan data.
**Diagnosa Keperawatan**Pada tinjauan kasus klien dengan Penyakit
Paru Obtruktif Kronik ditemukan 5
diagnosa, yaitu : ketidakefektifan jalan
nafas, ketidakefektifan pola nafas,
intoleransi aktifitas, gangguan pola tidur,
ketidakseimbangan nutrisi kurang dari
kebutuhan tubuh.
**Intervensi Keperawatan**Dalam menyusun rencana tindakan
keperawatan pada klien berdasarkan
prioritas masalah yang ditemukan, tidak
semua rencana tindakan pada teori dapat
ditegakkan pada tinjauan kasus karena
rencana tindakan pada tinjauan kasus
disesuaikan dengan keluhan yang
dirasakan klien saat pengkajian dilakukan.
**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.
**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.
**Referensi**Anderson, 2008. *Patofisiologi Konsep
Klinis Proses –proses Penyakit.* Jakarta :
EGC
Aziz Alimul A. 2008. *Pengantar Ilmu
Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: salemba
Medika.
Dongoes, et al. 2009. *Rencana Asuhan
Keperawatan dan Dokumentasi
Keperawatan*. Jakarata : EGC
Halim, Danu Santoso. 2008. *Ilmu Penyakit
Paru*: Jakarta
Muttaqin. 2008. *Keperawatan Medikal
Bedah Edisi 2.* Jakarta : EGC
Nanda Nic Noc. *Asuhan Keperawatan
Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda* :
Jilid 3
Ngastyah, 2008. *Asuhan Keperawatan
Dan Dokumentasi Keperawatan Indonesia
Pintar.* EGC.
*Rekam Medik Ruangan Paru RSUD Dr.
Ahcmad Mochtar Bukittinggi juli 2017*.
RSUD Dr. Ahcmad Mochtar Bukittinggi
juli 2017.
Smaitzar.2011 . *Buku Ajar Keperawatan
Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta : EGC

i
**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 Obtruktif Kronik Di Rawat Inap Paru
RSAM Bukittinggi tahun 2017 "** 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. Bapak Ns.Muhammad Arif, 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
ii
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 2017
Penulis

iii
**DAFTAR ISI
Halaman
HALAMAN SAMPUL
HALAMAN JUDUL
PERNYATAAN PERSETUJUAN
PERNYATAAN PENGUJI
HALAMAN PERSEMBAHAN
KATA PENGANTAR.................................................................................... i
DAFTAR ISI................................................................................................... iii
DAFTAR GAMBAR...................................................................................... v
DAFTAR TABEL .......................................................................................... vi
DAFTAR LAMPIRAN .................................................................................. vii
BAB I PENDAHULUAN**1.1 Latar Belakang............................................................................ 1
1.2 Tujuan Penulisan
1.2.1 Tujuan Umum ................................................................. 4
1.2.2 Tujuan Khusus ................................................................ 4
1.3 Manfaat Penulisan
1.3.1 Bagi Penulis .................................................................... 5
1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan ................................................ 5
1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit ............................................. 6
**BAB II TINJAUAN TEORITIS**2.1 Konsep Dasar Penyakit Paru Obtruktif Kronis
2.2 Pengertian ................................................................................... 7
2.3 Anatomi Fisiologi ....................................................................... 8
2.4 Etiologi........................................................................................ 13
2.5 Manifestasi klinis........................................................................ 14
2.6 Patofisiologi beserta WOC ........................................................ 15
2.7 Pemeriksaan Penunjang .............................................................. 17
2.8 Penatalaksanaan .......................................................................... 18
2.9 Komplikasi.................................................................................. 19
iv
2.10 Asuhan Keperawatan Teoritis
2.10.1 Pengkajian....................................................................... 20
2.10.2 Diagnosa ......................................................................... 26
2.10.3 Intervensi ........................................................................ 27
2.10.4 Implementasi................................................................... 35
2.10.5 Evaluasi........................................................................... 35
**BAB III TINJAUAN KASUS**3.1 Asuhan Keperawatan
3.1.1 Pengkajian....................................................................... 36
3.1.2 Diagnosa Keperawatan……………………………. ...... 53
3.1.3 Intervensi Keperawatan................................................... 54
3.1.4 Catatan Perkembangan……………………………........ 59
**BAB IV PEMBAHASAN**4.1. Pengkajian................................................................................... 64
4.2. Diagnosa Keperawatan ............................................................... 67
4.3. Intervensi Keperawatan .............................................................. 68
4.4. Implementasi Keperawatan......................................................... 69
4.5. Evaluasi....................................................................................... 70
**BAB V PENUTUP**5.1. Kesimpulan ................................................................................. 72
5.2. Saran .......................................................................................... 73
**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**
v
**DAFTAR GAMBAR
Gambar 2.1 Anatomi Paru............................................................................. 9
Gambar 2.3.2 Fisiologi Paru.............................................................................. 11**
vi
**DAFTAR TABEL
Tabel 3.10.3 Intervensi Keperawatan Teori .............................................. 27
Tabel V Data Biologis .................................................................................... 42
Tabel X.I Data Laboratorium......................................................................... 44
Tabel X.II Analisis Gas Darah........................................................................ 46
Tabel X.III Data Pengobatan.......................................................................... 47
Tabel XII Analisa Data................................................................................. 50
Tabel 3.1.3 Intervensi Kasus ........................................................................ 53
Tabel 3.1.4 Catatan Perkembangan ............................................................ 58**
vii
**DAFTAR LAMPIRAN
Lampiran 1 : Lembar Konsultasi Bimbingan
Lampiran 3 : Lembar Daftar Hadir Ujian Pengamatan Kasus
Lampiran 3 : Daftar Riwayat Hidup**

**DAFTAR PUSTAKA**Anderson, 2008. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses –proses Penyakit.* Jakarta : EGC
Aziz Alimul A. 2008. *Pengantar Ilmu Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: salemba
Medika.
Dongoes, et al. 2009. *Rencana Asuhan Keperawatan dan Dokumentasi
Keperawatan*. Jakarata : EGC
Halim, Danu Santoso. 2008. *Ilmu Penyakit Paru*: Jakarta
Muttaqin. 2008. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 2.* Jakarta : EGC
Nanda Nic Noc. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda* : Jilid 3
Ngastyah, 2008. *Asuhan Keperawatan Dan Dokumentasi Keperawatan Indonesia
Pintar.* EGC.
*Rekam Medik Ruangan Paru RSUD Dr. Ahcmad Mochtar Bukittinggi juli 2017*. RSUD Dr.
Ahcmad Mochtar Bukittinggi juli 2017.
Smaitzar.2011 . *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta : EGC

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP
I. Identitas Penulis
Nama : TINO FERNANDO
Tempat / Tanggal Lahir : Pujorahayu, 09 Februari 1996
Alamat : Pengkolan, Kab. Pasaman Barat
II. Nama Orang Tua
Ayah : Rusli
Ibu : Sukartini
III. Pendidikan**❖**SDN 03 Pujorahayu : 2002 - 2007**❖**SMPN 1 Luhak Nan Duo : 2008 - 2010**❖**SMKN 1 Bukittinggi : 2011 - 2014**❖**STIKes Perintis Sumatera Barat : 2014 – 2017**

1
**BAB I
PENDAHULUAN
1.1. Latar Belakang**Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan, angka kematian
PPOK tahun 2010 di perkirakan menduduki peringkat ke -4 bahkan
dekade mendatang menjadi peringkat ke-3. Semakin banyak jumlah
batang roko yang di hisap dan makin lama masa waktu menjadi
perokok, maka semakin besar resiko dapat mengalami PPOK.
Mengamati data tersebut tanpa disadari angka kematian yang
disebabkan PPOK terus mengalami peningkatan (Hulwaanah,2013).
Di indonesia tidak ada data yang akurat tentang kekerapan PPOK.
Pada Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) Depkes RI
menunjukan angka kematian karena asma, bronkhitis kronik, dan
emfisema menduduki peringkat ke-6 dari 10 penyebab tersering
kematian di indonesia (PDPI,2003). Data pada tahun 2007 di
indonesia menunjukan bahwa PPOK dan asma mengenai 10.230.000
jiwa pada pria dan 5.240.000 jiwa pada wanita (WHO, 2007)
Di sumatera barat Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) sebagai
penyebab kematian ke-6 pada tahun 1990 dan akan meningkat
menjadi penyebab ke-3 pada tahun 2020 di seluruh dunia (Maranata,
2010
2
3
4

2
Penyakit Paru Obstruktif 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 pada perjalanan
penyakit ini, antara lain faktor resiko yaitu faktor yang menimbulkan atau
memperburuk penyakit seperti kebiasaan merokok, polusi udara, polusi
lingkungan, insfeksi, genetik dan perubahan cuaca. Penyakit Paru Obstruktif
Kronik (PPOK) merupakan suatu istilah yang sering di gunakan untuk
sekelompok penyakit paru-paru yang berlangsung lama dan di tandai oleh
peningkatan resistensi terhadap aliran udara sebagai gambaran patofisiologi
utamanya. Ketiga penyakit yang membentuk satu kesatuan yang di kenal
dengan PPOK adalah : Bronkhitis kronis, Emfisema paru-paru dan asthma
bronchiale (Smeltzer, 2011).
RSUD Dr. Ahcmad Mochtar sebagai tempat pelayanan kesehatan yang
mempunyai tujuan memberikan pelayanan semaksimal mungkin yaitu
dengan memberikan perawatan secara intensif begitu juga pada Penyakit Paru
Obstruktif Kronik.Penyakit Paru Obstruktif Kronik merupakan penyakit yang
harus segera mendapatkan perawatan karena apabila tidak segera di tangani
dapat menyebabkan kematian
Data yang diperoleh dari medical record Rumah Sakit Umum Daerah Dr.
Ahcmad Mochtar Bukittinggi didapatkan 10 penyakit terbanyak khususnya di
Ruang Paru pada periode Januari sampai dengan Juni 2017 tertera dalam tabel
berikut ini :
3
**Tabel 1
Distribusi Penyakit Terbanyak Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Ahcmad
Mochtar Bukittinggi 10 besar periode Januari – Juni 2017**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO  | JENIS PENYAKIT  | JUMLAH |
| 1  | Thypus abdominalis  | 126 |
| 2  | Gastritis  | 125 |
| 3  | CHF  | 112 |
| 4  | Diare  | 64 |
| 5  | CKD  | 60 |
| 6  | PPOK  | 38 |
| 7  | Pnemonia  | 34 |
| 8  | DM  | 34 |
| 9  | Hepatitis  | 32 |
| 10  | Dispepsia  | 30 |
| Total  | 697 |  |

Menurut tabel di atas penderita Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) yang
dirawat di Ruang PARU pada tahun 2017 yaitu sebanyak 38 penderita. Secara
persentase penyakit PPOK menempati urutan ke 6 dari 10 penyakit di ruang Paru
RSUD Dr. Ahcmad Mochtar Bukittinggi.
Dampak dari Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) jika di biarkan bisa
mengganggu aliran udara ke paru – paru, dan bisa mengganggu kebutuhan dasar
manusia (KDM), klien yang mengalami penyakit tersebut bisa sering kelelahan
karna batuk dan sesak nafas, sehingga ADL klien dapat terganggu, klien juga bisa
mengalami gangguan istirahat tidur juga nutrisi. Dan penyakit ini jika terus di
biarkan bisa menyebabkan kematian.
Hasil pengkajian di ruang Paru pada tanggal 19 Juli 2017 klien mengatakan sesak
disertai batuk berdahak dan dahak susah keluar, pola nafas klien terlihat cepat,
dengan respirasi 29 x/menit, sesak di rasakan pada daerah dada, dan tidak ada
4
penyebaran, dan sesak meningkat bila klien banyak bergerak dan melakukan
aktivitas serta kedinginan pada malam dan pagi hari.
Berdasarkan uraian tersebut di atas maka penulis tertarik untuk membuat Karya
Tulis Ilmiah yang brjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Nn. S Dengan Sistem
Pernafasan : Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Ruang Paru
RSAM Bukittinggi Dari Tanggal 19 – 21 juni 2017”
1.2. TujuanPenulisan
1.2.1 Tujuan Umum**1.2.1.1 Mampu memahami, menerapkan dan mendokumentasikan asuhan
keperawatan dengan pasien serta mendapatkan pengalaman nyata tentang
asuhan keperawatan medikal bedah dengan Penyakit Paru Obtruktif Kronik
diruang rawat inap paru RSAM Bukitinggi Tahun 2017.
**1.2.2 Tujuan Khusus**1.2.2.1 Mampu menyusun konsep dasar asuhan keperawatan pada klien dengan
Penyakit Paru Obtruktif Kronik diruang rawat inap paru RSAM Bukitinggi
Tahun 2017.
1.2.2.2 Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam
menunjang asuhan keperawatan pada klien dengan Penyakit Paru Obtruktif
Kronik diruang rawat inap paru RSAM Bukitinggi Tahun 2017.
1.2.2.3 Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan klien
dengan Penyakit Paru Obtruktif Kronik diruang rawat inap paru RSAM
Bukitinggi Tahun 2017.
5
1.2.2.4 Mampu menetukan perencanaan asuhan keperawatan pada klien dengan
Penyakit Paru Obtruktif Kronik diruang rawat inap paru RSAM Bukitinggi
Tahun 2017.
1.2.2.5 Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan klien
dengan Penyakit Paru Obtruktif Kronik diruang rawat inap paru RSAM
Bukitinggi Tahun 2017.
1.2.2.6 Mampu melaksanakan evaluasi pada asuhan keperawatan klien dengan
Penyakit Paru Obtruktif Kronik diruang rawat inap paru RSAM Bukitinggi
Tahun 2017.
1.2.2.7 Mampu membuat dokumentasi keperawatan pada klien dengan Penyakit Paru
Obtruktif Kronik diruang rawat paru RSAM Bukittinggi Tahun 2017.
**1.3 Manfaat Penulisan
1.3.1 Bagi Penulis**Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis
dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan
Penyakit Paru Obtruktif Kronik dan sebagai salah satu syarat
menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.
**1.3.2 Bagi Institusi**Sebagai bahan referensi institusi dalam memahami asuhan keperawatan klien
dengan Penyakit Paru Obtruktif Kronik , sehingga dapat menambah
pengetahuan dan acuan dalam memahami asuhan keperawatan klien dengan
Penyakit Paru Obtruktif Kronik.
6
**1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit**Memberikan laporan dalam bentuk dokumentasi asuhan keperawatan kepada
tim kesehatan Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada
klien dengan Penyakit Paru Obtruktif Kronik.

7
**BAB II
TINJAUAN TEORITIS
2.1 Konsep Dasar
2.2. Pengertian Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)**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).
Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) merupakan suatu istilah yang sering
digunakan untuk sekelompok penyakit paru-paru yang berlangsung lama dan di
tandai oleh peningkatan resistensi terhadap aliran udara sebagai gambaran
patofisiologi utamanya ( Irman, 2011 ).
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 dispne saat
aktivitas dan penurunan aliran masuk dan keluar udara paru-paru. Penyakit
Paru Obstruktif Kronik adalah suatu penyakit yang menimbulkan obstruksi
saluran nafas
8

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-paru Obstruktif menahun
merupakan suatu istilah yang di gunakan untuk sekelompok penyakit
paru-paru yang berlangsung lama dan di tandai oleh peningkatan risistensi
terhadap aliran udara sebagai gambaran patofisiologi utamanya ( Fauci et al,
2013 )
**2.3. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernafasan
2.3.1 Anatomi 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 m2 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 2.1. Anatomi paru
*Sumber : Sobotta: Atlas Anatomi Manusia (2013)*
10
Setiap paru memiliki bentuk kerucut yang terdiri dari bagian puncak (apeks), dasar
(basis), tiga perbatasan, dan dua permukaan. Puncak (apeks pulmonis) memiliki
permukaan halus dan tumpul. Puncak apeks menonjol ke atas dalam leher sekitar 2,5
cm di atas klavikula. Dasar (basis pulmonis) memiliki permukaan luas, konkaf, dan
terletak di atas diafragma, yang memisahkan paru-paru kanan dari lobus kanan hati,
dan paru-paru kiri dari lobus kiri hati, lambung, dan limpa. Karena diafragma
sebelah kanan lebih tinggi daripada di sisi kiri, kecekungan dasar paru kanan lebih
dalam dari yang di sebelah kiri. Basis pulmonalis paru turun selama inspirasi dan
naik selama ekspirasi (Snell, 2012).
Permukaan mediastinal adalah permukaan medial yang cekung. Pada permukaan
mediastinal terdapat dari hilus pulmonis, yaitu suatu cekungan dimana bronkus,
pembuluh darah, dan saraf yang membentuk radiks pulmonalis masuk dan
keluar paru. Ligamentum pulmonal adalah lipatan ganda yang menghubungkan
kedua lapisan pleura pada hilus paru. Ruang diafragma (*base*) tergantung
dengan permukaan cembung diafragma dimana di sebelah kanan lebih cekung karena
adanya hati (Snell, 2012).
**2.3.2 Fisiologi Paru
2.3.2.1 Mekanisme Bernapas.**Perubahan ritme kapasitas volume rongga dada dipengaruhi oleh kinerja otototot pernapasan. Pada pernapasan normal, saat inprirasi, 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
11
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 -1,5mmHg ( lebih rendah dari tekanan atmosfir ). Udara akan masuk
ke dalam alveolus akibat perbedaa 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 2.3.2 Aktifitas otot pernafasan saat inspirasi dan ekspirasi
*Sumber : Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem (2011)*
12
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 pernapasan paksa,
otot interkostal internal berkontraksi, sehingga tulang kosta akan menurun lebih
dari pernafasan normal. Otot abdominal juga berkontraksi untuk membantu naiknya
diafragma ( sherwood, 2011 ).
**2.3.2.2 Volume dan Kapasitas Paru**Volume tidal: volume udara yang masuk dan keluar selama pernapasan normal.
Volume tidal pada manusia umumnya kurang lebih 500 ml. Volume cadangan
inspirasi (*Inspiratory Reserve Volume* ,IRV): volume udara tambahan yang dapat
secara maksimal dihirup di atas volume alun napas istirahat. IRV dicapai oleh
kontraksi maksimal diafragma, otot interkostal eksternal, dan otot inspirasi
tambahan. Nilai rerata = 3000 ml. Kapasitas inspirasi (*inspiratory capacity,* IC):
volume udara maksimal yang dapat dihirup pada akhir ekspirasi tenang normal
(IC = IRV + TV). Nilai rerata = 3500 ml. Volume cadangan ekspirasi (*Expiratory
Reserve Volume*, ERV): volume udara tambahan yang dapat secara aktif dikeluarkan
dengan mengkontraksikan secara maksimal otot-otot ekspirasi melebihi udara secara
normal dihembuskan secara pasif pada akhir volume alun napas istirahat. Nilai rerata
= 1000 ml. Volume residual (*Residual Volume,* RV): volume udara minimal yang
tertinggal di paru bahkan setelah ekspirasi maksimal. Nilai rerata = 1200 ml.
Kapasitas residual fungsional (*Functional Residual Capacity,* FRC): volume udara di
paru pada akhir ekspirasi pasif normal (FRC = ERV + RV). Nilai rerata = 2200
ml. Kapasitas vital (*Forced Vital Capacity*, FVC) volume udara maksimal yang
dapat dikeluarkan dalam satu kali bernapas setelah inspirasi maksimal (VC = IRV +
13
TV + ERV). Kapasitas ini menggambarkan nilai kapasitas fungsional paru.
Nilai rerata = 4500 ml. Volume ekspirasi paksa dala satu detik (*forced expiratory
volume in one second*,FEV1 ): volume udara yang dapat dihembuskan selama detik
pertama ekspirasi dalam suatu penentuan VC. Normalnya FEV1 adalah sekitar 80%
dari VC. Rasio antara FVC dengan FEV1 sangat berguna untuk menentukan tingkat
penyakit jalan napas ( sherwood,2011).
**2.4. Etiologi
2.4.1 Kebiasaan merokok.**Di seluruh dunia, 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 di lakukan di negara-negara Eropa dan Asia, menunjukan bahwa adanya
hubungan antara merokok dan terjadinya PPOK menggunakan metode cross-sectional
dan cohort ( Eisner et al, 2010 ).
**2.4.2 Polusi oleh zat-zat produksi**Polusi udara di daerah kota dengan level tinggi sangat menyakitkan bagian pasien
PPOK. Penelitian cohort longitudinal menunjukan 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
14
hal yang masuk akal secara biologi bagaimana peran polusi udara terhadap penurunan
perkembangan fungsi paru (GOLD, 2014).
**2.4.3 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).
**2.5. 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 insfeksi 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
15
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)
**2.6. Patofisiologi**Fungsi paru mengalami kemunduran dengan datangnya usia tua yang disebabkan
elastisitas jaringan paru dan dinding dada makin berkurang. Dalam usia yang lebih
lanjut, kekuatan kontraksi otot pernafasan dapat berkurang sehingga sulit bernafas,
fungsi paru – paru menentukan konsumsi oksigen seseorang, yakni jumlah oksigen
yang diikat oleh darah dalam paru – paru untuk di gunakan tubuh. Konsumsi oksigen
sangat erat hubungannya dengan arus darah ke paru-paru. Berkurangnya fungsi paruparu juga disebabkan oleh berkurangnya fungsi sistem respirasi seperti fungsi ventilasi
paru (Anderson, 2013).
Faktor – faktor resiko tersebut 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, 2013 )
16
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 obtruktif 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 eksparasi paksa ( FEV ) menurun
sejalan dengan peningkatan usia, PPOK dapat memburuk perubahan fisiologi ang
berkaitan dengan penuaan dan mengakibatkan obtruksi 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 )
17
**2.7. Pemeriksaan Penunjang**a) Pengukuran Fungsi Paru
1. Kapasitas inspirasi menurun
2. Volume residu : meningkat pada emfisema, bronkhitis, dan asma.
3. FEV1selalu menurun = derajat obstruksi progresif penyakit paru obstruktif
kronik
4. FVC awal normal : menurun pada bronkhitis dan asma.
5. TLC normal sampai meningkat sedang (predominan pada emfisema)
b) Analisa Gas Darah
PaO2 menurun, PCO2 meningkat, sering menurun pada asma. Nilai pH
normal, asidosis, alkalosis respiratorik ringan sekunder.
c) Pemeriksaan Laboratorium
1. Hemoglobin (Hb) dan hematokrit (Ht) meningkat pada polisetimia
sekunder.
2. Jumlah darah merah meningkat
3. Eosinofil dan total IgE serum meningkat
4. Pulse oksimetri : SaO2 oksigenasi menurun.
5. Elektrolit menurun karena pemakaian obat diuretik
d) Pemeriksaan Sputum
Pemeriksaan gram kuman / kultur adanya infeksi campuran. Kuman patogen yang
biasa ditemukan adalah streptococcus pneumoniae, hemophylus influenzae, dan
moraxella catarrhalis
e) Pemeriksaan Radiologi Thoraks Foto (AP dan lateral)
18
Menunjukan adanya hiperinflasi paru, pembesaran jantung, dan bendungan area
paru. Pada emfisema paru didapatkan diagpragma dengan letak yang rendah dan
mendatar, ruang udara retrosternal ˃ (foto lateral), jantung tampak bergantung,
memanjang dan menyempit.
f) Pemeriksaan Bronkhogram
Menunjukan di latasi bronkus kolap bronkhiale pada ekspirasi kuat.
g) 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 lebi dari 1
dan di V6 V1 rasio R/S kurang dari 1. Sering terdapat RBBB inkomplet (Arif
Mutaqin, 2009)
**2.8. Penatalaksaan
2.8.1 Keperawatan**Penatalaksanaan pada PPOK dapat dilakukan dengan dua cara yaitu terapi nonfarmakologis 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 jangkan panjang pada PPOK stabil. Edukasi pada PPOK
berbeda dengan edukasi pada asma. Karena PPOK adalah penyakit kronik yang
19
bersifat irreversible dan progresif, inti dari edukasi adalah menyesuaikan
keterbatasan aktivitas dan mencegah kecepatan perburukan penyakit.
**2.8.2 Medis**1. Memelihara kepatenan jalan napas dengan menurunkan spasme bronkhus dan
membersihkan sekret yang berlebihan.
2. Memelihara keefektifan pertukaran gas
3. Mencegah dan mengobati insfeksi 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
**2.9. Komplikasi**Komplikasi yang dapat terjadi pada PPOK adalah :
1. Gagal napas
a) Gagal napas kronik :
Hasil analisis gas darah Po2 < 60 mmHg dan Pco2 > 60 mmHg, dan pH normal,
penatalaksanaan :
1. Jaga keseimbangan Po2 dan PCo2
2. Bronkodilator adekuat
3. Terapi oksigen yang adekuat terutama waktu latihan atau waktu tidur
4. Antioksidan
5. Latihan pernapasan dengan *pursed lips breathing*
20
b) Gagal napas akut pada gagal napas kronik, ditandai oleh :
1. Sesak napas dengan atau tanpa sianosis
2. Sputum bertambah dan purulen
3. Demam
4. 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
limposit darah.
3. Kor pulmonal :
Ditandai oleh P pulmonal pada EKG, hematokrit > 50 %, dapat disertai gagal
jantung kanan
**2.10. Asuhan keperawatan
2.10.1 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
21
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, kesulitanbernafas, demam, terjadinya kelemahan.
(Rohmad Walid, 2009:35 )
b. Riwayat kesehatan sekarang
Di kembangkan dari keluhan utama melalui PQRST
**P :** Palliative/provokatif yaitu faktor-faktor apa saja
yangmemperberat atau memperingan keluhan utama. Padapasien
PPOK tanyakan tentang keluhan sesak napas, hal yang memperberat
sesak, hal yang memperingan sesak.
**Q :** Qualitatif/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 berupa tingkat atau keadaan sakit yang dirasakan.
Tanyakan tingkat sesak yang dialami klien.
22
**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
Diisi 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
23
Status kesadaran dilakukan dengan dua penilaian yaitu kualitatif dan
kuantitatif,secara kualitatif dapat dinilai antara lain yaitu compos
mentis 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 5dan 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 refleks (rohman dan
walid,2009:51)
e. Sistem pendengaran
24
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 atu tidak dan
bunyi khas nafas serta bunyi paru-paru (Mutaqqin, 2010:149-
155).
g. Sistem kardiovaskular
Pada sistem kariovaskular kaji adanya sianosis atau tidak, oedema
pada ektremitas, 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
Pada 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
25
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 adnya deformitas atau tidak, adanya keterbatasan gerak atau
tidak ( Mutaqqin, 2010:287 )
l. Pemeriksaan Penunjang
Pada pemeriksaan penunjang ditulis tanggal pemeriksaan, jenis
pemeriksaan, hasil dan satuanya. Pemeriksaan penunjang diantaranya:
pemeriksaan laboratorium, foto rotgen, rekam kardiografi, dan lainlain (Rohman dan Walid;2010:55)
m. Therapy
Pada therapy tulis nama obat lengkap, dosis, frekuensi pemberian dan
cara pemberian, secara oral, parental dan lain-lain (rohman dan
walid,2010: 55)
4. Analisa data
Merupakan proses berfikir secara ilmiah berdasarkan teori-teori yang
dihubungkan dengan data-data yang ditemukan saat pengkajian.
Menginter pretasikan data atau membandingkan dengan standar fisiologis
setelah dianalisa, maka akan didapatkan penyebab terjadinya masalah pada
klien.(Wong donna L,2009:21 )
26
**2.10.2 Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul**1. Ketidakefektifan jalan nafas b/d faktor fisiologis : penyakit paru obtruktif kronik
2. Ketidakefektifan pola nafas b/d deformitas dinding dada
3. Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan suplai O2 ke tubuh
4. Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan
menelan makanan
( Sumber *: asuhan keperawatan nanda nic-noc* jilid 3 : 2015 )

27
**3.1.3 Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **Diagnosa Keperawatan**  | **NOC**  | **NIC** |
| **1.**  | Ketidakefektifan jalan nafasb/d penyakit paru obstruktifkronik | **Respiratory statusKH :**- Mendemontrasikan batuk efektifdan suara nafas bersih,tidak adasianosis dan dyspneu (mampumengeluarkan sputum, mampubernafas dengan mudah, tidak adapursed lips)- Menunjukan jalan nafas yang paten(klien tidak merasa tercekik, iramanafas, frekuensi pernafasan dalamrentang normal, tidak ada suaranafas abnormal) | 1. Pastikan kebutuhan oral / trachealsuctioning2. Auskultasi suara nafas sebelum dansesudah suctioning.3. Informasikan pada klien dankeluarga tentang suctioning4. Minta klien nafas dalam sebelumsuction dilakukan.5. Berikan O2 dengan menggunakannasal untuk memfasilitasi suksionnasotrakeal6. Gunakan alat yang steril setiapmelakukan tindakan |

28

|  |  |
| --- | --- |
| - Mampu mengidentifikasikan danmencegah factor yang dapatmenghambat jalan nafas | 7. Monitor status oksigen pasien8. Hentikan suksion dan berikanoksigen apabila pasien menunjukanbradikardi, peningkatan saturasi O2,dll9. Buka jalan nafas, gunakan teknikchin lift atau jaw thurst bila perlu10. Posisikan pasien untukmemaksimalkan ventilasi |
| **2.**  | Ketidakefektifan pola nafasb/d deformitas dinding dada | **Respiratory status : airway patienVital sign statusKH :**- Mendemontrasikan batuk efektifdan suara nafas yang bersih, tidakada sianosis dan dyspneu (mampu | 1. Buka jalan nafas, gunakan teknikchin lift atau jaw thurst bila perlu2. Posisikan pasien untukmemaksimalkan ventilasi3. Indentifikasikan pasien perlunyapemasangan alat jalan nafas buatan |

29

|  |  |
| --- | --- |
| mengeluarkan sputum, mampubernafas dengan mudah, tidak adapursed lips)- Menunjukkan jalan nafas yangpaten (klien tidak merasa tercekik,irama nafas, frekuensi pernafasandalam rentang normal, tidak adasuara nafas abnormal)- Tanda Tanda vital dalam rentangnormal (tekanan darah, nadi | 4. Pasang mayo bila perlu,5. keluarkan secret dengan batuk atausuction6. Auskultasi suara nafas, catat adanyasuara tambahan7. Lakukan suction pada mayo8. Berikan pelembab udara kasa basahNacl lembab9. Atur intake untuk cairanmengoptimalkan keseimbangan.10. Monitor respirasi dan status O211. Pertahankan jalan nafas yang paten |

30

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3.**  | Intoleransi aktifitas b/dketidakseimbangan suplai O2ke tubuh | **Energy consevationAirway toleranceKH :**- Berpatisipasi dalam aktifitas fisiktanpa disertai peningkatan tekanandarah, nadi dan RR- Mampu melakukan aktifitas sehari(ADLs) secara mandiri- Tanda tanda vital normal- Energy psikomotor- Level kelemahan- Mampu berpindah: dengan atautanpa bantuan alat- Status kardiopulmunari adekuat- Sirkulasi status baikStatus respirasi: pertukaran gas dan | 1. Kolaborasikan dengan tenagarehabilitas medic dalammerencanakan program terapi yangtepat.2. Bantu klien untukmengindentifikasi aktivitas yangmampu dilakukan3. Bantu untuk memilih aktivitaskonsisten yang sesuai dengankemampuan fisik, psikologi dansoclai4. Bantu untuk mengindentifikasi danmendapatkan sumber yangdiperlukan untuk aktivitas yangdiinginkan5. Bantu untuk mendapatkan alat |

31

|  |  |
| --- | --- |
| ventilasi adekuat  | bantuan aktivitas seperti kursi roda,krek6. Bantu untuk mengidentifikasikanaktivitas yang sesuai7. Bantu klien untuk membuat jadwallatihan diwaktu luang8. Bantu pasien/keluarga untukmengidentifikasi kekurangan dalamberaktivitas9. Sediakan penguatan positif bagiyang aktif beraktivitas10. Bantu pasien untukmengembangkan motivasi diri danpenguatan11. Monitor respon fisik, emoi, socialdan spiritual |

32

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4  | Gangguan pola tidur b/dkurang kontrol tidur | **Noc**- Anxiety reduction- Comfort level- Pain level- Rest : extent and patter- Sleep : extent ang pattern**KH :**- Jumlah jam tidur dalam batasnormal 6-8 jam/hari- Pola tidur, kualitas dalam batasnormal- Perasaan segar sesudah tidur atauistirahat- Mampu mengidentifikasikan halhal yang meningkatkan tidur | **Sleep enhancement**- Determinasi efek-efek medikasiterhadap pola tidur- Jelaskan pentingnya tidur yangadekat- Fasilitas untuk mempertahankanaktivitas sebelum tidur ( membaca )- Ciptakan lingkungan yang nyaman- Kolaborasi pemberian obat tidur- Diskusikan dengan pasien dankeluarga tentang teknik tidur pasien- Monitor/catat kebutuhan tidurpasien setiap hari dan jam |

33

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5**  | Ketidakseimbangan nutrisikurang dari kebutuhan tubuhb/d ketidakmampuan menelanmakanan | **Nutritional status : food and fluidIntakeNutritional status : nutrient intakeWeight kontrolKH :**- Adanya peningkatan berat badansesuai dengan tujuan- Berat badan ideal dengan tinggibadan- Mampu mengidentifikasikebutuhan nutrisi- Tidak ada tanda-tanda malnutrisi- Menunjukan peningkatan fungsipengecapan dari menelan- Tidak terjadi penurunan berat | **Nutrition management**- Kaji adanya alergi makanan- Kolaborasi dengan ahli gizi untukmenentukan jumlah kalori dannutrisi yang di butuhkan pasien- Anjurkan pasien untukmeningkatkan intake- Yakinkan diet yang dimakanmengandung tinggi serat untukmencegah konstipasi- Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahligizi )- Ajarkan pasien bagaiamnamembuat catatan makanan harian. |

34

|  |  |
| --- | --- |
| badan yang berarti  | - Monitor jumlah nutrisi dankandungan kalori- Berikan informasi tentangkebutuhan nutrisi- Kaji kemampuan pasien untukmendapatkan nutrisi yangdibutuhkan |

35
**2.4.4 Implementasi**Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang
telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi penguimpulan data
berkelanjutan, mengobservasirespon klien selama dan sesudah pelaksanaan
tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2012).
**2.4.5 Evaluasi**Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan
pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan
(Rohmah & Walid, 2012).

36
**BAB III
TINJAUAN KASUS
3.1 Asuhan Keperawatan
3.1.1 Pengkajian
1. Identitas Klien**Nama : Nn. S
Umur : 19 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Status : Belum menikah
Agama : Islam
Pekerjaan : Pelajar
Alamat : Kabun Pulasan, mandiangian koto selayan
Bukittinggi
No MR : 305288
Ruang Rawat : Paru
Tanggal Masuk : 16 Juni 2017
Tanggal Pengkajian : 19 Juni 2017
Penanggung Jawab
Nama : Ny. R
Umur : 35 tahun
Hub keluarga : Orang Tua
Pekerjaan : CS ( Cleaning Service )
37

37
**II. Alasan Masuk**Klien masuk dari IGD pada tanggal 17 Juni 2017 pada jam 09.45 wib, dengan
keluhan sesak napas meningkat 2 hari yang lalu, kepala terasa sakit, sebelum
masuk rumah sakit mual (-), muntah (-)
**III. Riwayat Kesehatan
a. Riwayat kesehatan sekarang**Klien mengatakan sesak napas meningkat 2 hari yang lalu, sesak menciut, klien
mengatakan dahak susah untuk di keluarkan, bunyi napas wheezing, frekuensi
napas 29x/menit, sesak tidak di pengaruhi oleh cuaca, sesak meningkat saat
beraktivitas, klien mengatakan saat ini masih sesak, klien mengalami sesak nafas
sejak 4 tahun yang lalu, sesaknya hilang timbul, interval sesak dalam hitungan
minggu, sesak biasanya hilang dengan pemberian obat inhalasi tetapi sejak 2 hari
ini sudah tidak mempan. Riwayat batuk berdarah tidak ada, keringat malam ada.
Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan berat badannya 35kg, dan setelah
di lakukan penimbangan ulang oleh perawat berat badan klien 33kg. klien
mengatakan nafsu makan menurun dan mengalami penurunan berat badan 2 kg 1
bulan yang lalu. TD : 110/80mmHg, nadi : 98x/menit, pernapasan : 29x/menit,
suhu : 36,50C
**b. Riwayat kesehatan dahulu.**Klien pernah dikenal dengan TB tulang 4 tahun yang lalu dan di rawat di rumah
sakit. Klien pernah minum OAT dan dihentikan oleh dokter, klien mengatakan
ada riwayat penyakit jantung 4 tahun yang lalu, riwayat asma, dan riwayat alergi :
debu dan udang dan riwayat dispepsia.
38
**c. Riwayat kesehatan keluarga**Keluarga klien mengatakan tidak ada penyakit yang sama dengan klien, seperti :
penyakit TB, asma, penyakit jantung, atau penyakit menular lainnya.
Keterangan :
= laki- laki / perempuan
= meninggal
= Tinggal serumah
= Klien
19 th
19 th
39
**IV. Pemeriksaan Fisik**Kesadaran : Composmentis
GCS : E4 M5 V5
**Tanda Vital**Suhu : 36,5 CO Pernapasan : 29x/m
Nadi : 98x/m TD : 110/80 mmHg
**Head to Toe
1. Kepala**- **Rambut**Distribusi rambut lurus, kekuatan rambut baik ( tidak mudah di cabut ), tidak
ada nyeri tekan pada kepala, rambut bersih tidak ada ketombe, tidak ada lesi.
- **Mata**Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sclera ikhterik, pupil isokor
2mm/3 mm, fungsi penglihatan klien baik, tidak menggunakan alat bantu
penglihatan.
- **Hidung**Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip, tidak ada sekret, tidak ada peradangan
pada hidung, tidak ada cuping hidung.
- **Mulut dan Gigi**Mukosa bibir kering, tidak terdapat sariawan, tidak memakai gigi palsu, tidak
ada perdarahan pada gusi.
**2. Leher**Tidak tampak pembembesaran vena jugularis dan kelenjar tyroid.
40
**3. Thorak
Paru-paru**I : Pergerakan dinding dada tidak sama, menggunakan alat bantu
pernapasan ( mengangkat bahu saat bernapas ), tidak simetris kiri dan
kanan.
P : tidak ada nyeri tekan, vremitus traktil dalam intensitas getaran
yang sama antara paru kanan dan paru kiri.
P : Sonor
A : Suara nafas wheezing
**Jantung**I : Simetris kiri dan kanan, ictus cordis tidak tampak
P : Ictus cordis teraba, di intercostal ke V ( lima ) sebelah mid
klavikularis sinistra, irama jantung teratur.
P : Redup
A : Bunyi Jantung 1 : Lup, Bunyi Jantung 2 : Dup ( Normal ), tidak ada
bunyi tambahan : gallop/mur-mur
**4. Abdomen**I : Simetris kiri dan kanan, bentuk perut cekung
P : Hepar dan lien tidak teraba
P : Tympani
A : Bising usus normal 5x/m
( bising usus normal 5-16x/menit )
5. **Punggung**Simetris, tidak ada pembengkakan pada punggung dan tidak ada bekas luka pada
punggung.
41
**6. Ekstremitas
Atas**Pada bagian tangan kanan klien terpasang infus RL 20 tts/m
**Bawah**Tidak terdapat luka atau oedema di kaki klien.
**Kekuatan Otot**

|  |  |
| --- | --- |
| 4444 | 4444 |
| 4444 | 4444 |

**7. Genitalia**Klien tidak terpasang kateter, dan tidak ada kelainan pada genetalia
**8. Integumen**Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, kapilary refil 3 detik, tidak terdapat
adanya lesi.
42
**V. DATA BIOLOGIS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **AKTIVITAS**  | **SEHAT**  | **SAKIT** |
| **1**  | **Makanan Dan Minuman/Nutrisi** |  |  |
| **Makan** |  |  |  |
| Menu  | Nasi  | Makanan lunak |  |
| Porsi  | 1 porsi  | ½ porsi |  |
| Makanan kesukaan  | Nasi  | Nasi |  |
| Pantangan  | Udang  | Udang |  |
| **Minum** |  |  |  |
| Jumlah  | 4-6L/hari  | 3-5L/hari |  |
| Minuman Kesukaan  | susu  | Susu |  |
| Pantangan  | Tidak ada  | Tidak ada |  |
| **2**  | **Eliminasi** |  |  |
| **BAB** |  |  |  |
| Frekuensi  | 1x/hari  | 1x/hari |  |
| Warna  | Kuning kecoklatan  | Kuning kecoklatan |  |
| Bau  | khas  | Khas |  |
| Konsistensi  | Padat  | Cair |  |
| Kesulitan  | Tidak ada  | Tidak ada |  |
| **BAK** |  |  |  |
| Frekuensi  | 3-5x/hari  | 4-5x/hari |  |
| Warna  | Kuning  | Kuning |  |
| Bau  | Pesing  | Pesing |  |
| Konsistensi  | Cair  | Cair |  |
| Kesulitan  | Tidak ada  | Tidak ada |  |

43

|  |  |
| --- | --- |
| **3**  | **Istirahat dan Tidur** |
| Waktu Tidur  | 23.00-07.00  | Jam 10.00-13.00 |
| Jam 11.00-01.30 |  |  |
| Jam 03.00-08.00 |  |  |
| Lama Tidur  | 8 jam  | 12 jam |
| Hal yang mempermudah tidur  | Tidak ada  | Tidak ada |
| Kesulitan tidur  | Tidak ada  | Sesak nafas, danBatuk |
| **4**  | **Personal hygiene** |  |
| Mandi  | 2x/hari  | 1x/hari |
| Cuci rambut  | 3x/minggu  | 1x/hari |
| Gosok gigi  | 2x/hari  | 1x/hari |
| Potong kuku  | 1x/minggu  | Belum ada |

**VI. Riwayat Alergi**Klien mengatakan klien alergi terhadap udang dan debu
**VII. Data Psykologis**Keluarga klien mengatakan selama klien sakit klien sama sekali tidak
mengeluh tentang penyakitnya, klien yakin ALLAH SWT akan
menyembuhkan penyakitnya.
**VIII. Data Sosial Ekonomi**Keluarga klien mengatakan klien tinggal bersama ibunya keluarga berpenghasilan
menengah. Dan klien mengatakan menggunakan BPJS untuk biaya di rumah sakit
44
**IX. Data Spiritual**Selama sakit klien tidak pernah shalat dikarenakan fisik lemah tetapi
klien yakin penyakit yang dideritanya akan sembuh.
**X. Data Penunjang**Hasil Laboratorium DARAH LENGKAP
19/06/2017

|  |  |
| --- | --- |
| PARAMETER | NILAI RUJUKAN |
| HGB  | 13,7  | [g/dL]  | P 13.0-16.0 W 12.0-14.0 |
| RBC  | 5,12  | [10^6/uL]  | P 4.5 – 5.5 W 4.0 - 5.0 |
| HCT  | 40,9  | [%]  | P 40.0 48.0 W 37.0 – 43.0 |
| MCV  | 79,9  | [fl] |  |
| MCH  | 26,8  | [pg] |  |
| MCHC  | 33,5  | [g/dL] |  |
| RDW-SD  | 39,9  | [fl] |  |
| RDW-CV  | 13,8  | [%] |  |
| WBC  | 8,97  | [10^3/ul]  | 5.0 – 10.0 |
| EO%  | 1,3  | [%]  | 1 – 3 |
| BASO%  | 0,1  | [%]  | 0 – 1 |
| NEUT%  | 86,0  | [%]  | 50 – 70 |
| LYMPH%  | 8,6  | [%]  | 20 – 40 |
| MONO%  | 4,0  | [%]  | 2 – 8 |
| EO%  | 0,12  | [10^3/ul] |  |

45

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BASO%  | 0,01  | [10^3/ul] |
| NEUT%  | 7,71  | [10^3/ul] |
| LYMPH%  | 0,77  | [10^3/ul] |
| MONO%  | 0,36  | [10^3/ul] |
| PLT  | 303  | [10^3/ul]  | 150 - 400 |
| PDW  | 8,4  | [fL] |  |
| MPV  | 8,6  | [fL] |  |
| P-LCR  | 14,0  | [%] |  |
| PCT  | 0,26  | [%] |  |

Hasil pemeriksaan ANALISIS GAS DARAH
Tgl 16/6/2017

|  |  |
| --- | --- |
| Darah arteri/ kapiler/ vena  | Nilai normal |
| Arteri  | kapiler  | Vena |
| pH : 7.449pCO2 : 33,2 mmHgpO2 : 89,7 mmHgSo2 % : 97,2 %Hct : 42 %Hb : 14.1 g/dLHCO3- : 23.3 mmol/L | 7.37-7.4735-4583-10895-9921-28 | 7.35-7.4535-5035-8065-8522-29 | 7.33-7.4338-5030-5060-8522-29 |

46
**DATA PENGOBATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No  | Obat non parenteral / Dosis  | Obat parenteral/Dosis  | Cairan intra vena |
| 1.  | Ambroxol  | 3x1 mg  | Nebu combivent  | 2x1  | Inf. RL dripaminophilin 20tts/menit |
| 2.  | Salbutamol  | 3x4 mg  | Nebu ventolin +flexotide | 2x/30menit |  |

47
**DATA FOKUS
Data subjektif :**1. Klien mengeluh batuk-batuk sejak 1 minggu yang lalu
2. Klien mengatakan dahak susah untuk di keluarkan
3. Klien mengeluh sesak nafas kurang lebih 5 hari yang lalu
4. Klien mengatakan sesak di rasakan hilang timbul
5. Klien mengatakan sesaknya datang di malam hari
6. Klien mengatakan kadang-kadang sesaknya datang saat beraktifitas
7. Klien mengatakan tidurnya kurang sering terbangun karena batuk
8. Klien mengatakan nafsu makannya menurun karena batuk
9. Klien mengatakan berat badan menurun 2kg 1 bulan yang lalu
10. Klien mengatakan badannya letih
11. Klien mengatakan aktivitas klien di bantu keluarga
12. Klien terpasang O2 3Liter
13. Klien terpasang Inf.RL 20tts/i
**Data objektif**1. Suara nafas klien wheezing
2. Dahak klien tampak banyak
3. Klien tampak menggunakan otot bantu pernapasan
4. Pergerakan dinding dada klien tampak tidak simetris
5. RR 29x/menit
6. Mata klien tampak cekung
7. Mukosa bibir klien kering
8. Makanan yang di sajikan tampak tidak habis, hanya ½ porsi
48
9. Klien tampak kurus
10. Klien tampak lemah dan lesu
11. ADL klien tampak di bantu keluarga
12. Klien tampak terpasang O2 3L
13. Klien tampak terpasang infus RL 20tts/i
49
**ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO**  | **DATA**  | **MASALAH**  | **ETIOLOGI** |
| 1  | **Ds :**- Klien mengeluh batuk sejak 1minggu yang lalu- Klien mengatakan dahaksusah untuk di keluarkan- Klien mengeluh sesak sejak 5hari yang lalu- Klien mengatakan sesaknyahilang timbul**Do :**- Bunyi nafas wheezing- Dahak klien tampak banyak- Tampak menggunakan ototbantu pernafasan- Klien tampak sesak- RR 29x/menit- Klien terpasang O2 3L | ketidakefektifan jalan nafas  | Faktor fisiologis : penyakitparu obtruktif kronik |
| 2  | **Ds :**- Klien mengatakan sesaknyadi rasakan hilang timbul- Klien mengatakan sesaknya | Ketidakefektifan pola nafas  | Deformitas dinding dada |

50

|  |
| --- |
| datang di malam hari**Do :**- Klien tampak menggunakanotot bantu pernafasan- Pergerakan dinding dadaklien tidak simetris- Klien tampak terpasang O23L- RR 29x/i |
| 3  | **Ds :**- Klien mengatakan sesak saatberaktifitas- Klien mengatakan sesaknyahilang timbul- Klien mengatakan badannyaletih**Do :**- Klien tampak menggunakanotot bantu pernafasan- Klien tampak lemah- RR 29x/menit | Intoleransi aktivitas  | Ketidakseimbangan suplai 02ke tubuh |
| 4  | **Ds :**- Klien mengatakan tidurnyakurang karena seringterbangun karena batuk | Gangguan pola tidur  | Kurang kontrol tidur |

51

|  |
| --- |
| - Klien mengatakanistirahatnya kurang**Do :**- Klien tampak tidur di sianghari,karena pada malam harihanya bisa tidur 3 jam- Mata klien tampak cekung |
| 5  | **Ds :**- Keluarga klien mengatakanmakan klien kurang- Klien hanya makan sedikit dariporsi yang diberikan- Keluarga klien mengatakan kliensusah menelan- Klien mengatakan berat badanmenurun 2 kg 1 bulan yang lalu- Klien terpasang inf.RL 20 tts/i**Do :**- Makanan yang disajikan tampaktidak habis ½ porsi- Mukosa bibir klien kering- Badan klien tampak kurus- Klien tampak lemah dan lesu- Klien tampak terpasang inf. RL20 tts/i | Ketidakseimbangan nutrisikurang dari kebutuhan tubuh | Ketidakmampuan menelanmakanan |

52
**XI. DIAGNOSA KEPERAWATAN**Daftar Prioritas Diagnosa Keperawatan
1. Ketidakefektifan jalan nafas b/d faktor fisiologis : penyakit paru obtruktif
kronik ( jilid 3 nanda noc nic, hal 284 )
2. Ketidakefektifan pola nafas b/d deformitas dinding dada ( jilid 3 nanda noc
nic, hal 290 )
3. Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan suplai O2 ke tubuh ( jilid 3 nanda
noc nic, hal 273 )
4. Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur ( jilid 3 nanda noc nic, hal 260 )
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan
menelan makanan ( jilid 3 nanda noc nic, hal 294 )

53
**3.1.3 Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **Diagnosa Keperawatan**  | **NOC**  | **NIC** |
| **1.**  | Ketidakefektifan jalan nafas b/dpenyakit paru obstruktif kronikDs :1. Klien mengeluh batuk sejak1 minggu yang lalu2. Klien mengatakan dahaksusah untuk di keluarkan3. Klien mengatakan sesaknyahilang timbulDo :1. Bunyi nafas wheezing2. Dahak klien tampak banyak3. Klien tampak sesak4. RR 29x/menit | **Respiratory statusKH :**- Mendemontrasikan batuk efektif dansuara nafas bersih,tidak ada sianosisdan dyspneu (mampu mengeluarkansputum, mampu bernafas denganmudah, tidak ada pursed lips)- Menunjukan jalan nafas yang paten(klien tidak merasa tercekik, iramanafas, frekuensi pernafasan dalamrentang normal, tidak ada suara nafasabnormal)- Mampu mengidentifikasikan danmencegah factor yang dapatmenghambat jalan nafas | 1. Pastikan kebutuhan oral / trachealsuctioning2. Auskultasi suara nafas sebelum dansesudah suctioning.3. Informasikan pada klien dan keluargatentang suctioning4. Minta klien nafas dalam sebelum suctiondilakukan.5. Berikan O2 dengan menggunakan nasaluntuk memfasilitasi suksion nasotrakeal6. Gunakan alat yang steril setiap melakukantindakan7. Monitor status oksigen pasien8. Hentikan suksion dan berikan oksigenapabila pasien menunjukan bradikardi,peningkatan saturasi O2, dll9. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin liftatau jaw thurst bila perlu |

54

|  |
| --- |
| 10. Posisikan pasien untuk memaksimalkanventilasi |
| **2.**  | Ketidakefektifan pola nafas b/ddeformitas dinding dadaDs :1. Klien mengatakan sesaknyahilang timbul2. Klien mengatakan sesaknyadatang di malam hariDo :1. Klien tampak menggunakanotot bantu pernapasan2. Pergerakan dinding dadaklien tidak simetris3. Klien tampak terpasang 023L | **Respiratory status : airway patienVital sign statusKH :**- Mendemontrasikan batuk efektif dansuara nafas yang bersih, tidak adasianosis dan dyspneu (mampumengeluarkan sputum, mampubernafas dengan mudah, tidak adapursed lips)- Menunjukkan jalan nafas yang paten(klien tidak merasa tercekik, iramanafas, frekuensi pernafasan dalamrentang normal, tidak ada suara nafasabnormal)- Tanda Tanda vital dalam rentangnormal (tekanan darah, nadi | 1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin liftatau jaw thurst bila perlu2. Posisikan pasien untuk memaksimalkanventilasi3. Indentifikasikan pasien perlunyapemasangan alat jalan nafas buatan4. Pasang mayo bila perlu,5. keluarkan secret dengan batuk atausuction6. Auskultasi suara nafas, catat adanya suaratambahan7. Lakukan suction pada mayo8. Berikan pelembab udara kasa basah Nacllembab9. Atur intake untuk cairan mengoptimalkankeseimbangan.10. Monitor respirasi dan status O211. Pertahankan jalan nafas yang paten |

55

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3.**  | Intoleransi aktifitas b/dketidakseimbangan suplai O2ke tubuhDs :1. Klien mengatakan sesaknyadatang saat beraktifitas2. Klien mengatakan badannyaletihDo :1. Klien tampak menggunakanotot bantu pernapasan2. Klien tampak lemah | **Energy consevationAirway toleranceKH :**- Berpatisipasi dalam aktifitas fisiktanpa disertai peningkatan tekanandarah, nadi dan RR- Mampu melakukan aktifitas sehari(ADLs) secara mandiri- Tanda tanda vital normal- Energy psikomotor- Level kelemahan- Mampu berpindah: dengan atau tanpabantuan alat- Status kardiopulmunari adekuat- Sirkulasi status baikStatus respirasi: pertukaran gas danventilasi adekuat | 1. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasmedic dalam merencanakan program terapiyang tepat.2. Bantu klien untuk mengindentifikasiaktivitas yang mampu dilakukan3. Bantu untuk memilih aktivitas konsistenyang sesuai dengan kemampuan fisik,psikologi dan soclai4. Bantu untuk mengindentifikasi danmendapatkan sumber yang diperlukanuntuk aktivitas yang diinginkan5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuanaktivitas seperti kursi roda, krek6. Bantu untuk mengidentifikasikan aktivitasyang sesuai7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihandiwaktu luang8. Bantu pasien/keluarga untukmengidentifikasi kekurangan dalamberaktivitas9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif |

56

|  |
| --- |
| beraktivitas10. Bantu pasien untuk mengembangkanmotivasi diri dan penguatan11. Monitor respon fisik, emoi, social danspiritual |
| 4  | Gangguan pola tidur b/d kurangkontrol tidurDs :1. Klien mengatakan tidurnyakurang karena seringterbangun oleh batuk2. Klien mengatakanistirahatnya kurangDo :1. Klien tampak tidur di sianghari, karena pada malamhari klien hanya tidur 3 jam2. Mata klien tampak cekung | **Noc**- Anxiety reduction- Comfort level- Pain level- Rest : extent and patter- Sleep : extent ang pattern**KH :**- Jumlah jam tidur dalam batas normal6-8 jam/hari- Pola tidur, kualitas dalam batasnormal- Perasaan segar sesudah tidur atauistirahat- Mampu mengidentifikasikan hal-halyang meningkatkan tidur | **Sleep enhancement**- Determinasi efek-efek medikasi terhadappola tidur- Jelaskan pentingnya tidur yang adekat- Fasilitas untuk mempertahankan aktivitassebelum tidur ( membaca )- Ciptakan lingkungan yang nyaman- Kolaborasi pemberian obat tidur- Diskusikan dengan pasien dan keluargatentang teknik tidur pasien- Monitor/catat kebutuhan tidur pasiensetiap hari dan jam |

57

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5**  | Ketidakseimbangan nutrisi kurangdari kebutuhan tubuh b/dketidakmampuan menelan makananDs :1. Klien mengatakan makanklien kurang2. Klien hanya makan sedikitdari porsi yang di berikanDo :1. Makanan yang di sajikantampak tidak habis2. Mukosa bibir klien kering | **Nutritional status : food and fluidIntakeNutritional status : nutrient intakeWeight kontrolKH :**- Adanya peningkatan berat badansesuai dengan tujuan- Berat badan ideal dengan tinggi badan- Mampu mengidentifikasi kebutuhannutrisi- Tidak ada tanda-tanda malnutrisi- Menunjukan peningkatan fungsipengecapan dari menelan- Tidak terjadi penurunan berat badanyang berarti | **Nutrition management**- Kaji adanya alergi makanan- Kolaborasi dengan ahli gizi untukmenentukan jumlah kalori dan nutrisi yangdi butuhkan pasien- Anjurkan pasien untuk meningkatkanintake- Yakinkan diet yang dimakan mengandungtinggi serat untuk mencegah konstipasi- Berikan makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi )- Ajarkan pasien bagaiamna membuatcatatan makanan harian.- Monitor jumlah nutrisi dan kandungankalori- Berikan informasi tentang kebutuhannutrisi- Kaji kemampuan pasien untukmendapatkan nutrisi yang dibutuhkan |

58
**3.1.4 Catatan Perkembangan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **Hari /Tanggal**  | **Dx**  | **Jam**  | **Implementasi**  | **Jam**  | **Evaluasi**  | **Paraf** |
| **1.**  | Senin /19 Juni 2017 | Dx : 1  | 11.3011.3511.4512.00 | - Mengajarkan klien batuk efektif- Mengajarkan klien untuk banyakminum air hangat- Mengajarkan klien banyak istirahat | 12.0012.30 | **S :**- Klien mengatakan batuk-batuk- Klien mengatakan dahak susahuntuk di keluarkan**O :**- Klien tampak batuk- Dahak klien tampak banyak- TD : 110/70 mmHg, N : 84x/m,RR : 29x/m, S :36,9 c**A :** Masalah ketidakefektifan bersihanjalan nafas belum teratasi**P :** Intervensi :- Anjurkan klien batuk efektif- Anjurkan minum air hangatIntervensi dilanjutkan |  |
| **2.**  | Senin /19 Juni 2017 | Dx : 2  | 11.0011.0511.1512.30 | - Memberikan suplai 02 sesuaikebutuhanMemberikan terapi yang di anjurkandokter ( terapi nebulizer ) | 11.3011.35 | **S :**- Klien mengatakan sesak nafas- Klien mengatakan sesaknyahilang timbul**O :**- Klien tampak menggunakan alatotot bantu pernafasan- Klien tampak sesak**A :** Masalah ketidakefektifan pola nafasbelum teratasi |  |

59

|  |
| --- |
| **P :** Intervensi :- Lanjutkan terapy dengan dokteruntuk pemberian nebu ventolin4x1 dan flexotide 1x1 gr.Intervensi dilanjutkan |
| **3.**  | Senin /19 Juni 2017 | Dx : 3  | 10.0010.1010.1510.20 | - Menganjurkan makan sedikit tapisering- Memonitor jumlah output dan input- BB dalam batas normal- Memonitor mual muntah klienMemberikan informasi tentangkebutuhan nutrisi | 10.3010.35 | **S :**- Klien mengatakan nafsumakannya menurun karena batuk- Klien mengatakan tidak dapatmenghabiskan makanan karenatidak nafsu makan**O :**- Klien tampak tidakmengahabiskan makanan- Klien tampak 2 sendokmenghabiskan makanan yang diberikan**A :** Masalah kebutuhan nutrisi kurangdari kebutuhan tubuh belum teratasi**P :** Intervensi :- Kaji adanya alergi makanan- Kolaborasi dengan ahli giziIntervensi di lanjutkan |

60

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **Hari /Tanggal**  | **Dx**  | **Jam**  | **Implementasi**  | **Jam**  | **Evaluasi**  | **Paraf** |
| **1.**  | Selasa /20 Juni 2017 | Dx 1  | 09.0009.05 | - Mengajarkan klien batuk efektif- Mengajarkan klien untuk banyakminum air hangat- Mengajarkan klien banyak istirahat- Memberikan nebulizer ventolin | 09.3009.45 | **S :**- Klien mengatakan batuk masihberdahak- Klien mengatakan dahak susahuntuk dikeluarkan**O** :- Dahak klien tampak banyak- Klien tampak batuk**A** : Masalah ketidakefektifan bersihanjalan nafas belum teratasi**P** : Intervensi di lanjutkan |  |
| **2.**  | Selasa /20 Juni 2017 | Dx : 2  | 10.2010.3012.30 | - Memberikan 02 3L- Mempertahankan posisi klien  | 11.0011.30 | **S:**- Klien mengatakan sesakmeningkat saat beraktifitas- Klien mengatakan nafas masihterasa sesak**O :**- Klien tampak sesak- Klien tampak lemah- RR : 29x/menit**A** : Masalah ketidakefektifan pola nafasbelum teratasi**P** : intervensi dilanjutkan |  |

61

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.**  | Selasa /20 Juni 2017 | Dx : 3  | 10.0010.0510.10 | - Menganjurkan klien meningkatkankonsumsi sayuran dan buah-buahan- Mengobservasi kemampuan klienmendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | 10.3010.45 | **S :**- Keluarga klien mengatakan makanklien masih sedikit- Keluarga klien mengatakan klienhanya minum susu dan pisang**O** :- Makanan klien habis ¼ dari porsiyang diberikan- Mukosa bibir klien terlihat kering**A** : Masalah kebutuhan nutrisi kurang darikebutuhan tubuh mulai teratasi**P** : Intervensi :- Anjurkan klien meningkatkankonsumsi sayuran dan buahbuahan- Kaji kemampuan klienmendapatkan nutrisi yangdibutuhkan |

62

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **Hari /Tanggal**  | **Dx**  | **Jam**  | **Implementasi**  | **Jam**  | **Evaluasi**  | **Paraf** |
| **1.**  | Rabu /21 Juni 2017 | Dx : 1  | 08.0008.15 | - Menganjurkan klien minum air hangat- Mengajarkan klien batuk efektif- Memberikan nebulizer ventolin | 08.2508.45 | **S :**- Klien mengatakan batuk sudahtidak ada- dahak sudah mulai berkurang**O :**- Klien tampak tidak batuk lagi**A :** Masalah teratasi**P :** Intervensi dihentikan |  |
| **2.**  | Rabu /21 Juni 2017 | Dx : 2  | 10.0010.2012.30 | - Mempertahankan posisiMemberikan 02 3L  | 10.3010.35 | **S :**- Klien mengatakan sesak sudahmulai berkurang**O :**- Klien tampak tidak sesak**A :** Masalah teratasi**P :** Intervensi di hentikan |  |
| **3.**  | Rabu /21 Juni 2017 | Dx : 3  | 10.0010.3010.45 | - Menganjurkan klien meningkatkankonsumsi sayuran dan buah-buahan- Menganjurkan klien makan sedikit tapisering- Mengkaji kemampuan klienmendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | 10.3010.50 | **S :**- klien mengatakan makan kliensudah sedikit lebih banyak daripada sebelumnya- klien mengatakan klien minumsusu**O :**- Makanan klien habis ½ dari porsiyang diberikan |  |

63

|  |
| --- |
| **A :** Masalah teratasi**P :** Intervensi di hentikan |

64
**BAB IV
PEMBAHASAN**Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Nn. S Dengan Penyakit
Paru Obstruktif Kronik ( PPOK ) Diruangan Rawat Paru RSAM Bukittinggi pada
tanggal 19-21 juni 2017. 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
Obtruktif 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 sendiri, karena klien sangat susah di ajak
untuk bercerita dikarenakan sesaknya datang dengan tiba-tiba namun penulis
mendapatkan data dari keluarga klien, catatan medis, perawat ruangan dan
tenaga kesehatan lainnya.
**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
65

65
menetap, adanya produksi sputum ( hijau, putih, kuning ), adanya penggunaaan otot
bantu pernafasan seperti meninggikan bahu. Biasanya pada penderita PPOK meliputi
riwayat merokok produk tembakau, riwayat atau adanya faktor-faktor yang dapat
mencetuskan eksasebrasi seperti alergen ( serbuk ). Pada Tinjauan Kasus didapatkan
data Klien masuk IGD RSAM Bukittinggi pada tanggal 16 Juni 2017 jam 13.50 WIB
dengan keluhan sesak nafas meningkat 2 hari yang lalu, sesak menciut, bunyi napas
wheezing, sesak nafas tidak di pengaruhi cuaca, sesak meningkat saat beraktivitas,
klien mengalami sesak nafas seak 4 tahun yang lalu, sesak yang di rasakan hilanh
timbul, sesak biasanya hilang dengan pemberian obat inhalasi ( seperti : nebu ), dahak
susah untuk di keluarkan, klien tidak ada riwayat merokok. Jadi dari data di atas
terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, pada teori didapatkan data bahwa pasien
PPOK mengatakan dada seperti tertekan, ada riwayat merokok, tetapi pada kasus saat
di lakukan pengkajian tidak di temukan data bahwa klien tidak merasakan dada
tertekan hanya saja sesaknya datang saat melakukan aktivitas dan klien tiada ada
riwayat merokok.
**4.1.1. 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 tidak ada riwayat merokok, klien pernah di kenal
dengan TB tulang 4 tahun yang lalu, klien mengatakan ada riwayat jantung 4 tahun
yang lalu. Jadi terdapat kesenjangan data antara teori dan kasus saat melakukan
pengkajian, yaitu pada teori ada infeksi saluran napas sedangkan di kasus tidak di
dapatkan data bahwa klien ada riwayat infeksi saluran napas.
66
**4.1.2. Riwayat kesehatan keluarga**Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga biasanya
terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita Penyakit Paru Obtruktif
Kronik ( PPOK ) namun tidak ditemukan data di keluarga yang menderita Penyakit
Paru Obtruktif Kronik ( PPOK ) seperti klien.
**4.1.3. Pemeriksaan Fisik**Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada Nn.S penulis banyak mengalami hambatan
dikarenakan klien tidak mampu berbicara karena sesak datang dengan tiba-tiba, juga
sedang beristirahat, Penulis mendapatkan data dari klien, keluarga 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 sistematik
dilaksanakan dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan
penciuman.
Dari hasil pengkajian pada tanggal 19 Juni 2017 dengan teknik inspeksi penulis
mendapatkan data yaitu adanya bentuk dada seperti dada burung, terlihat
meninggikan bahu untuk bernafas, pergerakan dinding dada tidak sama.
Berdasarkan data tersebut terdapat kesamaan antara 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 tidak
sama
b. Palpasi yaitu suatu teknik yang menggunakan indera peraba, tangan dan jari-jari
yang merupakan instrumen sensitif. Dari hasil pengkajian pada tanggal 19 Juni
67
2017 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 19 Juni 2017 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,
mukosa.
d. Auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan
oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Dari hasil pengkajian pada tanggal 19
Juni 2017 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.
68
**4.1. Diagnosa Keperawatan**Diagnosa keperawatan Penyakit Paru Obtrutif Kronik secara teori menurut Arif
Muttaqin : 2015 :
1. Gangguan pertukaran gas
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
4. Intoleransi aktivitas
5. Resiko tinggi infeksi pernapasan
6. Koping individu tidak efektif
7. Defisit pengetahuan tentang prosedur perawatan diri
8. Gangguan pola tidur
Sedangkan pada tinjauan kasus hanya ditemukan 5 diagnosa keperawatan, diagnosa
yang muncul pada tinjauan kasus adalah :
1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
2. Ketidakefektifan pola nafas
3. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
4. gangguan pola tidur
5. intoleransi aktivitas
Dari 8 diagnosa diatas, ada 3 diagnosa yang tidak terdapat dalam tinjauan kasus yaitu
resiko tinggi infeksi, koping individu tidak efektif, defisit pengetahuan tentang
prosedur perawatan diri namun diagnosa ini tidak ditegakkan karena penulis tidak
menemukan data yang menunjang tegaknya diagnosa tersebut yaitu :
**4.2. Intervensi Keperawatan**Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas
masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan
69
pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan
keluhan yang dirasakan klien saat pengkajian dilakukan.
**a. 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.
**b. Untuk diagnosa kedua**Yaitu ketidakefektifan pola nafas, rencana tindakan yang dilakukan atur intake
untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan, posisikan pasien untuk
memaksimalkan ventilasi, menunjukkan jalan nafas yang paten, tanda-tanda vital
dalam rentang normal, lakukan suction. Untuk intervensi pada kasus beberapa
intervensi teori tidak penulis masukkan karena klien berumur 19 tahun, penulis
memilih dan menyesuaikan dengan kondisi klien
**c. Untuk diagnosa ketiga**Yaitu Ketidakseimbangan kebutuhan nutrisi tubuh kurang dari kebutuhan tubuh,
rencana tindakan yang dilakukan adalah Kaji adanya alergi makanan. Kolaborasi
dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan
pasien. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. Berikan
makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). Berikan
informasi tentang kebutuhan nutrisi. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan
nutrisi yang dibutuhkan. Untuk intervensi pada kasus beberapa intervensi teori
tidak penulis masukkan karena klien berumur 19 tahun, penulis memilih dan
menyesuaikan dengan kondisi klien.
70
**4.3. 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 ketidakefektifan bersihan jalan nafas, tindakan yang penulis lakukan yaitu
mengobservasi klien batuk efektif, menganjurkan klien minum air hangat,
menganjurkan klien banyak istirahat, memberikan nebu ventolin
b. **Untuk diagnosa kedua**Yaitu ketidakefektifan pola nafas, tindakan yang penulis lakukan adalah
menngobservasi pemberian O2 sesuai kebutuhan, memberikan terapi yang di
anjurkan dokter ( terapi nebulizer )
c. **Untuk diagnosa ketiga**Yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, tindakan yang
penulis lakukan adalah Mengobservasi adanya alergi makanan. Menganjurkan
klien untuk meningkatkan makan sayuran dan buah-buahan, memganjurkan
pasien makan sedikit tapi sering. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
klien. Mengobservasi kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang
dibutuhkan.
Dalam melakukan rencana tindakan keperawatan penulis tidak menemukan
kesulitan yang berarti hal ini disebabkan karena :
71
a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan klien dan keluarga dalam
perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan
keperawatan.
b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya
sehingga memudahkan dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien.
c. Adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga
penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan
**4.4. Evaluasi**Dari 3 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 ketidakefektifan bersihan jalan nafas, hasil yang
penulis dapatkan adalah klien mengatakan batuk-batuk dan dahak susah untuk
dikeluarkan.
b. **Untuk diagnosa kedua** yaitu ketidakefektifan pola napas, hasil yang penulis
dapatkan adalah klien mengatakan masih sesak dan sesak yang di rasakan hilang
timbul
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.

72
**BAB V
PENUTUP
5.1. Kesimpulan**Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Nn. S Dengan Penyakit Paru
Obtruktif Kronik ( PPOK ) Di Ruang Rawat Inap Paru RSAM Bukittinggi 2017 dapat
disimpulkan :
**a. Pengkajian**Saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data yang sesuai dengan penyakit
pasien yaitu Penyakit Paru Obtrutif 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 Nn. S yaitu :
1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d penyakit paru obtruktif kronik
2. Ketidakefektifan pola napas b/d deformitas dinding dada
3. Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan suplai 02 ke tubuh
**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 klien berumur 67 tahun, penulis memilih dan menyesuaikan dengan
kondisi klien

73
**a. Implementasi**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.
**b. Evaluasi**Evaluasi dapat berupa respon verbal, respon non verbal, dan hasil
pemeriksaan. Dari 3 diagnosa yang penulis tegakkan, sudah ada masalah
yang teratasi, tapi hanya sedikit dari diagnosa dikarenakan keterbatasan
waktu dan kemampuan penulis untuk melakukan asuhan keperawatan.
**5.1. Saran
5.2.1. Bagi Mahasiswa**Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas
wawasan mengenai Penyakit Paru Obtruktif 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 Obtruktif Kronik (
PPOK ) dan fakor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk
kasus tersebut.
**5.2.2. Bagi Rumah Sakit**Untuk mencegah meningkatnya Penyakit Paru Obtruktif 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
74
pasien yang telah mengalami atau menderita Penyakit Paru Obtruktif Kronik
( PPOK ) maka harus segera di lakukan perawatan yang intensif.
**5.2.3. Bagi Masyarakat**Masyarakat diharapkan mampu mengenali tanda dan gejala Penyakit Paru
Obtruktif 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
Obtruktif Kronik ( PPOK ). Diharapkan juga bagi keluarga bersikap lebih
terbuka dalam memberikan informasi yang akan sangat berguna untuk
melakukan rencana tindakan yang tepat nantinya.