

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F.L DENGAN PPOK DI RUANG TERATAI RSUD PROF. W.Z.JOHANNES KUPANG,”

Karya Tulis Ini Di Susun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program Studi D-III
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



GENOVEVA AEK

NIM : PO.5303201181189

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

2019

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F.L DENGAN PPOK DI RUANG TERATAI RSUD PROF. W.Z.JOHANNES KUPANG,”

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



GENOVEVA AEK

NIM : PO.5303201181189

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Geneveva Aek
NIM : PO5303201181189
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 25 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



Geneveva Aek

NIM : PO5303201181189

Mengetahui

Pembimbing



M. Margaretha U. W. SKp. MHSc
NIP.19560217 198603 2 001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Geneveva Aek, NIM :
PO5303201181189 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F.L
DENGAN PPOK DI RUANG TERATAI RSUD PROF. W.Z.JOHANNES
KUPANG," telah di periksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh :



Geneveva Aek
NIM. PO5303201181189

Telah DiSetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D- III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal, 25 Juli 2019

Pembimbing



M. Margaretha U.W. SKp, MHSc
NIP.19560217 198603 2 001

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F.L DENGAN PPOK, DI
RUANG TERATAI RSUD PROF. W.Z.JOHANNES KUPANG,”

Disusun Oleh :


Genoveva Aek
NIM. PO5303201181189

Telah Diuji Pada Tanggal 25 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I


Pius Selasa, S.kep.Ns.M.Sc
NIP.19740430 199703 1 001

Penguji II


M. Margaretha U.W, SKp, MHSc
NIP.19560217 198603 2 001

Mengesahkan
Ketua Jurusan keperawatan


Dr. Florentianus Tat, S.Kp. M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan


Margaretha Tefi, S.Kep.Ns. MSc-PH
NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Genoveva Aek
Tempat Tanggal Lahir : Babotin, 04 Maret 1976
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Nurobo, Malaka, NTT
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDK Lahurus II 1989
2. Tamat SMPK TH. St.Petrus Lahurus 1992
3. Tamat SPK St.Elisabeth Lela 1995
4. Sejak Tahun 2018 Kuliah di Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“Long Life Education”

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulisaturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat kasih karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F.L DENGAN PPOK DI RUANG TERATAI RSUD PROF.W.Z.JOHANNES KUPANG” dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi tugas akhir program D-III Keperawatan yang berlangsung sejak tanggal 15 Juli sd. 18 Juli 2019.

Dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan bantuan berupa masukan pendapat serta motivasi yang bergna dari berbagai pihak. Oleh sebab itu, penulis tidak lupa untuk menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Ibu M. Margaretha U.W.SKp, MHSc selaku, Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian membimbing penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik.
2. Bapak Pius Selasa, S.kep,Ns, MSc selaku Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Agnes S. Pere, A.Md.Kep, sebagai Penguji Klinik serta CI di Ruangan Rawat Inap Keperawatan Medikal Bedah Teratai RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ibu R.H Kristina, SKM.,M.,Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalani perkuliahan di Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang Jurusan Keperawatan Kupang
5. Bapak Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang.

6. Ibu Margaretha Teli, S.Kep,Ns.,MSc-PH selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang.
7. Ibu Kori Limbong, S.kep, Ns, M.kep, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan dukungan dan bimbingan serta motivasi kepada penulis hingga menyelesaikan Studi Diploma III Keperawatan Kupang.
8. Dosen dan Staf Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang atas bimbingan selama proses perkuliahan pada Program Studi Diploma III keperawatan Kupang.
9. Direktur RSUD Prof.W.Z. Johannes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan studi kasus di Ruang Teratai RSUD Prof.W.Z. Johannes Kupang.
10. Teman-teman dan sahabat seperjuangan angkatan ke-II RPL, yang telah banyak membantu penulis dalam perkuliahan dan berjuang bersama melewati segala aktivitas perkuliahan sehingga dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
11. Untuk kedua Orangtua saya yang telah meninggal, kakak adik saya, Suami tercinta serta anak-anak yang telah memberi kesempatan serta dukungan penuh kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan DIII keperawatan, sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan dan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

Akhir kata, penulis tak lupa menyampaikan permohonan mohon maaf jika dalam Karya Tulis Ilmiah ini terdapat kekurangan-kekurangan ditemukan pembaca sekalian. “Tak ada gading yang tak retak”. Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh sebab itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, 25 Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) di Ruang Teratai, RSUD Prof.W.Z.Johannes Kupang

Penyakit paru obstruksi kronis adalah penyakit yang ditandai dengan pengurangan aliran udara yang terus-menerus.(WHO,2017). Data hasil riskesdas menempatkan Sulawesi Tenggara pada peringkat 10 dengan penderita penyakit PPOK sebesar 4,9%.Tertinggi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (10%)dari 33 provinsi di Indonesia. (Risikesdas,2013). Tujuan: menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien PPOK dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi. Metode: penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif yaitu dengan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, wawancara, melihat catatan rekam medic pasien, dan tindakan keperawatan. Hasil: setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam didapatkan hasil ketidakefektifan bersihan jalan napas sebagian teratasi. Kesimpulan: pemberian posisi semi fowler, batuk efektif, dan kelola pengobatan aerosol dapat mengatasi sebagian keluhan.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan PPOK, posisi semi fowler, batuk efektif.

DAFTAR ISI

	Hal.
Halaman Judul	
Pernyataan Keaslian tulisan.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Biodata Penulis.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Lampiran.....	Ix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penulisan.....	2
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	3
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Penyakit PPOK.....	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	11
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan PPOK.....	15
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus.....	26
3.2 Pembahasan	35
3.3 Keterbatasan studi kasus.....	39
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan.....	40
4.2 Saran	41
Daftar Pustaka.....	42
Lampiran	

DAFTAR LAMPIRAN

	Hal.
Lampiran 1 Jadwal Kegiatan.....	42
Lampiran 2 Asuhan Keperawatan Tn F.L.....	43
Lampiran 3 Lembar Konsultasi.....	59

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) termasuk di dalamnya adalah bronkitis kronis dan emfisema, merupakan penyakit paru kronik, ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran napas, bersifat progressif nonreversibel atau reversibel parsial. Gejala bronkitis kronik adalah batuk kronik berdahak minimal 3 bulan dalam setahun, sekurang-kurangnya dua tahun berturut-turut dan tidak disebabkan oleh penyakit lain. Emfisema ditandai oleh adanya pelebaran rongga udara distal bronkiolus terminal disertai kerusakan dinding alveoli.

Penyebab PPOK dikaitkan dengan banyak faktor risiko, yaitu paparan terhadap rokok baik secara aktif maupun pasif, bahan kimia dan debu industri, polusi udara di dalam/di luar ruangan, dan faktor genetik, infeksi, status sosial ekonomi, dan usia tua. Di Indonesia, PPOK diperkirakan meningkat seiring dengan bertambahnya umur harapan hidup, kebiasaan merokok, pertambahan penduduk, polusi udara di kota besar, lokasi industri, dan pertambangan. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi prioritas bagi Kementerian Kesehatan RI

Diagnosis PPOK diperlukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang untuk mengukur fungsi paru dengan Peak flowmetri dan spirometri (pra dan post bronkodilator). Spirometri merupakan *gold standard* untuk mendiagnosis dan memonitor PPOK. Deteksi dini dengan spirometri di praktek dokter umum disarankan bagi individu yang memiliki riwayat paparan terhadap faktor risiko dan gejala saluran pernapasan yang mungkin PPOK. Hal ini selain *feasible* dilakukan, juga dapat untuk mengidentifikasi individu dengan obstruksi saluran pernapasan. Alat ini dapat digunakan untuk memonitor derajat keparahan PPOK, menilai kemajuan pengobatan dan menilai kekambuhan, sehingga berguna untuk pencegahan dan mengurangi beban akibat PPOK di masa mendatang.

Penyakit PPOK kebanyakan tidak terdiagnosis dan sebaliknya ada pula PPOK yang didiagnosis dan diobati sebagai PPOK tanpa dikonfirmasi dengan pemeriksaan spirometri. Dilaporkan satu dari empat perokok berumur 45 tahun atau lebih dengan obstruksi saluran napas dan kebanyakan tidak terdiagnosis. Sebaliknya, di antara yang didiagnosis awal sebagai PPOK, setelah pengobatan selama 4 minggu didapatkan lebih dari 16% dengan hasil spirometri normal. Selain itu ada pula sejumlah individu yang salah didiagnosis sebagai PPOK.

Komplikasi penyakit PPOK menurut Grece & Borley(2011), dapat menimbulkan Gagal Nafas Akut atau Acute Respiratory Failure (ARF). Oleh karena itu penyakit PPOK perlu ditangani secara serius dan segera, karena dapat mengancam nyawa.

Berdasarkan Data WHO 2017, Prevalensi PPOK bervariasi, di beberapa kota di Amerika Latin antara 7,8%-32,1%, di Asia Pasifik 3,5%-6,7% (rata-rata 6,3%), tertinggi di Vietnam dan terendah di Hongkong dan Singapura. Di Indonesia, proporsi PPOK pada usia 40-65 tahun sebesar 8,8% (1633 orang yang diperiksa). *Riskesdas 2013* menunjukkan prevalensi PPOK di Indonesia yang berdasarkan wawancara pada masyarakat usia 30 tahun ke atas sebesar 3,7%, tertinggi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (10%) dan terendah di Provinsi Lampung (1,4%). Penyakit ini bersifat progresif sehingga pengobatan hanya bersifat suportif/paliatif. Dalam hal beban ekonomi, PPOK merupakan penyakit berbiaya mahal akibat biaya langsung dan tidak langsung.

Penyebab PPOK karena adanya paparan terhadap rokok, maka peran Pemerintah Indonesia dalam menangani kasus PPOK adalah dengan mengeluarkan peraturan Pemerintah No. 81 tahun 1999, yang selanjutnya diganti dengan PP No 19/2003, tentang pengamanan rokok bagi kesehatan, di mana termuat larangan merokok di tempat – tempat umum. Dan dalam PP tersebut menginstruksikan agar setiap pemerintah daerah di Indonesia membuat aturan tersendiri melalui peraturan Daerah. Pemerintah juga melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan Keputusan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1022/MENKES/SK/XI/2008 tentang pedoman pengendalian penyakit PPOK agar menjadi Acuan bagi tenaga Kesehatan dalam pengendalian penyakit PPOK .

Peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah PPOK. Asuhan Keperawatan yang professional diberikan melalui pendekatan Proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnose keperawatan, Pembuatan intervensi, Implementasi keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. F.Ls dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) di Ruang Teratai, RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan pada penderita PPOK di Ruang Teratai, Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr.W.Z.Johannes Kupang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan Pengkajian pada Tn. F.L dengan PPOK di Ruang teratai, RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang
2. Penulis mampu merumuskan Diagnosa keperawatan pada Tn. F.L, dengan PPOK di Ruang teratai, RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang
3. Penulis mampu menentukan Intervensi Keperawatan pada Tn. F.L, dengan PPOK di Ruang teratai, RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang
4. Penulis mampu melakukan Implementasi keperawatan pada Tn. F.L, dengan PPOK di Ruang teratai, RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang
5. Penulis mampu melakukan Evaluasi pada Tn. F.L, dengan PPOK di Ruang teratai, RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang

1.4 Mamfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien dan Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Tugas Akhir Program Pendidikan D3 Keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Laporan Studi Kasus,diharapkan dapat menambah literature perpustakaan dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah

3. Bagi RSUD Prof. Dr. W.Z.Johannes

Dapat Memamfaatkan Studi Kasus dalam Keperawatan Medikal Bedah dalam mendukung evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan Praktek Pelayanan Keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian

Penyakit paru-paru obstruksi kronis (PPOK) merupakan suatu istilah yang sering digunakan untuk sekelompok penyakit paru paru yang berlangsung lama (Grace & Borlay, 2011) yang ditandai oleh adanya respons inflamasi paru terhadap partikel atau gas yang berbahaya (Padila, 2012). Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) adalah penyakit yang dicirikan oleh keterbatasan aliran udara yang tidak dapat pulih sepenuhnya. Keterbatasan aliran udara biasanya bersifat progresif dan dikaitkan dengan respon inflamasi paru yang abnormal terhadap partikel ataupun gas berbahaya, yang menyebabkan penyempitan jalan napas, hipersekresi mukus dan perubahan pada sistem pembuluh darah paru (Brunner & Suddarth, 2013). Decramer (2012), Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) merupakan penyakit yang dikarakteristikan dengan adanya sumbatan jalan napas secara progresive dan hanya sebagian yang bisa kembali normal, terjadinya inflamasi pada jalan napas, dan berpengaruh terhadap sistemik. Sari dan Suhartono (2016), PPOK adalah penyakit paru kronik yang dicirikan oleh hambatan aliran udara khususnya ekspirasi yang bersifat kronis, progresif dan semakin memburuk dan tidak dapat diubah. Li dan Huang (2012), COPD atau PPOK adalah penyakit inflamasi jalan napas yang dikarakteristikan dengan pembatasan jalan napas yang bersifat tidak bisa kembali dan mengakibatkan hipoksemia dan hipercapnea.

Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) adalah penyakit yang ditandai dengan hambatan aliran udara di saluran napas yang tidak sepenuhnya reversibel. Hambatan aliran udara ini bersifat progresif dan berhubungan dengan respon inflamasi paru terhadap partikel atau gas yang beracun atau berbahaya (Kemenkes, Keputusan Menteri Kesehatan republik Indonesia no

1022/menkes/sk/XI/ 2008 tentang pedoman pengendalian penyakit paru obstruktif kronik,2008)

Adapun pendapat lain mengenai PPOK adalah kondisi ireversibel yang berkaitan dengan dispnea saat aktivitas dan penurunan aliran masuk dan keluar udara paru-paru (Smeltzer & Bare, 2006) yang ditandai oleh peningkatan resistensi terhadap aliran udara sebagai gambaran patofisiologi utamanya (Edward. 2012).

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) menurut Jackson (2014) Asma , Bronkitis kronik, Emfisema

2.1.3 Etiologi

Faktor-faktor yang menyebabkan penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) menurut Mansjoer (2008) dan Ovedoff (2006) dalam Naska Publikasi yang ditulis Yasir Rahmadi dalam Tulisan “ Asuhan Keperawatan pada Tn W. Gangguan sistim Pernapasan : Penyakit Pau Obstruksi Di Ruang Anggrek Bougenvile, RSUD Pandan Arang Boyolali” adalah :

- a. Kebiasaan merokok, polusi udara, paparan debu, asap dan gas-gas kimiawi.
- b. Faktor Usia dan jenis kelamin sehingga mengakibatkan berkurangnya fungsi paru-paru, bahkan pada saat gejala penyakit tidak dirasakan.
- c. Infeksi sistem pernafasan akut, seperti peunomia, bronkitis, dan asma orang dengan kondisi ini berisiko mendapat PPOK.
- d. Kurangnya alfa anti tripsin. Ini merupakan kekurangan suatu enzim yang normalnya melindungi paru-paru dari kerusakan peradangan orang yang kekurangan enzim ini dapat terkena empisema pada usia yang relatif muda, walau pun tidak merokok.

2.1.4 Patofisiologi

Faktor risiko utama dari PPOK adalah merokok. Komponen komponen asap rokok merangsang perubahan pada sel-sel penghasil mukus bronkus. Selain itu, silia yang melapisi bronkus mengalami

kelumpuhan atau disfungsional serta metaplasia. Perubahan pada sel-sel penghasil mukus dan silia ini mengganggu sistem eskalator mukosiliaris dan menyebabkan penumpukan mukus kental dalam jumlah besar dan sulit dikeluarkan dari saluran napas. Mukus berfungsi sebagai tempat persemaian mikroorganisme penyebab infeksi dan menjadi sangat purulen. Proses ventilasi terutama ekspirasi terhambat. Timbul hiperkapnia akibat dari ekspirasi yang memanjang dan sulit dilakukan akibat mukus yang kental dan adanya peradangan. (Jackson, 2014). Komponen-komponen asap rokok juga merangsang terjadinya peradangan kronik pada paru. Mediator-mediator peradangan secara progresif merusak struktur-struktur penunjang di paru. Akibat hilangnya elastisitas saluran udara dan kolapsnya alveolus, maka ventilasi berkurang. Saluran udara kolaps terutama pada ekspirasi karena ekspirasi normal terjadi akibat pengempisan (recoil) paru secara pasif setelah inspirasi. Dengan demikian apabila tidak terjadi recoil pasif, maka udara akan terperangkap di dalam paru dan saluran udara kolaps. (Grace & Borley, 2011).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Reeves (2006) dan Mansjoer (2008) pasien dengan penyakit paru obstruksi kronis adalah perkembangan gejala-gejala yang merupakan ciri dari PPOK yaitu : malfungsi kronis pada sistem pernafasan yang manifestasi awalnya ditandai dengan batuk-batuk dan produksi dahak khususnya yang muncul di pagi hari. Napas pendek sedang yang berkembang menjadi nafas pendek akut. Li dan Huang (2012), penderita PPOK akan mengalami hipoksemia, hipercapnea sampai pada gangguan kognitif.

Gejala PPOK terutama berkaitan dengan respirasi, keluhan respirasi ini harus diperiksa dengan teliti karena seringkali dianggap sebagai gejala yang biasa terjadi pada proses penuaan. Batuk kronik merupakan batuk yang hilang timbul selama 3 bulan yang tidak hilang dengan pengobatan yang diberikan. Berdahak kronik, kadang –kadang pasien menyatakan hanya berdahak terus menerus tanpa disertai batuk. Sesak napas, terutama

pada saat melakukan aktivitas, seringkali pasien sudah mengalami adaptasi dengan sesak napas yang bersifat progresif lambat sehingga sesak napas ini tidak dikeluhkan. Anamnesis harus dilakukan dengan teliti, gunakan ukuran sesak napas sesuai skala sesak. Pada pasien dengan PPOK terjadi gangguan otot pernapasan yang dipengaruhi kontraksi otot dan kekuatan otot pernapasan. Hilangnya daya elastis paru pada PPOK menyebabkan hiperinflasi dan obstruksi jalan napas kronik yang mengganggu proses ekspirasi sehingga volume udara yang masuk dan keluar tidak seimbang serta terdapat udara yang terjebak (air trapping). Air trapping dalam keadaan lama menyebabkan diafragma mendatar, kontraksi otot kurang efektif dan fungsinya sebagai otot utama pernapasan berkurang terhadap ventilasi paru. Berbagai kompensasi otot intercostal dan otot inspirasi tambahan yang biasa dipakai pada kegiatan tambahan akan dipakai terus-menerus sehingga peran diafragma menurun hingga 65%. Volume napas mengecil dan napas menjadi pendek sehingga menjadi hipoventilasi alveolar yang akan meningkatkan konsumsi oksigen dan menurunkan daya cadang penderita. Frekwensi pernapasan atau frekwensi nafas (RR) meningkat sebagai upaya untuk mengkompensasi volume napas yang mengecil.

2.1.6 Komplikasi

Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) menurut Grece & Borley (2011), Jackson (2014) dan Padila (2012): Gagal napas akut atau Acute, Respiratory Failure (ARF), Corpulmonal, Pneumothoraks

2.1.7 Derajat Ppok

Klasifikasi derajat PPOK menurut Global initiative for chronic Obstritif Lung Disiase (GOLD) 2011.

- a. Derajat I (PPOK Ringan) : Gejala batuk kronik dan produksi sputum ada tetapi tidak sering. Pada derajat ini pasien sering tidak menyadari bahwa menderita PPOK.

Derajat II (PPOK Sedang) : Gejala sesak mulai dirasakan saat aktivitas dan kadang ditemukan gejala batuk dan produksi sputum. Pada derajat ini biasanya pasien mulai memeriksakan kesehatannya.

- b. Derajat III (PPOK Berat) : Gejala sesak lebih berat, penurunan aktivitas, rasa lelah dan serangan eksaserbasi semakin sering dan berdampak pada kualitas hidup pasien.
- c. Derajat IV (PPOK Sangat Berat) : Gejala di atas ditambah tanda-tanda gagal napas atau gagal jantung kanan dan ketergantungan oksigen. Pada derajat ini kualitas hidup pasien memburuk dan jika eksaserbasi dapat mengancam jiwa biasanya disertai gagal napas kronik.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan pada diagnosis PPOK antara lain pemeriksaan radiologi (foto thoraks), spirometri, laboratorium darah rutin (timbulnya polisitemia menunjukkan telah terjadi hipoksia kronik), analisa gas darah, mikrobiologi sputum (diperlukan untuk pemilihan antibiotik bila terjadi eksaserbasi) Meskipun kadang-kadang hasil pemeriksaan radiologis masih normal pada PPOK ringan tetapi pemeriksaan radiologis ini berfungsi juga untuk menyingkirkan diagnosis penyakit paru lainnya atau menyingkirkan diagnosis banding dari keluhan pasien Hasil pemeriksaan radiologis dapat berupa kelainan paru hiperinflasi atau hiperluse, diafragma mendatar, corakan Bronkovaskuler meningkat, bulla, jantung pendulum. Catatan : Dalam menegakkan diagnosa PPOK perlu disingkirkan kemungkinan adanya gagal jantung kongestif, TB paru, dan sindrome obstruktif pasca Tb paru. Penegakan diagnosa PPOK secara klinis dilaksanakan di puskesmas atau rumah sakit tanpa fasilitas spirometri. Sedangkan penegakan diagnosis penentuan klasifikasi (derajat PPOK) sesuai dengan ketentuan perkumpulan dokter paru Indonesia (PDPI), dilaksanakan di rumah sakit/fasilitas kesehatan lainnya yang memiliki spirometri (PDPI, 2011). Gagal napas kronik pada PPOK ditunjukkan dengan hasil pemeriksaaan analisa gas darah dengan kriteria hipoksemia dengan normokapne atau hipoksemia dengan hiperkapnea.

2.1.9 Tatalaksana PPOK

Tata laksana PPOK dibedakan atas tata laksana konik dan tata laksana eksaserbasi, masing-masing sesuai dengan klasifikasi (derajat) beratnya. Secara umum tata laksana PPOK(Kemenkes, Keputusan Menteri Kesehatan republik Indonesia no 1022/menkes/sk/XI/ 2008 tentang pedoman pengendalian penyakit paru obstruktif kronik, 2008), sebagai berikut :

1. Pemberian obat-obatan (farmakologik)

Bronkodilator, dianjurkan penggunaan dalam bentuk inhalasi kecuali pada eksaserbasi digunakan oral atau sistemik. Anti inflamasi, pilihan utama bentuk methylprednisolon atau prednison.

Untuk penggunaan jangka panjang pada PPOK stabil hanya bila uji steroid positif. Pada eksaserbasi dapat digunakan dalam bentuk oral atau sistemik. Antibiotik, tidak dianjurkan penggunaan dalam jangka panjang untuk pencegahan eksaserbasi. Pilihan antibiotik pada eksaserbasi disesuaikan dengan pola kuman setempat. Mukolitik, tidak diberikan secara rutin, hanya digunakan sebagai pengobatan simptomatik bila terdapat dahak yang lengket dan kental. Antitusif, diberikan hanya bila terdapat batuk yang sangat mengganggu. Penggunaan secara rutin merupakan kontraindikasi.

2. Tatalaksana Non farmakologik

a) Rehabilitasi, diantaranya edukasi, berhenti merokok, latihan fisik dan respirasi, yang dimaksudkan adalah terapi modalitas. Terapi modalitas untuk penyakit pernapasan terdiri dari latihan batuk efektif, latihan nafas dalam, latihan pernapasan, diafragma, fisioterapi dada dan terapi oksigen.

b) Terapi oksigen

Harus berdasarkan analisa gas darah baik pada penggunaan jangka panjang atau pada eksaserbasi. Pemberian yang tidak berhati-hati dapat menyebabkan hiperkapnea dan memperburuk keadaan. Penggunaan jangka panjang pada PPOK stabil derajat berat dapat memperbaiki kualitas hidup.

- c) Pengukuran saturasi oksigen dengan pulseoksimetri (SpO₂) dapat digunakan untuk evaluasi dan kontrol hipoksemia pada PPOK
- d) Breathing Relaxation dengan Balloon Blowing, Breathing relaxation atau breathing exercise adalah suatu metode nonfarmakologik yang bernilai mahal yang akan membantu seseorang dalam keadaan sakit. Pada pasien PPOK latihan relaksasi pernapasan dapat mengurangi sesak. Volvato (2015)

2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN SECARA UMUM

Proses keperawatan merupakan suatu panduan untuk memberikan asuhan keperawataprofesional, baik untuk individu, kelompok, keluarga, dan komunitas (Kozier, 2011). Menurut Craven dan Hirnle, proses keperawatan memiliki enam fase, yaitu pengkajian, diagnosis, tujuan, rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Iyer, et.al., 1995).

Berikut ini data yang diperoleh ketika melakukan pengkajian pada klien :

a. Data Dasar

Data dasar adalah seluruh informasi tentang status kesehatan klien. Data dasar ini meliputi data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan, dan pemeriksaan.

b. Data Fokus

Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal. Data fokus dapat berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung sebagai seorang perawat.

c. Data Subjektif

Data yang merupakan ungkapan keluhan klien secara langsung dari klien maupun tidak langsung melalui orang lain yang mengetahui keadaan klien secara langsung dan menyampaikan masalah yang terjadi kepada perawat berdasarkan keadaan yang terjadi pada klien.

d. Data Objektif

Data yang diperoleh secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada klien. Data objektif harus dapat diukur dan diobservasi, bukan merupakan interpretasi atau asumsi dari perawat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pertanyaan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial) dari individu atau kelompok tempat kita secara legal mengidentifikasi dan kita dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan. Dengan kata lain diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab. Tujuan diagnosis keperawatan adalah memungkinkan kita sebagai perawat untuk menganalisis dan menyintesis data yang telah dikelompokkan.

Tipe diagnosis keperawatan

a. Diagnosis Keperawatan Aktual

Diagnosis yang menjelaskan masalah yang nyata terjadi saat ini.

b. Diagnosis Keperawatan Risiko/Risiko Tinggi

Diagnosis keputusan klinis bahwa individu dan keluarga atau komunitas sangat rentan untuk mengalami masalah pada situasi yang sama atau hampir sama.

c. Diagnosis Keperawatan Kemungkinan

Diagnosis pertanyaan tentang masalah yang diduga akan terjadi atau masih memerlukan data tambahan.

d. **Diagnosis Keperawatan Sindrom**

Diagnosis yang terdiri atas kelompok diagnosis keperawatan aktual atau risiko/risiko tinggi yang diperkirakan akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

e. **Diagnosis Keperawatan sejahtera**

Diagnosis keputusan klinis yang divalidasi oleh ungkapan yang subjektif yang positif ketika pola fungsi dalam keadaan afektif.

3. Tujuan Keperawatan

a. **Tujuan Administrasi**

Administrasi mengidentifikasi fokus keperawatan. Fokus intervensi keperawatan dapat diidentifikasi melalui rencana keperawatan yang disusun.

b. **Tujuan Klinik**

Merupakan penunjuk dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

4. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Kegiatan dalam tahap perencanaan adalah sebagai berikut :

a. Menentukan Prioritas Masalah Keperawatan.

b. Menetapkan Tujuan Dan Kriteria Hasil.

c. Menetapkan Kriteria Hasil.

d. Merumuskan Rencana Tindakan Keperawatan.

e. Menetapkan Rasional Rencana Tindakan Keperawatan.

5. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan

sesudah pelaksanaan tindakan,serta menilai data yang baru.Keterampilan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan antara lain sebagai berikut :

a. Keterampilan Kognitif

Keterampilan kognitif mencakup pengetahuan keperawatan yang menyeluruh

b. Keterampilan Interpersonal

Keterampilan interpersonal penting untuk tindakan keperawatan yang efektif seperti berkomunikasi pada klien, keluarga, dan anggota tim keperawatan kesehatan lainnya.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan.

Tujuan evaluasi antara lain mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan ke perawatan, serta meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Macam-macam evaluasi

a. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/tidak berhasilnya, rekapitulasi, dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

2.3 KONSEPASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PPOK

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Anamnese

Pengkajian riwayat keperawatan pada masalah kebutuhan oksigenasi meliputi: ada atau tidak adanya riwayat gangguan pernapasan (gangguan hidung dan tenggorokan), seperti epitaksis (kondisi akibat luka/kecelakaan, penyakit reumatik akut, sinusitis akut, hipertensi, gangguan pada system peredaran darah, dan kanker), obstruksi nasal (kondisi akibat polip, hipertropi tulang hidung, tumor, dan influenza), dan keadaan lain yang menyebabkan gangguan pernapasan. Pada tahap pengkajian keluhan atau gejala, hal-hal yang perlu diperhatikan adalah infeksi kronis dari hidung, sakit pada daerah sinus, otitis media, keluhan nyeri pada tenggorokan, kenaikan suhu tubuh hingga 38,5 derajat celsius, sakit kepala, lemas, sakit perut hingga muntah-muntah (pada anak-anak), faring berwarna merah, dan adanya edema. Li dan Huang (2012), penderita PPOK akan mengalami hipoksemia, hipercapnea sampai pada gangguan kognitif. Keluhan respirasi ini harus diperiksa dengan teliti karena seringkali dianggap sebagai gejala yang biasa terjadi pada proses penuaan. Batuk kronik merupakan batuk yang hilang timbul selama 3 bulan yang tidak hilang dengan pengobatan yang diberikan. Berdahak kronik, kadang –kadang pasien menyatakan hanya berdahak terus menerus tanpa disertai batuk. Sesak napas, terutama pada saat melakukan aktivitas, seringkali pasien sudah mengalami adaptasi dengan sesak napas yang bersifat progresif lambat sehingga sesak napas ini tidak dikeluhkan. Anamnesis harus dilakukan dengan teliti, gunakan ukuran sesak napas sesuai skala sesak. Pada pasien dengan PPOK terjadi gangguan otot pernapasan yang dipengaruhi kontraksi otot dan kekuatan otot pernapasan.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

Bentuk dada : barrel chest (dada seperti tong), terdapat cara, napas purse lips breathing (seperti orang meniup), terlihat penggunaan dan hipertropi (pembesaran) otot bantu napas dan pelebaran sela iga.

Inspeksi spesifikasi penapasan meliputi:

Pertama; penentuan tipe jalan napas, seperti menilai apakah napas spontan melalui hidung, mulut, oral, nasal, atau menggunakan selang endotrakeal atau tracheostomi, kemudian menentukan status kondisi seperti kebersihan, ada atau tidaknya secret, perdarahan, bengkak, atau obstruksi mekanik.

Kedua; penghitungan frekuensi pernapasan dalam waktu satu menit (umumnya, wanita bernapas sedikit lebih cepat. Apabila kurang dari 10 kali per menit pada orang dewasa, kurang dari 20 kali per menit pada anak-anak, atau kurang dari 30 kali per menit pada bayi, maka disebut sebagai bradipnea atau pernapasan lambat. Gejala ini juga dijumpai pada keracunan obat golongan barbiturat, uremia, koma diabetes, miksedema, dan proses sesak ruang intrakranium. Bila lebih dari 20 kali per menit pada orang dewasa, kurang dari 30 kali per menit pada anak-anak, atau kurang dari 50 kali per menit pada bayi, maka disebut sebagai takhipnea atau pernapasan cepat

Ketiga; pemeriksaan sifat pernapasan, yaitu torakal, abnormal, atau kombinasi keduanya (pernapasan torakal atau dada adalah mengembang dan pengempisannya rongga toraks sesuai dengan irama inspirasi dan ekspirasi. Pernapasan abdominal atau perut adalah seirama inspirasi dengan mengembangnya perut dan ekspirasinya dengan mengempisnya perut. Selain itu, mengembang dan mengempisnya paru juga diatur oleh pergerakan diafragma. Pernapasan pada laki-laki adalah neonates, sedangkan pada anak adalah abdominal atau tarokoabdominal, karena otot interkostal

pada neontus masih lemah, untuk kemudian berkembang. Pada wanita pernapasan yang umum adalah pernapasan torakal.

Keempat; pengkajian irama pernapasan, yaitu dengan menelaah masa inspirasi dan ekspirasi (pada orang dewasa sehat, irama pernapasannya teratur dan menjadi cepat jika terjadi pengeluaran tenaga dalam keadaan terangsang atau emosi, kemudian yang perlu diperhatikan pada irama pernapasan adalah perbandingan antara inspirasi dan ekspirasi. Pada keadaan normal, ekspirasi lebih lama dari pada orang yang mengalami sesak napas. Keadaan normal, perbandingan antara frekuensi pernapasan dengan frekuensi nadi adalah 1:1, sedangkan pada keracunan obat golongan barbiturate perbandingannya 1:6. Penyimpanan irama pernapasan, seperti pernapasan kusmaul, dijumpai pada keracunan alcohol, obat bius, koma diabetes, uremia, dan proses desak ruang instranium. Pernapasan biot ditemukan pada pasien keruskn otak. Pernapasan cheyne stoke dapat ditemui pada pasien keracunan obat bius, penyakit jantung, penyakit paru, penyakit ginjal kronis, dan perdarahan pada susunan saraf pusat.

Kelima; pengkajian terhadap dalam/dangkalnya pernapasan (pada pernapasan yang dangkal, dinding toraks tampak hamper tidak bergerak. Gejala ini timbul jika terdapat empiema atau pergerakan dinding toraks terjadi proses desak ruang, seperti penimbunan cairan dalam rongga pleura dan pericardium serta konsolidasi yang dangkal dan lambat.

b. Palpasi

Pemeriksaan ini berguna untuk mendeteksi kelainan, seperti nyeri tekan yang dapat timbul akibat luka, peradangan setempat, metastasis tumor ganas, pleuritis, atau pembengkakan dan benjolan pada dada. Palpasi dilakukan untuk menentukan besar, konsistensi, suhu, apakah dapat atau tidak dipergeser dari dasarnya. Melalui palpasi dapat diteliti gerakan dinding toraks pada saat inspirasi dan ekspirasi terjadi. Cara ini juga dapat

dilakukan dari belakang dengan meletakkan kedua tangan pada kedua sisi tulang belakang. Jika pada puncak paru terdapat fibrosis, proses tuberkulosis, atau suatu tumor, maka tidak akan ditemukan pengembangan bagian atas pada toraks. Kelainan pada paru, seperti getaran suara atau fremitu vocal, dapat dideteksi bila terdapat getaran sewaktu pemeriksa meletakkan tangannya pada dada pasien ketika ia berbicara. Fremitus vocal yang jelas mengeras dapat disebabkan oleh konsolidasi paru seperti pada pneumonia lobaris, tuberkulosis kaseosa pulmonum, tumor paru, atelektasis, atau kolaps paru dengan bronkus yang utuh dan tidak tersumbat, kavitas yang letaknya dekat permukaan paru. Fremitus vocal menjadi lemah atau hilang sama sekali jika rongga pleura berisi air, darah, nanah atau udara, bahkan jaringan pleura menjadi tebal, bronkus tersumbat, jaringan paru tidak lagi elastis (emfisema), paru menjadi fibrosis, dan terdapat kaverna dalam paru yang letaknya jauh dari permukaan. Getaran yang terasa oleh tangan pemeriksa dapat juga ditimbulkan oleh dahak dalam bronkus yang bergetar pada waktu inspirasi dan ekspirasi atau oleh pergeseran antara kedua membran pleura pada pleuritis.

c. Perkusi

Pengkajian ini bertujuan untuk menilai normal atau tidaknya suara perkusi paru. Suara perkusi normal adalah suara perkusi sonor, yang bunyinya seperti kata “dug-dug”. Suara perkusi lain yang dianggap tidak normal adalah redup, seperti pada infiltrate, konsolidasi, dan efusi pleura. Pekak, seperti suara yang terdengar bila kita memperkusi paha kita, terdapat pada rongga pleura yang terisi oleh cairan nanah, tumor pada permukaan paru, atau fibrosis paru dengan penebalan pleura. Hipersonor, bila udara relative lebih padat, ditemukan pada emfisema, kavitas besar yang letaknya perifer, dan pneumotoraks. Timpani, bunyinya seperti “dang-dang-dang”. Suara ini menunjukkan bahwa di bawah tempat yang diperkusi terdapat penimbunan udara, seperti pada pneumotoraks dan kavitas dekat dengan permukaan paru. Batas atas paru dapat ditentukan dengan perkusi

pada supraklavikularis kedua sisi. Bila didapat suara perkusi yang kurang sonor, maka kita harus menafsirkan bahwa bagian atas paru tidak berfungsi lagi dan berarti batas paru yang sehat terletak lebih bawah dari biasa. Pada umumnya, hal ini menunjukkan proses tuberculosis di puncak paru. Dari belakang, apeks paru dapat diperkusi di daerah otot trapezius antara otot leher dan pergelangan bahu yang akan memperdengarkan seperti sonor. Batas bawah paru dapat ditentukan dengan perkusi, dimana suara sonor pada orang sehat dapat didengar sampai iga keenam garis midaksilaris, iga kedelapan garis mid aksilaris, dan iga kesepuluh garis skapularis. Batas bawah paru pada orang tua agak lebih rendah, sedangkan pada anak-anak agak lebih tinggi. Batas bawah meninggi pada proses fibrosis paru, konsolidasi, efusi pleura dan asites tumor in abdominal. Turunnya batas bawah paru didapat pada emfisema dan pneumotoraks.

d. Auskultasi

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai adanya suara napas, di antaranya suara napas dasar dan suara napas tambahan. Suara napas dasar adalah suara napas pada orang dengan paru

yang sehat, seperti;

Pertama; *suaravasikuler*, ketika suara inspirasi lebih keras dan lebih tinggi nadanya. Bunyi napas vasikuler yang disertai ekspirasi memanjang terjadi pada emfisema. Suara vesikuler dapat didengar pada bagian paru-paru.

Kedua; *suara bronchial*, yaitu suara yang bisa kita dengar pada waktu inspirasi dan ekspirasi, bunyinya bisa sama atau lebih panjang, antara inspirasi dan ekspirasi terdengar jarak pause (jeda) yang jelas. Suara bronchial terdengar didaerah trakea dekat bronkus, dalam keadaan tidak normal bisa terdengar seluruh area paru.

Ketiga; *bronkavasikular*, yaitu suara yang terdengar antara vesikuler dan bronchial, ketika ekspirasi menjadi lebih panjang, hingga hampir menyamai inspirasi. Suara ini lebih jelas terdengar pada manubrium sterni. Pada keadaan tidak normal juga terdengar pada daerah lain dari paru. Suara napas tambahan, yaitu suara yang terdengar pada dinding toraks

berasal dari kelainan dalam paru, termasuk bronkus, alveoli, dan pleura. Suara napas tambahan seperti suara ronkhi, yaitu suara yang terjadi dalam bronkhi karena penyempitan lumen bronkus. Suara mengi (wheezing), yaitu ronkhi kering yang tinggi, terputus nadanya, dan panjang, terjadi pada asma. Suara ronkhi basah, yaitu suara berisik yang terputus akibat aliran udara yang melewati cairan (ronkhi basah, halus sedang, atau kasar tergantung pada besarnya bronkus yang terkena pada umumnya terdengar pada inspirasi). Sedangkan suara krepitasi adalah suara seperti hujan rintik-rintik yang berasal dari bronkus, alveoli, atau kavitas yang mengandung cairan. Suara ini dapat ditiru dengan jalan menggeser-geserkan rambut dengan ibu jari dan telunjuk dekat telinga. Krepitasi halus menandakan adanya eksudat dalam alveoli yang membuat alveoli saling berkaitan, misalnya pada stadium dini pneumonia. Krepitasi kasar, terdengar seperti suara yang timbul bila kita meniup dalam air. Suara ini terdengar selama inspirasi dan ekspirasi. Gejala ini dijumpai pada bronchitis (Alimul, 2009).

3. Gejala psikologis pasien PPOK

Volpato et al (2015), menyebutkan bahwa pasien dengan PPOK bukan hanya mengalami masalah secara fisik tetapi juga masalah psikologis yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien (quality of life). Masalah ini muncul karena pasien harus terpapar secara berulang dengan gejala yang sama seumur hidup pasien. Masalah psikologis tersebut antara lain : gangguan emosional/emosi yang tidak stabil, koping strategi yang rendah, gangguan kecemasan, depresi, perasaan tidak berdaya, perasaan tidak mempunyai kekuatan, perasaan kehilangan kebebasan dan aktivitas gerak, gangguan panic, terjadinya isolasi social, gangguan dalam menjalin relasi sosial (social relation).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang berhubungan dengan masalah kebutuhan oksigenasi di antaranya adalah:

a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas

Definisi: Kondisi dimana pasien tidak mampu membersihkan sekret sehingga menimbulkan obstruksi saluran pernapasan dengan tujuan mempertahankan saluran pernapasan.

Kemungkinan berhubungan dengan: Menurunnya energi dan kelelahan. Infeksi trakeobronkial, Trauma, Bedah thoraks, Kemungkinan data yang di temukan :Suara napas tidak normal, Perubahan jumlah pernapasan. Batuk, Sianosis, Demam., Kesulitan bernapas (dispnea). Kondisi klinis kemungkinan terjadi pada :Sindrom gagal napas akut, cystic fibrosis. Pneumonia, injuri dada., Kanker paru, gangguan neuromuskular., Penyakit obstruksi pernapasan kronis. Tujuan yang di harapkan: Saluran pernapasan pasien menjadi bersih. Pasien dapat mengeluarkan sekret. Suara napas dan keadaan kulit menjadi normal.

b. Ketidakefektifan pola napas

Definisi: Kondisi dimana pasien tidak mampu mempertahankan pola inhalasi dan ekshalasi karena adanya gangguan fungsi paru. Kemungkinan berhubungan dengan : Obstruksi trakeal, Perdarahan aktif, Menurun nya ekspansi paru, Infeksi paru., Depresi pusat pernapasan. Kelemahan otot pernapasan, Kemungkinan data yang di temukan: Perubahan irama pernapasan dan jumlah pernapasan, Dispnea, Penggunaan otot tambahan pernapasan, Suara pernapasan tidak normal, Batuk di sertai dahak. Menurunnya kapasitas vital, Kecemasan, Kondisi klinis kemungkinan terjadi pada :Penyakit kanker, infeksi pada dada., Penggunaan obat dan keracunan alcohol, Trauma dada, Myasthenia gravis, guillian barre syndrome, Tujuan yang di harapkan: Pasien dapat mendemostrasiakan pola pernapasan yang efektif, Data objektif menunjukkan pola pernapasan yang efektif, Pasien merasa lebih nyaman dalam bernapas.

c. Penurunan perfusi jaringan tubuh

Definisi: Kondisi dimana tidak adekuatnya pasokan oksigen akibat menurunnya nutrisi dan oksigen pada tingkat seluler. Kemungkinan berhubungan dengan : Vasokonstriksi, Hipovolemia, Trombosis vena. Menurunnya aliran darah, Edema., Perdarahan. Imobilisasi.

Kemungkinan data yang ditemukan : Edema, Pulsasi perifer kecil, Pengisian kapiler (capillary refill) lambat, Perubahan warna kulit/pucat. Menurunnya sensasi. Penyembuhan luka lama. Sianosis. Kondisi klinis kemungkinan terjadi pada:Gagal jantung., Infark miokardial, Peradangan pada jantung, Hipertensi, Syok., Penyakit obstruksi pernapasan kronis. Tujuan yang diharapkan: Menurun nya insufisiensi jantung. Suara pernapasan dalam keadaan normal.

d. Gangguan pertukaran gas

Definisi: Suatu kondisi dimana pasien mengalami penurunan pengiriman oksigen dan karbon dioksida di antara alveoli paru dan sistem vaskuler.

Kemungkinan berhubungan dengan:Penumpukan cairan dalam paru. Gangguan pasokan oksigen, Obstruksi saluran pernapasan, Bronkospasme. Atektasis., Edema paru, Pembedahan paru. Kemungkinan data yang ditemukan:Sesak napas, Penurunann kesadaran, Nilai AGD tidak normal. Perubahan tanda vital, Sianosis/takikardia, Kondisi klinis kemungkinan terjadi pada: Penyakit obstruksi pernapasan kronis, Gagal jantung, Asma. Pneumonia.

Tujuan yang diharapkan :Dapat menurunkan tanda dan gejala gangguan pertukaran gas. Pasien dapat menunjukkan peningkatan perubahan pertukaran gas seperti: tanda vital, nilai AGD, dan ekspresi wajah.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tujuan: Mempertahankan jalan napas agar efektif, Mempertahankan pola pemapasan agar kembali efektif, Mempertahankan pertukaran gas. Memperbaiki perfusi jaringan.

Rencana Tindakan:

1. Mempertahankan jalan napas agar efektif.

a. Awasi perubahan status jalan napas dengan memonitor jumlah, bunyi, atau status kebersihannya, Berikan humidifier (pelembab). Lakukan tindakan pembersihan jalan napas dengan fibrasi, clapping, atau postural drainase (jika perlu dilakukan suction). Ajarkan teknik batuk yang efektif dan cara menghindari alergen. Pertahankan jalan napas agar tetap terbuka dengan memasang jalan napas buatan, seperti oropharyngeal/nasopharyngeal airway, intubasi endotrakea, atau trankheostomi sesuai dengan indikasi. Kerja sama dengan tim medis dalam memberikan obat bronkhodilator.

2. Mempertahankan pola pernapasan kembali efektif.

Awasi perubahan status pola pernapasan. Atur posisi sesuai dengan kebutuhan (semifowler), Berikan oksigenasi. Ajarkan teknik bernapas dan relaksasi yang benar.

3. Mempertahankan pertukaran gas.

Awasi perubahan status pernapasan. Atur posisi sesuai dengan kebutuhan (semifowler), Berikan oksigenasi, Lakukan suction bila memungkinkan. Berikan nutrisi tinggi protein dan rendah lemak, Ajarkan teknik bernapas dan relaksasi yang benar, Pertahankan berkembangnya paru dengan memasang ventilasi mekanis, chest tube, dan chest drainase sesuai dengan indikasi.

4. Memperbaiki perfusi jaringan

Kaji perubahan tingkat perfusi jaringan (capillary refill time), Berikan oksigenasi sesuai dengan kebutuhan, Pertahankan asupan dan pengeluaran, Cegah adanya perdarahan, Hindari terjadinya

valsava manuver seperti mengedan, menahan napas dan batuk, Pertahankan perfuasi dengan tranfusi sesuai dengan indikasi.

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Memenuhi kebutuhan oksigen dan mencegah terjadinya hipoksia.

Alat dan bahan:

1. Tabung oksigen lengkap dengan flowmeter dan humidifier, Nasal kateter, kanula, atau masker, Vaseline/jeli.

Prosedur Kerja:

Cuci tangan, Jelaskan prosedur yang akan dilakukan, Cek flowmeter dan humidifier, Hidupkan tabung oksigen, Atur pasien pada posisi semifowler atau sesuai dengan kondisi pasien, Berikan oksigen melalui kanula atau masker Apabila menggunakan kateter, terlebih dulu ukur jarak hidung dengan telinga, setelah itu beri jeli dan masukkan, Catat pemberian dan lakukan observasi, Cuci tangan.

d. Fisioterapi Dada

Fisioterapi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan postural dada gangguan sistem drainase, clapping, dan vibrating pada pasien dengan efisiensi pola pernapasan. Tindakan ini dilakukan dengan tujuan meningkatkan pernapasan dan membersihkan jalan napas.

Alat dan Bahan:

Pot sputum berisi desinfektan, Kertas tisu, Dua balok tempat tidur drainase, satu (untuk postural bantal (untuk postural drainase)

Prosedur Kerja:

a. Postural Drainase

Cuci tangan.

Jelaskan prosedur yang akan dilaksanakan, Miringkan pasien arah membersihkan paru bagian kanan, Miringkan tubuh pasien ke arah kanan (untuk membersihkan paru bagian kiri). Miringkan tubuh pasien ke kiri dan tubuh bagian belakang disokong dengan satu bantal (untuk membersihkan bagian lobus tengah), Lakukan postural

drainase kurang lebih 10-15 menit, Observasi tanda vital selama prosedur, Setelah pelaksanaan postural drainase, lakukan clapping, vibrating, dan suction. Lakukan hingga lendir bersih, Catat respons yang terjadi, Cuci tangan. Clapping, Cuci tangan, Jelaskan prosedur yang akan dilaksanakan, Atur posisi pasien sesuai dengan kondisinya, Lakukan clapping dengan cara kedua tangan perawat menepuk punggung pasien secara bergantian untuk merangsang terjadinya batuk, Bila pasien sudah batuk, berhenti sebentar dan anjurkan untuk menampung pada pot sputum, Lakukan hingga lendir bersih, Catat respons yang terjadi, Cuci tangan, Vibrating, cuci tangan. Jelaskan prosedur yang akan dilaksanakan, Atur posisi pasien sesuai dengan kondisi, Lakukan vibrating dengan cara anjurkan pasien untuk menarik napas dalam dan mengeluarkannya secara perlahan. Kedua tangan perawat diletakkan dibagian atas samping depan cekungan iga, kemudian getarkan secara perlahan, dan lakukan berkali-kali hingga pasien terbatuk.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi terhadap masalah kebutuhan oksigenasi secara umum dapat dinilai dari adanya kemampuan dalam:

1. Mempertahankan jalan napas secara efektif yang ditunjukkan dengan adanya kemampuan untuk bernapas, jalan napas bersih, tidak ada sumbatan, frekuensi, irama, dan kedalaman napas normal, serta tidak ditemukan adanya tanda hiposia.
2. Mempertahankan pola pernapasan secara efektif yang ditunjukkan dengan adanya kemampuan untuk bernapas, frekuensi, irama, dan kedalam napas normal, tidak ditemukan adanya tanda hipoksia, serta kemampuan paru berkembang dengan baik.
3. Mempertahankan pertukaran gas secara efektif yang ditunjukkan dengan adanya kemampuan untuk bernapas, tidak ditemukan dispnea pada usaha napas, inspirasi, dan ekspirasi dalam batas normal, serta saturasi oksigen dan pCO₂ dalam keadaan normal.

4. Meningkatkan perfusi jaringan yang ditunjukkan dengan adanya kemampuan pengisian kapiler, frekuensi, irama, kekuatan nadi dalam batas normal, dan status hidrasi normal (Alimul, 2009).

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 HASIL STUDI KASUS

3.1.1 Gambaran Lokasi Praktek

RSUD Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang adalah Rumah sakit tipe B yang sudah menjadi Badan Layanan Umum. Tempat penelitian Yng saya lakukan di Ruang Teratai, sebagai ruang kelas III rawat inap Keperawatan Medikal Bedah mempunyai kapasitas ruangan sebanyak 4 ruangan, mempunyai tempat tidur dan lemari masing sebanyak 18, rata-rata pasien yang dirawat sebanyak 16 orang yang dirawat oleh 17 orang Perawat. Selain itu Ruang Teratai memilki 1 orang tenaga administrasi dan 1 orang Cleaning service.

3.1.2 Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam melakukan asuhan keperawatan tahap awal yang dilakukan penulis adalah mengumpulkan data tentang status sehat – sakit pasien. Proses pengumpulan data dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi (pemeriksaan penunjang). Data yang dikumpulkan dapat dikategorikan menjadi data subyektif dan data obyektif. Data Subyektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara. Berdasarkan sumber data, data dapat dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data primer yaitu data yang diperoleh dari pasien sebagai sumber asli, sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung yaitu melalui keluarga pasien.

Hal-hal yang dikaji dengan cara melakukan wawancara adalah identitas pasien, keluhan utama saat ini atau alasan masuk rumah sakit, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pola – pola keseharian pasien.

Pasien berinisial Tn. F.L, beumur 64 tahun, berasal dari Raifatus/Kabupaten Belu, pekerjaan sehari –hari adalah sebagai seorang

petani atau pekebun, beragama Katholik, pendidikan Terakhir tamat SD. Tn. F.L masuk Rumah sakit pada tanggal 10 Juli 2019 dengan diagnosa medis Pneumothoraks, PPOK, suspect tumor paru. Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 jam 09.00 wita, adalah sebagai berikut :

Alasan Tn. F.L masuk rumah sakit adalah Pasien mengeluh sesak nafas disertai nyeri saat bernapas di daerah dada kanan, sesak bertambah saat pasien melakukan aktivitas fisik. Pasien mengatakan mulai mengalami sesak napas secara tiba-tiba pada saat sementara bekerja kebun. Itu terjadi sejak 2 bulan yang lalu dan sudah pernah dirawat di RSUD Atambua sampai sembuh. Pada tanggal 4 juli 2019 pasien mengalami serangan berulang dan dirawat di RSUD Atambua selama 5 hari namun pasien tidak merasakan perubahan sehingga keluarga memutuskan mengantar pasien ke RSU W.Z Johannes pada tanggal 10 Juli 2019 untuk mendapat perawatan selanjutnya.

Saat dilakukan pengkajian Pasien mengeluh sesak nafas disertai nyeri saat bernapas di daerah dada kanan, sesak bertambah saat pasien melakukan aktivitas fisik. Pasien juga mengatakan Batuk kering dahak kental dan susah dikeluarkan, kelelahan dan Pusing. Pasien mengalami gejala tersebut bila melakukan aktivitas.

Riwayat Penyakit dahulu : Pasien mengatakan tidak pernah mengalami sakit berat, yang sering dialami adalah batuk, pilek, panas. Untuk mengatasi sakit tersebut pasien berobat di Puskesmas pembantu terdekat.

Riwayat Penyakit keluarga : Pasien merupakan anak ketiga dari empat bersaudara. Kakak pertama pasien pernah mengalami sakit batuk disertai sesak nafas. Keluarga yang lain tidak pernah sakit berat. Kedua Orangtua pasien sudah meninggal dengan penyebab kematian tidak diketahui oleh pasien.

Tn. F.L mempunyai kebiasaan sebelum sakit mengisap rokok ± lima batang sehari, minum minuman beralkohol satu sampai dua sloki pada saat-saat tertentu (Acara adat atau acara keluarga), minum Kopi sekali

sehari pada pagi hari. Tn. F.L adalah tipe orang pekerja keras karena beliau sebagai tulang punggung keluarga.

Pola pernapasan pasien didapatkan : pasien sering mengalami sesak nafas dan batuk, sesak nafas bertambah jika melakukan aktivitas, sehingga semua kebutuhan dilayani keluarga. Pola tidur :pasien mengatakan tidur nyenyak bila tidak sesak dan batuk, tidak mudah terbangun.. Pola Nutrisi : Pasien mengatakan sehari makan 3 kali dan menghabiskan porsi yang diberikan. Pola BAB dan BAK tidak mengalami gangguan, Frekwensi BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek. BAK 4 -5 x sehari. Persepsi pasien terhadap penyakitnya : pasien mengatakan awalnya pasien cemas terhadap penyakit yang diderita, namun setelah mendapat perawatan pasien mempunyai keyakinan untuk sembuh.

Interaksi social dengan keluarga dan perawat : pasien tampak kooperatif dalam menjawab pertanyaan yang dibeikan.

Pemeriksaan Fisik Tanda – tanda Vital ; TD : 100/70 mmHg, Nadi 80 x/menit , Suhu : 36 °c, RR : 26x/menit, Kesadaran Compos Mentis dengan GCS : E 4/V5/M6 SPO2 : 98%. Pada pemeriksaan Fisik di fokuskan pada Sistem Pernapasan yaitu Inspeksi didapatkan keadaan Umum pasien tampak lemah dan sesak napas, Bentuk dada tidak simetris, dada kanan lebih tinggi dari dada kiri karena Oedema, tidak ada Jejas, Jenis pernapafasan dispneu, ada tarikan dinding dada saat inspirasi. Palpasi didapatkan Fermitus Raba meningkat. Perkusi didapatkan Bunyi “Redup” pada dada kanan, “sonor pada pada dada kiri. Pemeriksaan Auskultasi terdengar bunyi Ronchi positif pada saat inspirasi dan ekspirasi.

Hasil Pemeriksaan Penunjang Laboratorium 10 Juli 2019 pada tanggal Cairan Pleura Makroskopis PH 9,0, warna coklat keruh. Mikroskopis Jumlah sel 30 mm³Jumlah erytrocit 11/lph. Hitung Jenis PMN 63%, MN 37 %. Kimia Pleura : Protein cairan 5,30 g/dL, Glukosa cairan <5 mg/dL, Albumin 2,50g/dL, LDH Cairan 47 U/L. Hasil pemeriksaan laboratorium Rutin pada tanggal 13 Juli 2019 : HB 9,5 g/dL, Hitung jenis : Eosinofil 6,1 %,Basofil 1,3 %, Monosit 17,5% ,Jumlah Eosinofil 0,43

10³/ul, Jumlah Monosit 1,24 10³/ul, Jumlah Trombosit 576 10³/ul. Therapy yang didapat yaitu : Cairan Aminofluid 1000cc/24 jam, Ranitidine Injeksi 2x1, Salbutamol 2 mg 3x1 per oral, Cefotaksim 1x500 mg, Levofloksasin 1x750 mg 1V.

2. Analisa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan ditegakkan berdasarkan data –data yang dikaji, dimulai dengan menetapkan masalah, Penyebab, dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif, yang ditandai dengan, data Subyektif : Pasien mengeluh sesak Nafas, dan batuk sputum kental dan susah dikeluarkan, data Obyektif : Pasien tampak sesak nafas, RR : 26 x/menit, SPO2 98 % Ronchi positif saat inspirasi dan ekspirasi.
2. Pola Napas tidak efektif berhubungan yang ditandai dengan data subyektif : Pasien mengatakan sesak Nafas dan nyeri dada kanan saat bernafas, data obyektif : Pasien Tampak sesak Nafas, tampak dada kanan tidak simetris dengan dada kiri, terdapat Oedema ringan pada pada kanan, RR : 26x/menit, SPO2 98%, Fermitus raba meningkat, .Bunyi suara pekusi redup pada dada bagian kanan
3. Intoleransi aktivitas yang ditandai dengan data subyektif : Pasien mengatakan sesak nafas bertambah saat melakukan aktivitas, data obyektif : Pasien tampak sesak nafas setelah melakukan aktivitas (Jalan dan bicara), ADL dibantu keluarga.

3. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Ostruksi Mukus
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan sesak nafas.

4. Intervensi Keperawatan

Dalam tahapan perencanaan disesuaikan dengan teori yang terdiri dari Outcome, NOC dan NIC. Perencanaan yang dibuat adalah

1. Pada diagnosa pertama Bersihan Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Obstruksi Mukus, dipilih menjadi diagnosa pertama karena dapat mengancam Nyawa, maka Outcome untuk diagnose pertama adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 Jam diharapkan keluhan pasien dapat teratasi dengan kriteria :

Pasien tidak mengeluh sesak nafas, RR dalam batas Normal (18 -20 x/menit) Bunyi Ronchi berkurang. Dengan Intervensi (NIC) yang dibuat untuk diagnose pertama adalah Manajemen jalan Nafas Observasi tanda – tanda vital untuk mengetahui keadaan umum pasien, Atur posisi tidur semi fowler untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen, Anjurkan banyak minum air hangat membantu mengencerkan dahak agar mudah dikeluarkan, ajarkan teknik nafas dalam untuk meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah, dan ajarkan batuk efektif agar sekret mudah dikeluarkan.

2. Diagnosa kedua yang diangkat adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru. Dipilih menjadi diagnosa kedua karena dapat mengancam nyawa maka outcome untuk diagnosa kedua adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam diharapkan pasien akan menunjukkan pola nafas yang efektif dengan kriteria pasien tidak sesak, RR dalam batas normal (18 – 20 x /menit), Irama Nafas Normal. Intervensi (NIC) yang dibuat untuk diagnosa kedua yaitu Manajemen Jalan nafas yaitu : kaji Pola Nafas, atur posisi tidur semi fowler, ajarkan teknik nafas dalam, Kolaborasi pemberian Therapi Bronchodilator.
3. Diagnosa ketiga yang diangkat adalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Sesak Nafas. Dipilih menjadi diagnosa ketiga karena dapat mengancam kesehatan. Maka outcome yang ditetapkan

adalah setelah dilakukan perawatan selama 2 x 24 jam Pasien mampu menunjukkan ADL yang mandiri dengan kriteria : : Bepartisipasi dalam perawatan diri, TTV Normal. Intervensi Keperawatan(NIC) yang direncanakan adalah kaji respon pasien terhadap aktivitas, Latih aktivitas secara bertahap, Bantu pasien melakukan aktivitas dengan kusi Roda, Bantu Pasien dalam personal Higiene

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Didalam kegiatannya terdapat pengumpulan data yang berkelanjutan dan melakukan observasi pada pasien sebelum atau sesudah melakukan tindakan. Tindakan keperawatan mulai dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 sampai tanggal 18 Juli 2019.

Implementasi yang dilakukan pada hari pertama (senin, 15 Juli 2019, 09.30) yaitu untuk mengatasi masalah keperawatan pertama “Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya obstruksi mucus dan diagnosa kedua Ketidakefektifan Pola nafas berhubungan dengan Menurunnya ekspansi paru. Implementasinya meliputi :Senin 15 Juli 2019, Jam. 09.30 melakukan pengkajian terhadap Pola nafas , Hasilnya jenis pernafasan dispneu, lokasi daerah dada kanan, sesak nafas bertambah bila melakukan aktivitas. Jam. 09.40. Menaikkan kepala tempat tidur dengan posisi 45 ° (Posisi Semi Fowler) hasilnya pasien merasa nyaman dengan posisi tidur semi fowler. Jam. 9.45 Melakukan Pemeriksaan Tanda – tanda Vital hasilnya Tensi 100/70 mmHg, Nadi 80 x/mnt, Suhu 36°C, RR 26 x/ menit, SpO2 98 % .Jam 10.30 menganjurkan pasien minum air hangat setiap 1 Jam, hasilnya pasien mengerti dan mau mengikuti saran yang disampaikan. Jam 11.00 Meminta pasien untuk menarik nafas 3 kali lalu meminta pasien membatukkan sekuat tenaga untuk mengeluarkan secret yang menghalangi saluran pernapasan. Pasien diminta untuk mengulangi setiap kali ada reaksi batuk. hasilnya pasien tampak mengikuti instruksi yang diperintahkan.

Untuk diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Sesak Nafas, dilakukan Implementasi pada hari senin tanggal 15 Juli 2019 Jam 09.00 Mengkaji respon pasien terhadap aktivitas yang dilakukan, hasilnya pasien tampak sesak nafas setelah pulang dari kamar WC, dan agak berkurang setelah berbaring ditempat tidur. Jam 10. 00 Memandikan Pasien di tempat tidur dibantu keluarga.. hasilnya pasien merasa nyaman dan segar.

Catatan Perkembangan hari pertama, Selasa 16 Juli 2019

Untuk diagnosa pertama dan kedua, dilakukan pada Jam 08. 30 Mempertahankan Posisi tempat tidur semi Fowler, hasilnya pasien mengerti dan merasa nyaman dengan posisi semi fowler. Jam 10.00 Mengajarkan teknik nafas dalam dan Batuk efektif, hasilnya pasien mengerti dan bisa melakukan sendiri. Jam 11. 00 Memantau Tanda – tanda Vital, hasilnya Tensi 110/70 mmHg, Nadi 92 x/menit, RR 24 x /menit, Suhu 36,5 °C. SpO2 98 %. Keadaan Umum agak lemah. Jam 12. 00 Memberi minum Obat Salbutamol 2 mg 1 tablet.

Untuk diagnosa ketiga dilakukan Implementasi Pada 11.00 Mengantar pasien ke Ruang CT. Scan dengan menggunakan Kursi Roda. Hasilnya Pasien tidak sesak nafas selama tindakan berlangsung. Jam 12.30 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap, dimulai dengan duduk sendiri di Kursi sampai berjalan sendiri ke kamar mandi/WC.

Catatan perkembangan hari kedua (Rabu, 17 Juli 2019)

Untuk diagnosa pertama dan kedua dilakukan jam 08.15 memantau keadaan Umum Pasien. hasilnya keadaan Umum pasien tampak agak lemah dan mengeluh sesak napas RR 30 x/ menit, Mengatur posisi tidur semi fowler.

Jam 11.00 Mengobservasi Tanda –tanda Vital. Hasilnya tensi 90/60 mmHg, Nadi 100 x/menit, RR 26 x/ menit. Pasien mengeluh kedinginan.

Untuk diagnosa ketiga Jam 09.00 mengajarkan keluarga untuk membantu ADL pasien di Tempat tidur, hasilnya keluarga pasien mengerti dan siap membantu pasien.

Catatan Perkembangan hari ketiga (Kamis, 18 Juli 2019)

Untuk diagnosa pertama dan kedua yaitu : Jam 08.30 mengobservasi keadaan umum pasien hasilnya pasien tampak masih lemah keluhan sesak nafas berkurang. Bisa tidur nyenyak sepanjang malam. 09.00 memberikan pendidikan Kesehatan bagi pasien dan keluarga untuk menghindari factor – factor risiko seperti asap rokok, asap dapur, debu dan asap kendaraan bagi penderita dan keluarga. Hasilnya pasien mengerti dan mau mengikuti nasihat yang diberikan. Jam 10. 00 memantau teknik nafas dalam dan batuk efektif hasilnya. Pasien sudah trampil dalam melakukannya dan batuk berkurang dahak sudah bisa keluar dengan mudah. Jam 11.00 Mengobservasi Tanda – tanda Vital, hasilnya Tensi 100/70 mmhg Nadi 92 x/menit, RR 24 x/menit, suhu 36,5 °, SP02 98 %. Untuk diagnosa ketiga yaitu : Jam 08.35 mengobservasi Aktivitas pasien hasilnya pasien bisa melakukan aktivitas ringan tanpa ada keluhan sesak nafas.

6. Evaluasi Keperawatan

Hari Pertama (Senin, 15 Juli 2019)

Diagnosa I, S ; Pasien mengatakan masih mengeluh sesak nafas dan Batuk dahak kental susah dikeluarkan O ; Pasien Tampak sesak, RR 26 x/menit, Sputum kental berwarna putih, Ronchi positif. A : masalah belum teratasi P ; Intervensi dilanjutkan. Diagnosa II, S : Pasien mengatakan masih sesak nafas. O : Pasien tampak sesak nafas, RR 26 x/ menit, Fermitus raba meningkat dan Perkusi suara paru kanan redup. A : masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan. Diagnosa III, S : Pasien mengeluh sesak nafas bertambah bila melakukan aktivitas, O ; Pasien tampak sesak nafas setelah melakukan aktivitas ringan (Jalan). A ; Masalah belum teratasi. P ; Intervensi dilanjutkan.

Hari kedua, Selasa 16 Juli 2019

Diagnosa I, S; Pasien mengeluh sesak nafas berkurang , Batuk masih keras dan dahak susah dikeluarkan. O ; tampak sesak berkurang . RR 24 x/ menit, Ronchi positif A ; masalah teratasi sebagian P; Intervensi dilanjutkan. Diagnosa II, S ; pasien masih mengeluh sesak nafas berkurang

O : RR 24x/menit, Tampak sesak berkurang, A; masalah teratasi sebagian. P; intervensi dilanjutkan. Diagnosa ketiga, S ; Pasien Mengatakan masih merasa sesak bila melakukan aktivitas O : pasien masih tampak sesak nafas setelah melakukan aktivitas, A. masalah belum teratasi, P ; intervensi dilanjutkan.

Hari ketiga, Rabu, 17 Juli 2019

Diagnose I dan II S; pasien mengatakan sepanjang malam tidak bisa tidur karena sesak nafas Pasien mengatakan batuk berkurang dan sputum mudah dikeluarkan. O ; Pasien tampak sesak nafas, RR 28x/ menit. A; masalah teratasi sebagian P : intervensi 1-4 dilanjutkan dan ditambahkan intervensi kolaborasi Tindakan medis (pungtio Cairan Pleura). Diagnosa III, S ; Pasien mengeluh tidakss bisa beraktivitas karena sesak nafas O ; pasien tampak dibantu keluarga, A; masalah belum teratasi. P; Intervensi dilanjutkan.

Hari keempat Kamis, 18 Juli 2019

Diagnosa I dan II S; Pasien mengatakan tidak berkurang, batuk berkurang dahak encer dan mudah dikeluarkan. O; pasien tampak nyaman dan tidak ada sesak nafas, RR 22x/ menit, A; masalah teratasi sebagian. P; Intervensi dilanjutkan.

3.2 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek pada pasien Tn. F.L di Ruang Teratai RSUD Prof.W.Z.Johannes yang dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 sampai dengan 18 Juli 2019. Penulis akan membahas mengenai hasil studi kasus yang telah dilakukan dengan teori yang telah disajikan sebelumnya untuk mengetahui apakah terdapat kesenjangan antara hasil yang ditemukan penulis dengan teori. Untuk memudahkan dalam mengetahui apakah terdapat kesenjangan seperti yang dimaksudkan di atas, maka penulis membahas dengan menggunakan pendekatan Proses Keperawatan. Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien tersebut, penulis mengacu pada pendekatan

keperawatan yang meliputi: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Tahap Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan pendekatan sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi tentang data pasien. Fase proses keperawatan ini terdiri dari dua bagian, yaitu data primer (pasien) dan sumber sekunder (keluarga pasien dan tenaga kesehatan) serta penggunaan analisis data sebagai dasar untuk penentuan diagnosa keperawatan, sehingga dengan adanya pengkajian yang tepat dapat menentukan langkah berikutnya.

Volpato et al (2015) menyebutkan bahwa pasien dengan PPOK bukan hanya mengalami masalah secara fisik tetapi juga masalah psikologis yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien (quality of life). Maka perlu dilakukan pengkajian terhadap masalah psikologis pasien dengan PPOK. Masalah psikologis muncul karena pasien harus terpapar secara berulang dengan gejala yang sama seumur hidup pasien. Masalah tersebut antara lain : Gangguan emosional/emosi yang tidak stabil Koping strategi yang rendah, Gangguan kecemasan, Depres, Perasaan tidak berdaya, perasaan tidak mempunyai kekuatan, Perasaan kehilangan kebebasan dan aktivitas gerak, Gangguan panic, Terjadinya isolasi social.

Secara umum data yang ditemukan pada Tn. F.L tidak jauh berbeda dengan data fokus dalam teori. Namun masih ada beberapa data yang tidak sama dengan teori. Pembahasannya adalah sebagai berikut :

Keluhan utama Pada Tn. F.L, ditemukan pasien mengalami *dispnea*. Menurut Smeltzer & Bare (2008) pasien dengan PPOK biasanya ditemukan dispnea yang disebabkan oleh sumbatan jalan napas karena penumpukan sekret. Pasien mengatakan dahulu perokok aktif. Hal ini dibenarkan oleh Jackson (2014) karena pola hidup yang tidak sehat dapat menjadi penyebab terjadinya PPOK yaitu salah satunya merokok. PPOK yang diderita pasien merupakan PPOK tipe II yaitu PPOK yang disebabkan oleh pola hidup atau gaya hidup yang tidak sehat dan terjadi dispnea saat beraktivitas (GOLD 2011).

Pada saat dilakukan pengkajian ditemukan pola persepsi terhadap penyakitnya pasien mempunyai keyakinan bahwa pasien bisa disembuhkan. Tidak ditemukan tanda-tanda kecemasan. Di sini dapat disimpulkan bahwa antara teori dan kasus nyata penulis menemukan adanya kesenjangan terhadap masalah psikologis dengan alasan pasien mempunyai keyakinan yang kuat bahwa kehidupan manusia diatur oleh Tuhan dan Pasien mempercayakan semua perawatan dirinya kepada Tenaga Medis.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh melalui pengkajian. Diagnosa keperawatan ini dapat digunakan sebagai keputusan klinik yang mencakup respon klien, keluarga dan komunitas terhadap sesuatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan. Pada studi kasus ini penulis mengangkat diagnosa keperawatan :

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi mukus. Pada Tn. F.L penulis menemukan pasien mengalami batuk disertai sputum yang kental sulit untuk dikeluarkan. Menurut Wilkinson (2013) hal ini biasanya terjadi pada pasien PPOK karena adanya peningkatan produksi sputum, batuk tidak efektif, kelelahan/berkurangnya tenaga dan infeksi bronkopulmonal. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan hasil studi kasus. Diagnosa ketiga yang diangkat penulis yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Sesak Nafas, tidak termuat dalam teori dari sumber referensi yang dipakai penulis, namun penulis mengangkat masalah tersebut karena kasus nyata yang ditemukan di dalam Praktek. Maka masalah keperawatan “ Intoleransi Aktifitas” perlu dimasukkan sebagai salah satu masalah yang dihadapi pasien dengan PPOK, agar kebutuhan dasar pasien terpenuhi secara maksimal, untuk membantu proses penyembuhan.

3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan untuk perilaku spesifik dari tindakan yang akan dilakukan oleh perawat. Dari diagnosa yang muncul, selanjutnya dibuat rencana keperawatan sebagai langkah untuk melakukan tindakan pemecahan masalah keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan. Menurut Nursing Interventions Clasification (2016), intervensi yang dapat diberikan pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah manajemen jalan napas, dengan tindakan sebagai berikut: monitor status pernapasan, posisikan pasien dengan posisi semi fowler, ajarkan/instruksikan batuk efektif, dan kolaboratif: kelolah pengobatan aerosol (Nebulizer). Dalam penelitian ini, intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. F.L adalah: monitor status pernapasan, anjurkan banyak minum air hangat, posisikan pasien dengan posisi semi fowler, ajarkan/instruksikan batuk efektif, dan Tindakan kolaboratif: kelola pengobatan Bronchodilator. (Untuk diagnose keperawatan I dan II). Di sini penulis menganalisa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang diambil.

3.2.4 Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien sesuai dengan inervensi keperawatan yang telah ditetapkan, sehingga kebutuhan pasien tersebut dapat terpenuhi. Implementasi keperawatan adalah langkah keempat dalam proses asuhan keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang telah ditentukan. Menurut Yasir Rahmadi (2015), dalam naskah publikasinya yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. W Dengan Gangguan Sistem Pernapasan : Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Ruang Anggrek Bougenville RSUD Pandan Arang Boyolali." untuk mengatasi masalah keperawatan yang berhubungan dengan kebutuhan oksigenasi khususnya ketidakefektifan bersihan jalan napas peneliti

melakukan memonitoring TTV, memberikan posisi semi fowler, memonitoring pemberian terapi O₂, mengajarkan napas dalam dan batuk efektif, memotivasi minum air hangat, memotivasi pasien untuk sering melakukan napas dalam dan batuk efektif, kolaborasi pemberian terapi obat ventolin melalui nebulizer. Dalam penelitian ini tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn. F.L adalah memonitoring Tanda – tanda Vital, status pernapasan, melakukan pemberian posisi semi fowler, mengajarkan/menginstruksikan Teknik nafas dalam dan batuk efektif, dan melakukan tindakan kolaboratif: mengelola pengobatan Salbutamol 2 mg 3x 1 sehari.

3.2.4 Evaluasi

Diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi muku. Berdasarkan respon perkembangan yang ditunjukkan oleh pasien masalah keperawatan dapat teratasi sebagian dengan terpenuhinya sebagian kriteria hasil yang ada yaitu gangguan frekuensi pernapasan berkurang, irama pernapasan tidak terganggu, kedalaman inspirasi tidak terganggu, dan kepatenan jalan napas cukup terganggu. Untuk itu penulis memotivasi pasien untuk menghindari penyebab-penyebab terjadinya gangguan jalan napas dengan menerapkan batuk efektif yang telah diajarkan untuk mengeluarkan sputum/mukus berlebih (Wilkinson, 2013 dalam Naskah Publikasi yang ditulis Yasir Rahmadi dalam www.Emprints.ums.ac.id).

3.3 KETERBATASAN PENELITIAN

1. Persiapan; Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Proposal Studi Kasus dibutuhkan waktu persiapan yang memadai. Namun waktu yang tersedia kurang kurang, berimbas pada hasil studi kasus yang belum sempurna sebagaimana yang dihasilkan penulis.
2. Referensi yang terbatas dalam melakukan studi kasus, dimana studi kasus ini pertama kali diterapkan, sehingga peneliti dalam melakukan studi kasus ini belumlah memadai dalam menguasai teori-teori dan pendapat para ahli dalam upaya mencapai rumusan hasil yang maksimal dan akurat.

BAB 4

PENUTUP

4.1 KESIMPULAN

Setelah dilakukan penelitian studi kasus dengan menggunakan asuhan keperawatan di Ruang Teratai RSUD Prof. W.Z.Joanes Kupang, pada tanggal 15 Juli sampai dengan 18 Juli 2019, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah yang difokuskan pada kebutuhan oksigenasi/sistem pernapasan sehingga ditemukan data tentang keluhan bersihan jalan napas tidak efektif, Pola Napas tidak efektif dan Intoleransi aktivitas pada klien sesuai dengan pengkajian tersebut.
2. Diagnosa keperawatan yang sesuai dengan data yang didapatkan pada pengkajian yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi Jalan Nafas : mukus/sekret yang kental, Ketidakefektifan Pola Nafas berhubungan dengan Menurunnya ekspansi paru, dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Sesak napas. Diagnosa ketiga yang diangkat peneliti tidak terdapat pada Teori yang menjadi sumber referensi penulis, namun penulis mengangkat masalah keperawatan tersebut karena TN. F.L mengalami masalah Intoleransi aktivitas sesuai hasil pengkajian penulis. Maka antara Teori dan Praktek masih ada kesenjangan.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan adalah monitor status pernapasan, posisikan pasien (semi fowler), ajarkan/instruksikan batuk efektif, dan kolaboratif: kelola pengobatan aerosol.
4. Implementasi keperawatan dilakukan sejak hari pertama setelah pengkajian sampai dengan hari ketiga.
5. Evaluasi keperawatan ini dilakukan dengan menggunakan dua tipe evaluasi yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil, dan juga menggunakan kriteria goal dan objektif.

4.2 Saran

1. Bagi Pasien

Dapat memberikan pengetahuan pada pasien agar mampu menjaga pola hidup sehat, menghindari factor risiko, serta memeriksakan diri secara teratur di sarana kesehatan terdekat.

2. Bagi tenaga kesehatan

Peran Perawat dalam proses penyembuhan pasien, oleh karena itu untuk mencapai hasil keperawatan yang optimal, sebaiknya proses keperawatan dilakukan secara berkesinambungan, mengingat angka PPOK semakin meningkat setiap tahunnya

3. Bagi Keluarga

Untuk Keluarga harus memberikan dukungan bagi pasien untuk menjaga kesehatan pasien dengan cara mengingatkan hal – hal yang menjadi factor pencetus munculnya Penyakit PPOK.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. 2013. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Diakses tanggal 21 Juli 2019.
2. World Health Organization (WHO). 2017. Data Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). Diakses tanggal 19 Juli 2019 .
3. Grace A. Pierce, Borley R. Nier. (2011). *Ata Glace Ilmu Bedah Edisi 3*. Pt Gelora Aksara Pratama.
4. Jackson, D. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah edisi 1*. Yogyakarta: Rapha Pubising.
5. Alimul A.A Hidayat (2009): *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia ,aplikasi Konsep dan proses keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika.
6. Kozier B., Erb G. 2009. *Buku Ajar Praktek Klinik Keperawatan : Konsep, Proses, Praktik*. Jakarta : EGC.
7. Muttaqin, A. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta : Salemba Medika.
8. Mosby. 2013. *Nursing Intervention Classification (NIC) edisi 6*. Elsevier In
9. Wilkinson, Judith M. 2016. *Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA-I, Intervensi NIC, Hasil NOC edisi 10*. Jakarta: EGC.
10. Smeltzer, S. C. and Bare, B. G. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner& Suddarth. Edisi 8 Volume 2. Alih Bahasa H. Y. Kuncara, Monica Ester, Yasmin Asih*, Jakarta : EGC.
11. Wedho U.M.M, dkk.2017. *Pedoman dan Praktek Kebutuhan Dasar Manusia*. Kupang : Gita Kasih.
12. Volvato et al. (2015), *Teknik relaksasi untuk penderita PPOK*
13. [.Repository.umy.ac.id> handle,PDF,HF](https://repository.umy.ac.id/handle/PDF/HF) Akbar. 2017, *BAB II TINJAUAN TEORI KONSEP PENYAKIT PARU OBTRUKTIF KRONIK*, diakses tanggal 21 Juli 2019
14. Rahmadi, Y. 2015. *Asuhan Keperawatan Pada Tn. W Dengan Gangguan Sistem Pernapasan : Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Ruang Anggrek Bougenvile RSUD Pandan Arang Boyolali*. Hal : 4-7. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta. Diunduh tanggal 21 Juli 2019.
15. [www. Pdpersi.co.id](http://www.Pdpersi.co.id). Keputusan Menteri Kesehatan No.1022 Tahun 2008 tentang Pedoman pengendalian penyakit PPOK, diakses tanggal 25 Juli 2019.
16. Wedho U.M.M, dkk.2017. *Pedoman dan Praktek Kebutuhan Dasar Manusia*. Kupang : Gita Kasih.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan

Kegiatan	Bulan Juli																
	12	13	15	16	17	18	19	20	22	23	24	25	26	27	28	30	31
Pembekalan	V																
Lapor diri di RS	V																
Pengambilan kasus			V														
Ujian Praktek perawatan kasus				V	V												
Perawatan kasus			V	V	V	V											
Penyusunan Studi kasus dan konsultasi pembimbing						V	V	V	V	V	V	V					
Ujian Sidang													V				
Revisi hasil ujian siding														V	V		
Pengumpulan KTI																	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Genoveva Aek
NIM : Po.5303201181189

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. F.L
Ruang/Kamar : Ruang Teratai/ A1
Diagnosa Medis : PPOK
No. Medical Record : 51-58-02
Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 09.00
Masuk Rumah Sakit : 10 Juli 2019 Jam : 12.30

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. F.L Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir : 64 Tahun/ 01 Juli 1955 Status : Kawin
Agama : Katholik Perkawinan :
Pendidikan Terakhir : SD Suku Bangsa : Belu
Alamat : Raifatus, Kabupaten Belu Pekerjaan : Petani

Identitas Penanggung

Nama : Tn. B.B Pekerjaan : Wiraswasta
Jenis Kelamin : Laki-laki Hubungan dengan klien : Anak Kandung
Alamat : Raifatus, Kabupaten Belu

Riwayat Kesehatan

1. **Keluhan Utama** : Pasien mengeluh sesak nafas disertai nyeri saat bernapas di daerah dada kanan, sesak bertambah saat pasien melakukan aktifitas fisik.
 - Kapan : Pasien mengeluh sesak napas sejak seminggu yang lalu
 - Lokasi : Daerah dada bagian kanan
2. **Riwayat Keluhan Utama**
 - Mulai timbulnya keluhan: Pasien mengatakan mulai mengalami sesak napas secara tiba-tiba pada saat sementara bekerja kebun. Itu terjadi sejak 2 bulan yang lalu dan sudah pernah dirawat di RSUD Atambua sampai sembuh. Pada tanggal 4 juli 2019 pasien mengalami serangan berulang dan dirawat di RSUD Atambua selama 5 hari namun pasien tidak merasakan perubahan sehingga keluarga memutuskan mengantar pasien ke RSU W.Z Johannes pada tanggal 10 Juli 2019.
 - Sifat keluhan : sesak bertambah bila melakukan aktifitas
 - Lokasi : Dada kanan
 - Keluhan lain yang menyertai : Batuk kering, Kelelahan dan pusing
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Melakukan aktifitas (jalan dan bekerja)
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Sesak nafas berkurang bila pasien beristirahat
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : Berobat di RS dan beistirahat dari Pekerjaan
3. **Riwayat Penyakit Sebelumnya**

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - **Ya** , Sebutkan Demam, Batuk, Pilek
Cara Mengatasi : Berobat di Pustu terdekat
- Riwayat Alergi
Tidak Pernah
- Riwayat Operasi
Tidak Pernah

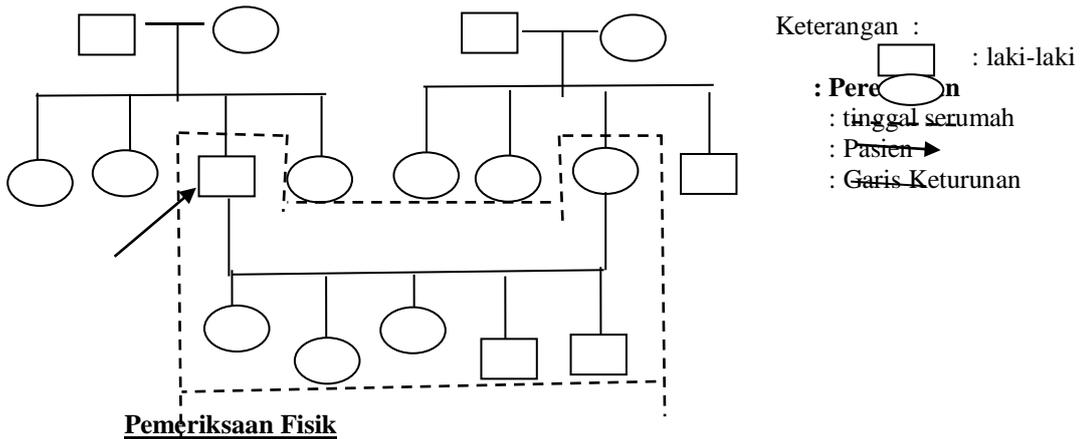
4. Kebiasaan

- Merokok
Ya ,Jumlah: ± 5 batang, waktu 1 hari
- Minum alkohol
◦ **Ya** Jumlah: 1-2 sloki, waktu saat tertentu/ tidak rutin
- Minum kopi :
▪ **Ya** Jumlah: 1x /hari waktu pagi hari
- Minum obat-obatan

Tidak pernah minum obat yang selain Obat yang diberikan dokter untuk penyakit yang sementara diderita in

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



1. Tanda – Tanda Vital

-
-
- Tekanan darah : 100/70 mmHg - Nadi : 80 x/menit
- Pernapasan : 26 x/ menit - Suhu badan : 36 °c

2. Kepala dan leher

- Kepala : tidak ada benjolan atau masa, bentuk simetris
Sakit kepala : **tidak** ada Pusing : Pasien mengeluh pusing
- Bentuk, ukuran dan posisi: **normal**
- Lesi : □ **tidak ada**
- Masa : □ **tidak ada**
- Observasi Wajah : **simetris**
- Penglihatan : Normal
- Konjungtiva: Merah Muda
- Sklera: Putih
- Pakai kaca mata : Psien tidak menggunakan kaca mata

- Penglihatan kabur : **tidak**
 - Nyeri : Tidak ada nyeri pada mata
 - Peradangan : Tidak ada tanda-tanda peradangan
 - Operasi : Tidak pernah Operasi
 - Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : **tidak**
 - Nyeri : **tidak**
 - Peradangan : **tidak**
 - Hidung
 - Alergi Rhinitis : tidak
 - Riwayat Polip : tidak
 - Sinusitis : tidak
 - Epistaksis : tidak
 - Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Normal
 - Caries : tidak
 - Memakai gigi palsu : tidak
 - Gangguan bicara : tidak
 - Gangguan menelan : tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : tidak
3. Sistem Kardiovaskuler
- Nyeri Dada : Pasien mengeluh nyeri dada kanan menjalar ke ketiak
 - Inspeksi : tampak dada kanan Oedema
- Kesadaran/ GCS : Compos Mentis/ GCS E : 4, V: 5, M: 6
- Bentuk dada : tidak rata, dada kanan lebih tinggi dari dada kiri
- Bibir : agak pucat
- Kuku : pucat
- Capillary Refill : < 2 detik
- Tangan : normal
- Kaki : normal
- Sendi : normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba
 - Vena jugularis : Teraba
 - Perkusi : pembesaran jantung : Tidak ada pembesaran jantung
 - Auskultasi : BJ I : normal
BJ II : normal
4. Sistem Respirasi
- Keluhan : Pasien mengeluh sesak nafas dan batuk lendir kental dan sulit dikeluarkan
 - Inspeksi : Pasien tampak sesak nafas
- Jejas : Tidak ada
- Bentuk Dada : Tidak simetris, dada kanan lebih tinggi dari dada kiri
- Jenis Pernapasan : Dispnea
- Irama Napas : Teratur
- Retraksi otot pernapasan : Ada retraksi otot pernapasan saat inspirasi
- Penggunaan alat bantu pernapasan : tidak ada
- Perkusi : Saat dilakukan pemeriksaan terdengar bunyi redup pada dada sebelah kanan.
- Udara : Ya

- Massa : Tidak ada
- Palpasi : Fermitus raba meningkat
 - Auskultasi :
 - Inspirasi : Terdengar bunyi ronchi
 - Ekspirasi : : Terdengar bunyi ronchi
 - Ronchi : Positif
 - Wheezing : tidak ada
 - Krepitasi : tidak ada
 - Rales : tidak ada
- Clubbing Finger : Normal
5. Sistem Pencernaan
- a. Keluhan : Tidak ada keluhan
 - b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : Normal
 - Keadaan bibir : lembab
 - Keadaan rongga mulut
 - Warna Mukosa : merah muda
 - Luka/ perdarahan : tidak ada
 - Tanda-tanda radang : tidak ada
 - Keadaan gusi : normal
 - Keadaan abdomen
 - Warna kulit : Sawomatang
 - Luka : tidak ada
 - Pembesaran : normal
 - Keadaan rektal
 - Luka : tidak ada
 - Perdarahan : tidak ada
 - Hemmoroid : tidak ada
 - Lecet/ tumor/ bengkak : tidak
 - c. Auskultasi :
 - Bising usus/Peristaltik : 15 x/ menit
 - d. Perkusi : Cairan : normal
 - Udara : normal
 - Massa : normal
 - e. Palpasi :
 - Tonus otot: normal
 - Nyeri : normal
 - Massa : normal
6. Sistem Persyarafan
- a. Keluhan : Tidak ada keluhan
 - b. Tingkat kesadaran: Compos Mentis, GCS (E/V/M) : 4/5/6
 - c. Pupil : Isokor
 - d. Kejang : normal
 - e. Jenis kelumpuhan: tidak
 - f. Parasthesia : tidak
 - g. Koordinasi gerak : normal
 - h. Cranial Nerves : normal
 - i. Reflexes : normal
7. Sistem Musculoskeletal
- a. Keluhan : pasien mengatakan terasa kram pada betis kanan dan kiri

- BB : 47 kg kg TB : 160 cm
- **Kenaikan**/Penurunan BB : 2 kg dalam waktu 2 minggu

2. Perubahan selama sakit : Tidak ada

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

- a. Kebiasaan
Frekuensi dalam sehari : 4-5 x/hari Warna : Kuning
Bau : Amoniak
- b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan

2. Buang air besar (BAB)

- a. Kebiasaan : Teratur, Frekuensi dalam sehari : 1x/ hari
Warna : kuning
Konsistensi : Lembek
- b. Perubahan selama sakit : Tidak ada

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : Jalan- jalan
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Olahraga dilakukan setiap hari

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21.00
Bangun jam : 05.00
- Tidur siang jam : 14.00
Bangun jam : 16.00
- Apakah mudah terbangun : Pasien tidur tidak mudah terkejut saat tidur
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Lingkungan yang tenang dan nyaman

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Istri dan anak-anak
2. Organisasi sosial yang diikuti : Tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : Bersih
Status rumah : Milik Sendiri
Cukup, tidak ada kebisingan dan tidak rawan banjir
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya, dibicarakan dengan keluarga
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : bicarakan dengan keluarga
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik dan saling mengasihi antar anggota keluarga

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Pasien mengatakan sebelum sakit pasien rajin ke gereja setiap hari minggu

2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Mengikuti doa bersama dalam Kelompok Umat Basis (KUB)

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien mengatakan sebelumnya pasien merasa cemas terhadap penyakit yang diderita, namun setelah dirawat pasien merasa yakin bisa disembuhkan
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : pasien akan mengatakan menyerahkan semua penyakit kepada Tuhan dan mempercayakan semua perawatan dan pengobatan kepada Tenaga kesehatan.
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Pasien cukup Kooperatif dalam memberikan informasi terkait penyakit yang diderita.

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			
			10 Juli 2019	13 Juli 2019		
01	Haemoglobin	13,0-18,0	6,6 mg/dl	9,5 mg/dl		
02	Monosit	2 - 8	16,3	17,5		
03	Eosinofil	1,0 – 5,0	2,9	6,1		
04	Jumlah eosinofil	0,00 -0,40	0,26	0,43		
05	Jumlah Monosit	0,00 – 0,70	1,45	1,24		
06	Jumlah Trombosit	150 - 400	445	576		
07	SGPT	< 41	13			
08	SGOT	< 35	39			

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

A. Analisa Data

NO	Data – Data	Etiology/Penyebab	Masalah
1	<p>DS :</p> <p>1.Pasien mengatakan sesak Nafas</p> <p>2.Pasien mengatakan batuk sputum kental dan susah dikeluarkan</p> <p>DO :</p> <p>1.Pasien tampak sesak nafas</p> <p>2.RR : 26 x/menit</p> <p>3.Ronchi +</p>	Obstruksi Mukus	Bersihan jalan nafas tidak efektif
2	<p>DS :</p> <p>1.Pasien mengatakan sesak Nafas</p> <p>2.Pasien mengatakan nyeri dada kanan saat bernafas</p> <p>DO :</p> <p>1 Pasien Tampak sesak Nafas</p> <p>2.RR : 26x/menit</p> <p>3.Fermitus raba meningkat</p> <p>4.Bunyi suara pekusi redup pada dada bagian kanan</p>	Menurunnya Ekspansi paru	Ketidakefektifan Pola nafas
3	<p>DS : Pasien mengatakan sesak nafas bertambah saat melakukan aktifitas</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak sesak nafas setelah melakukan aktifitas (Jalan dan bicara)</p>	Intoleransi aktifitas	Sesak nafas

B. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan Jalan Nafas tidak efektif b.d Obstruksi mucus
2. Ketidakefektifan pola nafas b.d Penurunan Ekspansi paru
3. Intoleransi aktifitas b.d Sesak nafas

III. INTERVENSI KEPERAWATAN

Dianosa keperawatan	Goal dan Obyektif	Rencana Tindakan	Rasional
Bersihan Jalan nafas tidak efektif b.d Obstruksi Mukus	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan Bersihan jalan nafas selama dalam perawatan</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan perawatan selama 2 jam Pasien akan menunjukkan Sesak nafas berkurang RR : 18-20 x/menit Ronchi berkurang</p>	<p>1 Observasi TTV</p> <p>2 Atur posisi tidur semi fowler</p> <p>3 Anjurkan banyak minum air hangat</p> <p>4 Ajarkan Teknik Nafas dalam</p> <p>5 Ajarkan teknik batuk efektif</p>	<p>1 Untuk mengetahui keadaan umum pasien</p> <p>2 Untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen</p> <p>3 Saat minum air hangat terjadi proses osmolaritas sehingga melumasi sal. Bronchus, maka sputum lebih muda dikeluarkan</p> <p>4 Untuk meningkatkan ventilasi Paru dan oksigenasi darah</p> <p>5 Membantu mengeluarkan sekret</p>
Ketidakefektifan Pola Nafas b.d Penurunan Ekspansi Paru	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan pola nafas yang efektif selama dalam perawatan</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan perawatan selama 2 Jam pasien akan menunjukkan pola nafas yang efektif dengan kriteria : RR : 18-20x/ menit</p>	<p>1 Observasi TTV</p> <p>2 Atur posisi tidur semi fowler</p> <p>3 Ajarkan Teknik Nafas dalam</p>	<p>Untuk mengetahui keadaan umum pasien</p> <p>2 Untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen</p> <p>3 Untuk meningkatkan ventilasi Paru dan oksigenasi darah</p> <p>4 Membantu otot polos bronchus menjadi rileks</p>
Intoleransi aktifitas b.d sesak nafas	<p>Goal Pasien akan mempertahankan toleransi aktivitas selama dalam perawatan</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan perawatan selama 2x24 jam pasien akan mampu melakukan aktifitas sehari-hari dengan dengan kriteria : Bepartisipasi dalam perawatan diri, TTV Normal</p>	<p>4 Kolaborasi pemberian Therapy Bronchodilator</p> <p>1 kaji respon pasien terhadap aktifitas</p> <p>2 Latih aktivitas secara bertahap</p> <p>3 Bantu pasien melakukan aktivitas dengan kusi Roda</p> <p>4 Bantu Pasien dalam personal Higiene</p>	<p>Untuk menilai tingkat ketergantungan pasien</p> <p>Agar tubuh beradaptasi dalam melakukan aktivitas</p> <p>Mengurangi sesak nafas</p> <p>Agar pasien merasa nyaman.</p>

IV. IMPLEMENTASI

Hari/Tgl/Jam	No. Diagnosa Keperawatan	Tindakan	Tanda Tangan
<p>Senin, 15 Juli 2019/ 09.30</p> <p>09.40</p> <p>09.45</p> <p>10.30</p> <p>11.00</p>	<p>1</p>	<p>Melakukan pengkajian terhadap pola Napas, hasilnya pasien mengalami pernapasan dispneu, lokasi sesak daerah dada, dengan spesifikasikasi sesak bertambah bila melakukan aktifitas.</p> <p>Menaikkan kepala tempat tidur dengan posisi 45°(Posisi semi fowler),hasilnya pasien merasa lebih nyaman dengan posisi tidur semi fowler</p> <p>Melakukan pemeriksaan Tanda – tanda vital hasilnya Tensi 100/70 mmHg, Nadi 80 x/ menit, Suhu 36 °C, RR 26 x/menit, SpO2 98 %</p> <p>Menganjurkan pasien minum air hangat setiap 1 jam,haislnya pasien mengerti dan mau mengikuti saran yang disampaikan</p> <p>Mengajarkan pasien untuk menarik nafas sebanyak 3 kali dan membatukkan sekuat tenaga untuk mengeluarkan secret yang menghalangi saluran pernapasan. Pasien diminta untuk mengulangi setiap kali ada reaksi batuk.</p>	
<p>Senin, 15 Juli 2019/ 09.30</p> <p>09.40</p> <p>09.45</p> <p>10.30</p> <p>11.00</p>	<p>II</p>	<p>Melakukan pengkajian terhadap pola Napas, hasilnya pasien mengalami pernapasan dispneu, lokasi sesak daerah dada, dengan spesifikasikasi sesak bertambah bila melakukan aktifitas.</p> <p>Menaikkan kepala tempat tidur dengan posisi 45°(Posisi semi fowler),hasilnya pasien merasa lebih nyaman dengan posisi tidur semi fowler</p> <p>Melakukan pemeriksaan Tanda – tanda vital hasilnya Tensi 100/70 mmHg, Nadi 80 x/ menit, Suhu 36 °C, RR 26 x/menit, SpO2 98 %</p> <p>Menganjurkan pasien minum air hangat setiap 1 jam,haislnya pasien mengerti dan mau mengikuti saran yang disampaikan</p> <p>Mengajarkan pasien untuk menarik nafas sebanyak 3 kali dan membatukkan sekuat tenaga untuk mengeluarkan secret yang menghalangi saluran pernapasan. Pasien diminta untuk mengulangi setiap kali ada reaksi batuk.</p>	

Hari/Tgl/Jam	No. Diagnosa Keperawatan	Tindakan	Tanda Tangan
Senin, 15 Juli 2019/ 09.30	III	Mengkaji respon pasien terhadap aktifitas yang dilakukan. Hasilnya pasien tampak sesak setelah pulang dari kamar WC dan agak berkurang setelah berbaring di tempat tidur.	
10.00		Memandikan pasien di tempat tidur di bantu keluarga.	
Selasa, 16 Juli 2019.	I	Mempertahankan posisi tidur Semi fowler, hasilnya pasien mengerti dan merasa nyaman dengan posisi tidur semi fowler	
Jam 08.30		Mengajarkan teknik nafas dalam dan memantau Teknik batuk Efektif, hasilnya pasien mengerti dan bisa melakukan..	
Jam 10.00		Memantau Tanda-tanda Vital, hasilnya keadaan umum pasien tampak lemah, Tensi 110/70 mmHg, Nadi 92 x/menit, RR 24 x/ menit, SpO2 98%	
Jam 11.00		Memberi minum Obat Salbutamol 2 mg 1 tab peroral.	
Jam 12.00	II	Mempertahankan posisi tidur Semi fowler, hasilnya pasien mengerti dan merasa nyaman dengan posisi tidur semi fowler	
Selasa, 16 Juli 2019.		Mengajarkan teknik nafas dalam dan memantau Teknik batuk Efektif, hasilnya pasien mengerti dan bisa melakukan..	
Jam 08.30		Memantau Tanda-tanda Vital, hasilnya keadaan umum pasien tampak lemah, Tensi 110/70 mmHg, Nadi 92 x/menit, RR 24 x/ menit, SpO2 98%	
Jam 10.00		Memberi minum Obat Salbutamol 2 mg 1 tab peroral.	
Jam 11.00			
Jam 12.00			

Hari/Tgl/Jam	No. Diagnosa Keperawatan	Tindakan	Tanda Tangan
Selasa, 16 Juli 2019/ Jam 11.00	III	Mengantar pasien ke Ruang CT Scan dengan menggunakan kursih Roda. Hasilnya Pasien tidak sesak selama pemeriksaan berlangsung.	
Rabu, 17 Juli 2019 Jam 08.15 Jam 08.20 Jam 10.00	I	Memantau keadaan umum pasien, hasilnya Keadaan Umum pasien tampak lemah dan sesak RR 30 x/ menit, tensi 90/70 mmHg, Nadi 92 x/menit, SpO2 98 % Mempertahan posisi tidur semi fowler	
Rabu, 17 Juli 2019 Jam 08.15 Jam 08.20 Jam 11.00	II	Memantau keadaan umum pasien, hasilnya Keadaan Umum pasien tampak lemah dan sesak RR 30 x/ menit, tensi 90/70 mmHg, Nadi 92 x/menit, SpO2 98 % Mempertahan posisi tidur semi fowler Memantau Keadaan Umum Pasien selama Tindakan Pungtio belangsung, hasinya Tensi 90/60 mmHg, Nadi 100 x/menit, RR 26x/menit, Pasien mengeluh kedinginan.	
Rabu, 17 Juli 2019 Jam 09.00	III	Mengajarkan keluarga untuk membantu ADLpasien di tempat tidur. Hasilnya keluarga mengerti dan siap melayani pasien.	

Hari/Tgl/Jam	No. Diagnosa Keperawatan	Tindakan	Tanda Tangan
Kamis, 18 Juli 2019 Jam 08.30	I	Memantau keadaan umum pasien, hasilnya pasien masih tampak masih lemah, keluhan sesak napas berkurang, sudah bisa istirahat dengan nyaman	
Jam 10.00		Memantau teknik napas dalam dan batuk efektif, hasilnya pasien sudah bisah melakukan dengan benar dan Sputum sudah bisa keluar dengan mudah. .Mengobservasi Tanda – tanda vital hasilnya Tensi 100/70 mmHg, nadi 92 x/menit, RR 24x/mnrit suhu 36,5 °C	
Jam 11.00			
Kamis, 18 Juli 2019 Jam 08.30	II	Memantau keadaan umum pasien, hasilnya pasien masih tampak masih lemah, keluhan sesak napas berkurang, sudah bisa istirahat dengan nyaman	
Jam 10.00		Memantau teknik napas dalam dan batuk efektif, hasilnya pasien sudah bisah melakukan dengan benar dan Sputum sudah bisa keluar dengan mudah. .Mengobservasi Tanda – tanda vital hasilnya Tensi 100/70 mmHg, nadi 92 x/menit, RR 24x/mnrit suhu 36,5 °C	
Jam 11.00		Mengobservasi aktifitas pasien, hasilnya pasien bisa melakukan aktifitas ringan tanpa ada keluhan sesak nafas	
Kamis, 18 Juli 2019 Jam 08.35	III		

V. EVALUASI

Hari/Tgl/Jam	No. Diagnosa Keperawatan	Perkembangan	Tanda Tangan
Senin, 15 Juli 2019 Jam 13.00	I	S : Pasien mengatakan sesak nafas dan batuk, dahak kental dan sulit dikeluarkan O : Pasien tampak sesak, RR 26 x/menit, Sputum kental berwarna putih Ronchi + A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	II	S : Pasien mengatakn sesak nafas O : Pasien tampak sesak, FR meningkat, Perkusi suara paru kanan redup A : Masalah belum tertasi P : Inetrvensi dilanjutkan	
	III	S : Pasien mengeluh sesak nafas bila melakukan aktifitas O : Pasien tampak sesak setelah melakukan aktifitas ringan (jalan) A : Masalah belum teratsi P : Intervensi dilanjutkan	
Selasa, 16 Juli 2019 Jam 13.00	I	S : Pasien mengeluh sesak nafas berkurang , Batuk masih keras dan dahak susah dikeluarkan, O ; Tampak sesak berkurang, RR 24 x/menit, Ronchi positif A : Masalah teratsi sebagian P ; Intervensi dilanjutkan	
	II		

		<p>S : Pasien mengatakan sesak nafas berkurang O ; RR 26 x/ menit, A ; Masalah teratasi sebagian I ; Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--

Rabu, 17 Juli 2019	III	<p>S : Pasien mengatakan masih merasa sesak bila melakukan aktifitas</p> <p>O : Pasien tampak sesak, setelah melakukan aktifitas</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	I	<p>S : Pasien mengatakan sepanjang malam tidak bisa tidur karena sesak nafas, batuk berkurang dan sputum mudah dikeluarkan</p> <p>O : Pasien tampak sesak, RR 28 x/menit</p> <p>A : Masalah tertasi sebagian</p> <p>P : Inetrvensi dilanjutkan</p>	
	II	<p>S : Pasien mengatakan sepanjang malam tidak bisa tidur karena sesak nafas,</p> <p>O : Pasien tampak sesak, RR 28x/menit</p> <p>A : Masalah tertasi sebagian</p> <p>P : Inetrvensi dilanjutkan</p>	
	III	<p>S : Pasien mengeluh sesak nafas tidak bisa melakukan aktifitas</p> <p>O : Pasien tampak dibantu keluarga</p> <p>A : Masalah belum teratsi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Jam 13.00			

Lampiran 3: Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
 Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp:(0380)8800256
 Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : GENOVEVA AEK
 NIM : PO. 5303201181189
 NAMA PEMBIMBING : M. MARGARETHA U.W, SKp, MHSc

NO	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat 12/07/2019	Konsultasi bimbingan sebelum ujian akhir program	Persiapkan diri dengan baik, Lakukan tindakan di pasien sesuai tindakan yang sudah di pelajari, siap diri untuk mengikuti ujian akhir praktek hari senin.	
2	Kamis, 18/07/2019	Konsultasi judul karya tulis ilmiah.	Pelajari tinjauan Teoritis Penyakit PPOK, bandingkan dengan Kasus nyata di tempat praktek.	
3	Jumad, 19/07/2019	Konsultasi Bab I sampai Bab IV	Perbaiki Halaman Cover, Bab 1 tujuan umum dan khusus, bimbingan, Teknik penulisan karya Tulis Ilmiah yang benar.	

4.	Senin, 22 Juli 2019	Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Bab 1 sampai Bab 4	Perbaiki kerapihan Tulisan, ejaan yang dipakai. Sumber referensi harus dimasukan di Daftar Pustaka	
5.	Kamis, 25 Juli 2019	Ujian Sidang KTI	Revisi Pendahuluan, ditambahkan, tingkatan keseriusan penyakit dan peran pemerintah.	
6.	Kamis, 25 Juli 2019		Implentasi tindakan medis jangan dimasukan	
7.	Kamis, 25 Juli 2019		Penutup, saran belum operasional Cara penulisan daftar pustaka menggunakan abjad atau penomoran.	
8.	Jumad, 26 Juli 2019	Konsultasi hasil revisi	Refrensi/Rujukan pada pendahuluan dimasukan.	
9.	Rabu, 31 Juli 2019			