

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D DENGAN PENYAKIT
PARU OBSTRUKTIF KRONIK DI RUANG CEMPAKA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SUNAN KALIJAGA
DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

Novi Dewi Fitriani
NIM. 89.331.31018

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 16 Mei 2011



Semarang, 16 Mei 2011

Pembimbing

(Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep)

NIK : 210902011



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 6 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 20 Juni 2011

Tim Penguji

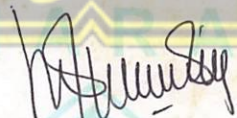
Penguji I



(Dyah Wiji Puspita Sari, S.Kep., Ns)

NIK : 210910023

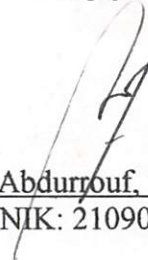
Penguji II



(Novianti, S.Kep)

NIK : 0006640

Penguji III



(Muh. Abdurrouf, S.Kep., Ns)

NIK: 210902011

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto dalam hidupku.....

Sukses adalah sebuah keyakinan

Ku persembahkan karya tulis ilmiah ini....

Sebagai tanda bakti dan sayangku kepada:

Bapak dan Ibuku

Bapak dan Ibu dosenku

Keluarga besarku (Fani, Uut, mbak Lalah, mbak Heni, bulek Parti, mbak Puji dan keluarga besarku yang lainnya)

Sahabat-sahabatku (Nurul, Arty, Fery, Hesty, mbak Serr, Anggra, Rima, Dinar, Esty, Nailus, Nanis, Sari, Vivi, Anis, Sigit, Yudlia)

Teman-temanku angkatan 2008 Prodi D3 Keperawatan

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Alhamdulillahirobbil 'alamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D DENGAN PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUNAN KALIJAGA DEMAK ".

Karya tulis ini disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan jenjang pendidikan ahli madya keperawatan Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang terhormat :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc., M.Eng, selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang S, SKM, selaku kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Bapak Muh. Abdurrouf, S.Kep., Ns. selaku dosen pembimbing.

5. Pihak RSUD Sunan Kalijaga Demak yang telah memberikan kesempatan lahan praktek asuhan keperawatan medikal bedah.
6. Bapak dan ibu dosen serta staf Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
7. Orang tuaku tercinta Bapak Muslichan dan Ibu Likhanah yang telah memberikan doa serta pengorbanan yang besar baik moril maupun materil, sehingga penulis dapat menuntut ilmu di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang hingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada kita semua, dan besar harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca dari semua pihak.

Tiada makhluk yang dapat menghasilkan karya yang sempurna, dengan segala keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi peningkatan pengetahuan dan perbaikan penulis dimasa mendatang.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

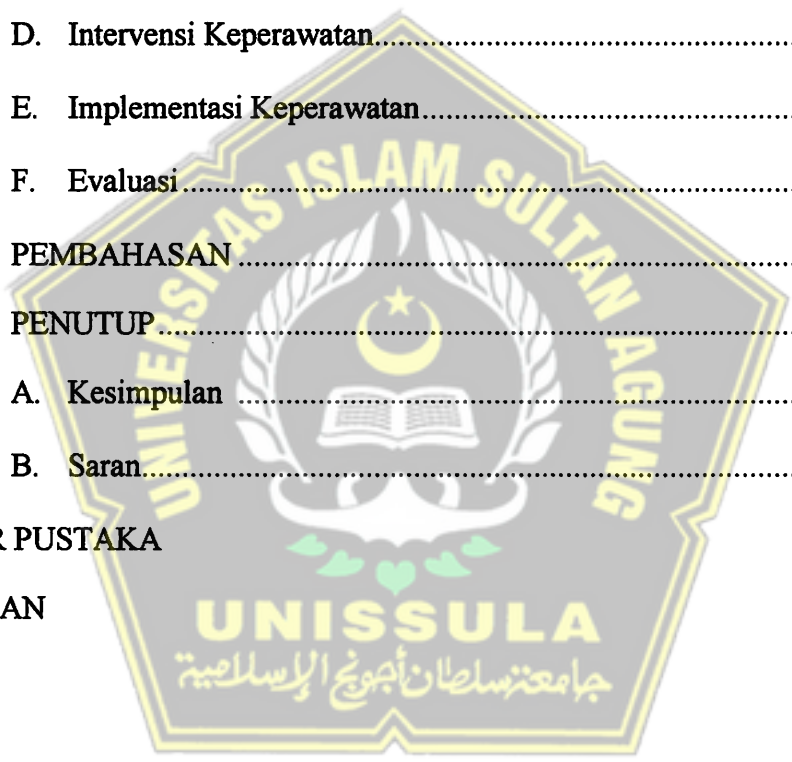
Semarang, Mei 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat Penulisan	5
BAB II KONSEP DASAR.....	6
A. Konsep Dasar Penyakit	6
1. Pengertian.....	6
2. Etiologi.....	7
3. Patofisiologi	7
4. Manifestasi Klinis	8
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	9
6. Komplikasi.....	10
7. Penatalaksanaan	10
8. Pathways	12
B. Konsep Dasar Keperawatan	13
1. Pengkajian Keperawatan	13

2. Diagnosa Keperawatan	18
3. Fokus Intervensi.....	18
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN	31
A. Pengkajian	31
B. Analisa Data	38
C. Diagosa keperawatan	39
D. Intervensi Keperawatan.....	40
E. Implementasi Keperawatan.....	42
F. Evaluasi	43
BAB IV PEMBAHASAN	45
BAB V PENUTUP	54
A. Kesimpulan	54
B. Saran.....	56
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) adalah penyakit paru kronik yang progresif, artinya penyakit ini berlangsung seumur hidup dan semakin memburuk secara lambat dari tahun ke tahun. Dalam perjalanan penyakit ini terdapat fase-fase eksaserbasi akut. Berbagai faktor berperan pada perjalanan penyakit ini, antara lain faktor resiko yaitu faktor yang menimbulkan atau memperburuk penyakit seperti kebiasaan merokok, polusi udara, polusi lingkungan, infeksi, genetik dan perubahan cuaca. Penyakit paru obstruksi kronik adalah klasifikasi luas dari gangguan yang mencakup bronkitis kronik, bronkiektasis, emfisema dan asma, yang merupakan kondisi ireversibel yang berkaitan dengan dispnea saat aktivitas dan penurunan aliran masuk dan keluar udara paru-paru. Penyakit paru obstruksi kronik adalah kelainan paru yang ditandai dengan gangguan fungsi paru berupa memanjangnya periode ekspirasi yang disebabkan oleh adanya penyempitan saluran nafas dan tidak banyak mengalami perubahan dalam masa observasi beberapa waktu (Perkumpulan Dokter Paru Indonesia (PDPI) / Gold tahun 2005).

Derajat obtruksi saluran nafas yang terjadi, dan identifikasi komponen yang memungkinkan adanya reversibilitas. Tahap perjalanan penyakit dan penyakit lain diluar paru seperti sinusitis dan faringitis kronik. Yang pada akhirnya faktor-faktor tersebut membuat perburukan makin lebih cepat

terjadi. Untuk melakukan penatalaksanaan PPOK perlu diperhatikan faktor-faktor tersebut, sehingga pengobatan PPOK menjadi lebih baik (Perkumpulan Dokter Paru Indonesia (PDPI) / Gold tahun 2005).

Dinyatakan PPOK (secara klinis) apabila sekurang-kurangnya pada anamnesis ditemukan adanya riwayat pajanan faktor risiko disertai batuk kronik dan berdahak dengan sesak nafas terutama pada saat melakukan aktivitas pada seseorang yang berusia pertengahan atau yang lebih tua (Perkumpulan Dokter Paru Indonesia (PDPI) / Gold tahun 2005).

Negara kita masih menghadapi berbagai masalah dalam pelayanan kesehatan. Dalam publikasi WHO Report 2000 yang membuat peringkat *Health Care System* pada 191 negara di dunia, negara dengan sistem pelayanan kesehatan terbaik adalah Perancis, sementara Singapura menduduki urutan ke-6, Jepang ke-10, Thailand ke-47, Malaysia ke-49, Filipina ke-60 dan Indonesia ternyata hanya menduduki urutan ke-92. Penyakit paru merupakan salah satu masalah kesehatan utama kita. Berdasarkan survai kesehatan rumah tangga (SKRT) dari waktu ke waktu tampak bahwa sekitar sepertiga morbiditas dan mortalitas di negara kita adalah penyakit paru, termasuk di dalamnya PPOK. Dalam *SEAMIC Health Statistic* yang diterbitkan Maret 2001 tampak bahwa bronkitis, emfisema dan asma merupakan penyebab kematian ke-7 di negara kita (3,6%). Sebagai pembandingan, kelompok penyakit ini merupakan penyebab kematian ke-5 di Brunei, ke-7 di Jepang dan ke-9 di Filipina. Di seluruh dunia terdapat 2,2 juta kematian akibat PPOK setiap tahunnya (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2001).

Di Australia, berdasarkan laporan Mather dkk dalam eMJA tahun 2000, PPOK merupakan 9% dari *years lost due to disability* (YLD), 4% dari *years lost of life* (YLL) akibat kematian dan menduduki peringkat ke-3 dalam hasil penghitungan total *burden of disease and injury* berdasarkan perhitungan persentase dari total *disability-adjusted life years* (DALYs). Sementara itu, diproyeksikan di tahun 2016 mendatang di Australia akan ada peningkatan kasus PPOK yang amat berarti dibandingkan sekarang ini (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2001).

Di Amerika Serikat, berdasarkan publikasi Medical Graphic Corporation Januari 2001, hampir 350.000 orang yang meninggal setiap tahunnya akibat berbagai penyakit paru, menduduki urutan ketiga setelah penyakit jantung dan kanker (di luar kanker paru). Dewasa ini lebih dari 30 juta orang Amerika yang menderita penyakit paru kronik, seperti emfisema, asma dan bronkitis kronik, yang menghabiskan uang langsung dan tidak langsung sejumlah tidak kurang dari 61,2 milyar dolar setahunnya. Bronkitis kronik diderita oleh 13,5 juta orang Amerika dan menduduki peringkat ke-6 dari berbagai penyakit kronik yang menyerang penduduk negara itu. Sementara itu, terdapat sekitar 1,9 juta penderita emfisema dewasa ini di Amerika Serikat, sebagian besar diantaranya adalah perokok. Beberapa faktor juga dapat memperburuk masalah PPOK ini, seperti kebiasaan merokok dan pelayanan kesehatan kelompok lanjut usia. Untuk merokok, Indonesia ternyata menduduki peringkat ke empat tertinggi di dunia (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2001).

Berdasarkan fenomena-fenomena yang penulis paparkan diatas baik dari gejala yang sering muncul akibat dari masalah, itu sendiri yang akhirnya mengurangi produktifitas pasien untuk itu penulis dalam karya tulis ini mengambil judul aspek keperawatan penyakit paru obstruktif kronik di Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga Demak.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum:

Untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Tn.D dengan penyakit paru obstruktif kronik di ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Sunan kalijaga Demak.

2. Tujuan khusus:

Tujuan khusus dalam penulisan karya tulis ilmiah ini antara lain:

- a. Menjelaskan pengkajian data yang didapat pada Tn. D dengan penyakit paru obstruktif kronik.
- b. Menjelaskan diagnosa yang diambil pada Tn. D dengan penyakit paru obstruktif kronik.
- c. Menjelaskan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan klien dan mengatasi masalah klien.
- d. Menjelaskan implementasi rencana yang telah disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditegakkan.
- e. Menjelaskan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. D.

C. Manfaat penulisan

Karya tulis ilmiah ini di buat penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak yang terkait antara lain:

1. Bagi penulis:

Dapat memahami konsep medis dan keperawatan pada kasus penyakit paru obstruktif kronik sehingga dapat menerapkan Asuhan Keperawatan pada klien dengan penyakit paru obstruktif kronik.

2. Bagi lahan praktek:

Sebagai bahan masukan dalam menangani dan merawat klien yang menderita penyakit paru obstruktif kronik untuk mencapai mutu pelayanan rumah sakit yang optimal.

3. Bagi institusi:

Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan mutu pendidikan dalam bidang asuhan keperawatan medikal dan sebagai bahan wacana untuk menambah informasi tentang asuhan keperawatan medikal.

4. Bagi masyarakat:

Untuk memberikan informasi tentang penyakit paru obstruktif kronik kepada masyarakat dalam upaya mengenali tanda dan gejala sehingga masyarakat mengerti terhadap kasus keperawatan dengan penyakit paru obstruktif kronik dan bisa segera mencari bantuan.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

Penyakit paru obstruktif menahun (PPOM) adalah klasifikasi luas dari gangguan, yang mencakup bronkitis kronis, bronkiektasis, emfisema, dan asma. PPOM merupakan kondisi ireversibel yang berkaitan dengan dispnea saat aktivitas dan penurunan aliran masuk dan keluar udara paru-paru (Suzanne & Brenda, 2001).

Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) adalah gangguan progresif lambat kronis ditandai oleh obstruksi saluran pernafasan yang menetap atau sedikit reversibel, tidak seperti obstruksi saluran pernafasan reversibel pada asma (Davey .P, 2005).

Penyakit paru obstruktif kronis adalah suatu penyakit yang ditandai oleh adanya obstruksi aliran udara yang disebabkan oleh bronkhitis kronis atau emfisema (Lawrence, S & Maxine, 2002).

Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) adalah suatu kelainan dengan ciri-ciri adanya keterbatasan aliran udara yang tidak sepenuhnya reversibel (Lyndon, 2002).

Penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) merupakan penyakit yang ditandai oleh obstruksi saluran nafas yang menimbulkan gejala serupa satu dengan yang lain (Kosasih. A, 2008).

Kesimpulan Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) adalah penyakit paru kronik yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran nafas yang bersifat progresif nonreversibel atau reversibel parsial.

2. Etiologi

Menurut Mansjoer. A. (2001) faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya PPOK adalah:

- a. Kebiasaan merokok
- b. Polusi udara
- c. Paparan debu, asap dan gas-gas kimiawi akibat kerja
- d. Riwayat infeksi saluran nafas
- e. Bersifat genetik yaitu defisiensi α -1 antitripsin merupakan predisposisi untuk berkembangnya PPOK dini.

3. Patofisiologi

Pada bronkitis kronik maupun emfisema terjadi penyempitan saluran nafas. Penyempitan ini dapat mengakibatkan obstruksi jalan nafas dan menimbulkan sesak. Pada bronkitis kronik, saluran pernafasan kecil yang berdiameter kurang dari 2 mm menjadi lebih sempit. Berkelok-kelok, dan berobliterasi. Penyempitan ini terjadi karena metaplasia sel goblet. Saluran nafas besar juga menyempit karena hipertrofi dan hiperplasi kelenjar mukus. Pada emfisema paru penyempitan saluran nafas disebabkan oleh berkurangnya elastisitas paru-paru (Mansjoer. A, 2001).

Pada emfisema beberapa faktor penyebab obstruksi jalan nafas yaitu: inflamasi dan pembengkakan bronki, produksi lendir yang berlebihan, kehilangan rekoil elastik jalan nafas, dan kolaps bronkiolus serta redistribusi udara ke alveoli yang berfungsi. Karena dinding alveoli mengalami kerusakan, area permukaan alveolar yang kontak langsung dengan kapiler paru secara kontinu berkurang mengakibatkan kerusakan difusi oksigen. Kerusakan difusi oksigen mengakibatkan hipoksemia. Pada tahap akhir, eliminasi karbondioksida mengalami kerusakan mengakibatkan peningkatan tekanan karbon dalam darah arteri (hiperkapnia) dan menyebabkan asidosis respiratorius individu dengan emfisema mengalami obstruksi kronik kealiran masuk dan aliran keluar dari paru. Untuk mengalirkan udara ke dalam dan ke luar paru-paru, dibutuhkan tekanan negatif selama inspirasi dan tekanan positif dalam tingkat yang adekuat harus dicapai dan dipertahankan selama ekspirasi (Mansjoer, A, 2001; Baughman, Diane C, 2000).

4. Manifestasi klinis

Menurut Mansjoer. A (2001) manifestasi klinis dari PPOK adalah:

- a. Batuk
- b. Sputum putih atau mukoid, jika ada infeksi menjadi purulen atau mukopurulen
- c. Sesak, sampai menggunakan otot-otot pernafasan tambahan untuk bernafas

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Sudoyo. AW, dkk (2007) pemeriksaan yang diperlukan untuk menilai tingkat keparahan pasien PPOK yang mengalami eksaserbasi akut adalah:

- a. Tes fungsi paru (mungkin sukar dilakukan untuk pasien yang kondisinya parah)
 - 1) PEF < 100 L/ menit atau PEV1 < 1 L mengindikasikan adanya eksaserbasi yang parah.
- b. Pemeriksaan analisis gas darah
 - 1) PaO₂ < 8,0 kPa (60 mmHg) dan atau SaO₂ < 90% dengan atau tanpa PaCO₂ > 6,7 kPa (50 mmHg), saat bernafas dalam udara ruangan, mengindikasikan adanya gagal nafas.
 - 2) PaO₂ < 6,7 kPa (50 mmHg), PaCO₂ > 9,3 kPa (70 mmHg) dan pH < 7,30, memberi kesan episode yang mengancam jiwa dan perlu dilakukan monitor ketat serta penanganan intensif.
- c. Foto toraks, dilakukan untuk melihat adanya komplikasi seperti pnemoni
- d. Elektrokardiografi (EKG), pemeriksaan EKG dapat membantu penegakan diagnosis hipertropi ventrikel kanan, aritmia dan iskemi

Menurut Davey, P. (2005) Pemeriksaan penunjang PPOK :

- a. Tes fungsi paru, menunjukkan obstruksi aliran nafas dan menurunnya pertukaran udara akibat destruksi jaringan paru. Kapasitas paru bias normal atau meningkat akibat udara yang terperangkap. Dilakukan pemeriksaan reversibilitas karena 20% pasien mengalami perbaikan dari pemberian bronkodilator.

- b. Foto toraks bias normal, namun pada emfisema, akan menunjukkan hiperinflasi disertai hilangnya batas paru serta jantung tampak kecil.
- c. *Computed tomography*, bias memastikan adanya bula emfisematosa.
- d. Analisis gas darah, harus dilakukan jika ada kecurigaan gagal nafas. Pada hipoksemia kronis kadar hemoglobin bisa meningkat.

6. Komplikasi

Menurut Lawrence dkk (2002) komplikasi dari PPOK adalah:

- a. Bronkhitis akut
- b. Pneumonia
- c. Emboli pulmo
- d. Kegagalan ventrikel kiri yang bersamaan bisa memperburuk PPOK stabil

7. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan medis

Menurut Davey, P. (2005) penatalaksanaan medis dari PPOK adalah:

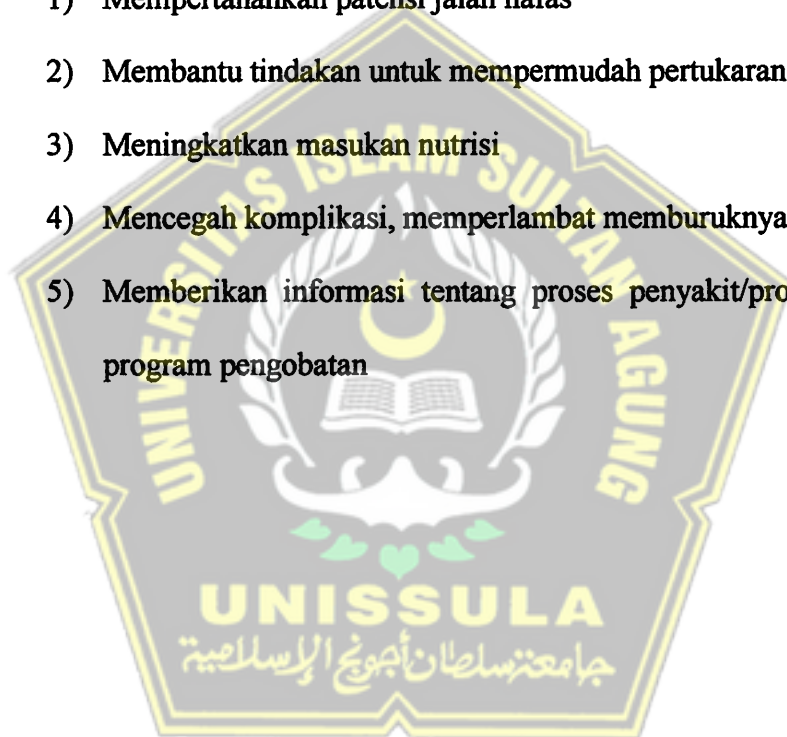
- 1) Berhenti merokok harus menjadi prioritas.
- 2) Bronkodilator (β -agonis atau antikolinergik) bermanfaat pada 20-40% kasus.
- 3) Pemberian terapi oksigen jangka panjang selama >16 jam memperpanjang usia pasien dengan gagal nafas kronis (yaitu pasien dengan PaO_2 sebesar 7,3 kPa dan FEV₁ sebesar 1,5 L).
- 4) Rehabilitasi paru (khususnya latihan olahraga) memberikan manfaat simptomatik yang signifikan pada pasien dengan penyakit sedang-berat.

- 5) Operasi penurunan volume paru juga bisa memberikan perbaikan dengan meningkatkan *elastic recoil* sehingga mempertahankan patensi jalan nafas.

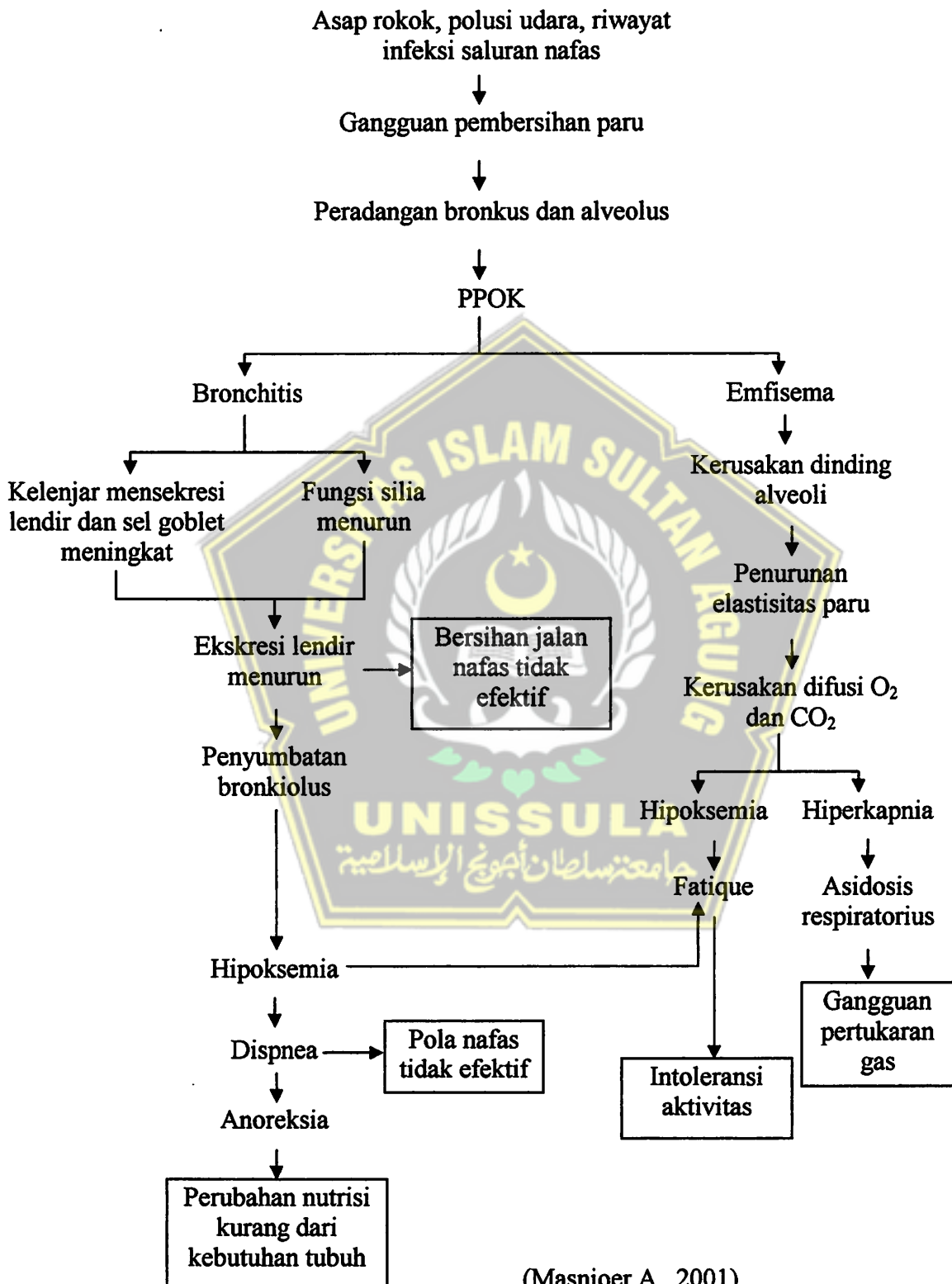
b. Penatalaksanaan keperawatan

Menurut Doenges M.E, dkk (2000) penatalaksanaan keperawatan dari PPOK adalah:

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



8. Pathways



(Masnjoer A., 2001)

(Baughman, Diane C., 2000)

B. Konsep dasar keperawatan

Menurut Doenges M.E, dkk (2000) pengkajian dari PPOK adalah:

1. Pengkajian Keperawatan

a. Aktivitas/istirahat

Gejala:

- 1) Keletihan, kelelahan, malaise
- 2) Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena sulit bernafas
- 3) Ketidakmampuan untuk tidur, perlu tidur dalam posisi duduk tinggi
- 4) Dispnea pada saat istirahat atau respon terhadap aktivitas atau latihan

Tanda:

- 1) Keletihan
- 2) Gelisah, insomnia
- 3) Kelemahan umum/kehilangan massa otot

b. Sirkulasi

Gejala: pembengkakan pada ekstremitas bawah

Tanda:

- 1) Peningkatan tekanan darah
- 2) Peningkatan frekuensi jantung/takikardi berat, disritmia
- 3) Distensi vena leher (penyakit berat)
- 4) Edema dependen, tidak berhubungan dengan penyakit jantung

- 5) Bunyi jantung redup (yang berhubungan dengan peningkatan diameter AP dada)
- 6) Warna kulit atau membran mukosa: normal atau abu-abu/sianosis perifer
- 7) Pucat dapat menunjukkan anemia

c. Integritas ego

Gejala:

- 1) Peningkatan faktor resiko
- 2) Perubahan pola hidup

Tanda:

- 1) Ansietas, ketakutan, peka rangsang
- 2) Makanan/cairan

Gejala:

- 1) Mual/muntah
- 2) Nafsu makan buruk/anoreksia (emfisema)
- 3) Ketidakmampuan untuk makan karena distres pernafasan
- 4) Penurunan berat badan menetap (emfisema), peningkatan berat badan menunjukkan edema (bronkitis)

Tanda:

- 1) Turgor kulit buruk
- 2) Edema dependen
- 3) Berkeringat
- 4) Penurunan berat badan, penurunan massa otot/lemak subkutan (emfisema)

5) Palpitasi abdominal dapat menyatakan hepatomegali (bronkitis)

d. Higiene

Gejala: penurunan kemampuan/peningkatan kebutuhan bantuan melakukan aktivitas sehari-hari

Tanda: kebersihan buruk, bau badan

e. Pernafasan

Gejala:

- 1) Nafas pendek (timbulnya tersembunyi dengan dispnea sebagai gejala menonjol pada emfisema) khususnya pada kerja; cuaca atau episode berulangnya sulit nafas (asma); rasa dada tertekan, ketidakmampuan untuk bernafas (asma)
- 2) “Lapar udara” kronis
- 3) Batuk menetap dengan produksi sputum setiap hari (terutama pada saat bangun) selama minimum 3 bulan berturut-turut tiap tahun sedikitnya 2 tahun. Produksi sputum (hijau, putih atau kuning) dapat banyak sekali (bronkitis kronis)
- 4) Episode batuk hilang-timbul, biasanya tidak produktif pada tahap dini meskipun dapat menjadi produktif (emfisema)
- 5) Riwayat pneumonia berulang, terpajan pada polusi kimia/iritan pernafasan dalam jangka panjang (misalnya rokok sigaret) atau debu/asap (misalnya asbestos, debu batubara, rami katun, serbuk gergaji)

- 6) Faktor keluarga dan keturunan, misalnya defisiensi alfa-antitripsin (emfisema)
- 7) Penggunaan oksigen pada malam hari atau terus menerus

Tanda:

- 1) Pernafasan: Biasanya cepat, tidak lambat, fase ekspirasi memanjang dengan mendengkur, nafas bibir (emfisema)
- 2) Lebih memilih posisi tiga sisi (“tripot”) untuk bernafas (khususnya dengan eksaserbasi akut bronkitis kronis)
- 3) Penggunaan otot bantu pernafasan, misalnya meninggikan bahu, retraksi fosa supraklavikula, melebarkan hidung
- 4) Dada: dapat terlihat hiperinflasi dengan peninggian diameter AP (bentuk-barrel); gerakan diafragma minimal
- 5) Bunyi nafas: Mungkin redup dengan ekspirasi mengi (emfisema); menyebar, lembut, atau krekels lembab kasar (bronkitis); ronki, mengi sepanjang area paru pada ekspirasi dan kemungkinan selama inspirasi berlanjut sampai penurunan atau tidak adanya bunyi nafas (asma)
- 6) Perkusi: Hiperesonan pada area paru (misalnya jebakan udara dengan emfisema); bunyi pekak pada area paru (misalnya konsolidasi, cairan, mukosa)
- 7) Kesulitan bicara kalimat atau lebih dari 4 atau 5 kata sekaligus
- 8) Warna: pucat dengan sianosis bibir dan dasar kuku; abu-abu keseluruhan; warna merah (bronchitis kronis, “biru mengembung”). Pasien dengan emfisema sedang sering disebut

“pink puffer” karena warna kulit normal meskipun pertukaran gas tidak normal dan frekuensi pernafasan cepat

9) Tabuh pada jari-jari (emfisema)

f. Keamanan

Gejala:

- 1) Riwayat reaksi alergi atau sensitif terhadap zat/faktor lingkungan
- 2) Adanya/berulangnya infeksi
- 3) Kemerahan/berkeringat (asma)

g. Seksualitas

Gejala: penurunan libido

h. Interaksi sosial

Gejala:

- 1) Hubungan ketergantungan
- 2) Kurang sistem pendukung
- 3) Kegagalan dukungan dari/terhadap pasangan/orang terdekat
- 4) Penyakit lama atau ketidakmampuan membaik

Tanda:

- 1) Ketidakmampuan untuk membuat/mempertahankan suara karena distres pernafasan
- 2) Keterbatasan mobilitas fisik
- 3) Kelalaian hubungan dengan anggota keluarga lain

i. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala:

- 1) Penggunaan/penyalahgunaan obat pernafasan
- 2) Kesulitan menghentikan merokok
- 3) Penggunaan alkohol secara teratur
- 4) Kegagalan untuk membaik

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme, peningkatan produksi sekret, sekresi tertahan, tebal, sekresi kental, dan penurunan energi/kelemahan.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan suplai oksigen (obstruksi jalan nafas oleh sekresi, spasme bronkus, jebakan udara) dan kerusakan alveoli.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan keletihan, hipoksemia, dan pola pernafasan tidak efektif.
- d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan dispnea, kelemahan, efek samping obat, produksi sputum, anoreksia, mual/muntah (Doenges M.E, dkk, 2000).

3. Fokus Intervensi

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkospasme, peningkatan produksi sekret, sekresi tertahan, tebal, sekresi kental, penurunan energi/kelemahan (Doenges M.E, dkk, 2000).

Tujuan : Mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih/jelas

Kriteria Hasil : Pasien akan menunjukkan perilaku untuk memperbaiki bersihan jalan nafas, misalnya batuk efektif dan mengeluarkan sekret

Intervensi:

1) Mandiri

- a) Auskultasi bunyi nafas, catat adanya bunyi nafas, misalnya mengi, krekles, ronki.

Rasional: Beberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan nafas dan dapat/tidak dimanifestasikan adanya bunyi nafas adventisius, misalnya penyebaran, krekels basah (bronkitis), bunyi nafas redup dengan ekspirasi mengi (emfisema), atau tidak adanya bunyi nafas (asma berat).

- b) Kaji atau pantau frekuensi pernafasan, catat rasio inspirasi/ekspirasi.

Rasional: Takipnea biasanya ada pada beberapa derajat dan dapat ditemukan pada penerimaan atau selama stress/adanya proses infeksi akut. Pernafasan dapat melambat dan frekuensi ekspirasi memanjang dibanding inspirasi.

- c) Catat adanya derajat dispnea, misalnya keluhan “lapar udara” gelisah, ansietas, distress pernafasan, penggunaan otot bantu.

Rasional: Disfungsi pernafasan adalah variabel yang tergantung pada tahap proses kronis selain proses akut yang

menimbulkan perawatan di rumah sakit, misalnya infeksi, reaksi alergi.

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

Rasional: Peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernafasan dengan menggunakan gravitasi. Namun, pasien dengan distress berat dan mencari posisi yang paling mudah untuk bernafas. Sokongan tangan/kaki dengan meja, bantal, dan lain-lain membantu menurunkan kelemahan otot dan dapat sebagai alat ekspansi dada.

- e) Pertahankan polusi lingkungan minimum, misalnya debu, asap dan bulu bantal yang berhubungan dengan kondisi individu.

Rasional: Pencetus tipe reaksi alergi pernafasan yang dapat mentrigger episode akut.

- f) Dorong atau bantu latihan nafas abdomen atau bibir

Rasional: Memberikan pasien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea dan menurunkan jebakan udara.

- g) Observasi karakteristik batuk, misalnya menetap, batuk pendek, basah. Bantu tindakan untuk memperbaiki keefektifan upaya batuk.

Rasional: Batuk dapat menetap tetapi tidak efektif, khususnya bila pasien lansia, sakit akut, atau kelemahan.

Batuk paling efektif pada posisi duduk tinggi atau kepala di bawah setelah perkusi dada.

- h) Tingkatkan masukan cairan sampai 3000 ml/hari sesuai toleransi jantung. Memberikan air hangat. Anjurkan masukan cairan, sebagai pengganti makanan.

Rasional: Hidrasi membantu menurunkan kekentalan sekret, mempermudah pengeluaran. Cairan selama makan dapat meningkatkan distensi gaster dan tekanan pada diafragma.

2) Kolaborasi

- a) Berikan obat sesuai indikasi

- (1) Bronkodilator, misalnya β -agonis: epinefrin (Adrenalin, Vaponefrin), albuterol (Proventil, Ventolin), terbutalin (Brethine, Brethaire), isoetarin (Brokosol, Bronkometer).

Rasional: Merilekskan otot halus dan menurunkan kongesti lokal, menurunkan spasme jalan nafas, mengi, dan produksi mukosa. Obat-obat mungkin per oral, injeksi atau inhalasi.

- (2) Xantin, misalnya aminofilin, oxtrefilin (Choledyl), teofilin (Bronkodyl, Theo-Dur).

Rasional: Menurunkan edema mukosa dan spasme otot polos dengan peningkatan langsung siklus AMP. Dapat juga menurunkan kelemahan otot/kegagalan pernafasan

dengan meningkatkan kontraktilitas diafragma. Meskipun teofilin telah dipilih untuk terapi, penggunaan teofilin mungkin sedikit atau tidak menguntungkan pada program obat β -agonis adekuat. Namun, ini dapat mempertahankan bronkodilatasi sesuai penurunan efek dosis antar β -agonis. Penelitian saat ini menunjukkan teofilin menggunakan korelasi dengan penurunan frekuensi perawatan di rumah sakit.

(3) Kromolin (Intal), flunisolida (Aerobid).

Rasional: Menurunkan inflamasi jalan nafas lokal dan edema dengan menghambat efek histamin dan mediator lain.

(4) Steroid oral, IV, dan inhalasi, metilprednisolon (Medrol), deksametason (Decadral), antihistamin misalnya beklometason (Vanceryl, Beclonent), triamsinolon (Azmacort)

Rasional: Kortikostteroid digunakan untuk mencegah reaksi alergi/menghambat pengeluaran histamin, menurunkan berat dan frekuensi spasme jalan nafas, inflamasi pernafasan, dan dispnea.

(5) Antimikrobia

Rasional: Banyak antimikrobia dapat diindikasikan untuk mengontrol infeksi pernafasan/pneumonia.

- (a) Analgesik, penekan batuk/antitusif misalnya kodein, produk dextrometorfan (Benylin DM, Comtrex, Novahistine)

Rasional: Batuk menetap yang melelahkan perlu ditekan untuk menghemat energi dan memungkinkan pasien untuk istirahat.

- b) Berikan humidifikasi tambahan, misalnya nebulizer ultranik, humidifier aerosol ruangan.

Rasional: Kelembaban menurunkan kekentalan sekret mempermudah pengeluaran dan dapat membantu menurunkan/mencegah pembentukan mukosa tebal pada bronkus.

- c) Bantu pengobatan pernafasan, misalnya IPPB, fisioterapi dada

Rasional: Drainase postural dan perkusi bagian penting untuk membuang banyaknya sekresi/kental dan memperbaiki ventilasi pada segmen dasar paru.

- d) Awasi/buat grafik seri GDA, nadi oksimetri, foto dada

Rasional: Membuat dasar untuk pengawasan kemajuan/kemunduran proses penyakit dan komplikasi.

- b. Kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan suplai oksigen (obstruksi jalan nafas oleh sekresi, spasme bronkus, jebakan udara) dan kerusakan alveoli (Doenges M.E, dkk, 2000).

Tujuan : Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat dengan GDA dalam rentang normal dan bebas gejala distress pernafasan.

Kriteria hasil : Pasien akan berpartisipasi dalam program pengobatan dalam tingkat kemampuan/situasi.

Intervensi:

1) Mandiri

- a) Kaji frekuensi, kedalaman pernafasan. Catat penggunaan otot aksesori, nafas bibir, ketidakmampuan bicara atau berbincang

Rasional: Berguna dalam evaluasi derajat distress pernafasan dan/atau kronisnya proses penyakit.

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

Rasional: Pengiriman oksigen dapat diperbaiki dengan posisi duduk tinggi dan latihan nafas untuk menurunkan kolaps jalan nafas, dispnea, dan kerja nafas.

- c) Kaji atau awasi secara rutin kulit dan warna membran mukosa

Rasional: Sianosis mungkin perifer (terlihat pada kuku) atau sentral (terlihat sekitar bibir/daun telinga). Keabu-abuan dan diagnosis sentral mengindikasikan beratnya hipoksemia.

- d) Dorong mengeluarkan sputum, penghisapan bila diindikasikan

Rasional: Kental, tebal dan banyaknya sekresi adalah sumber utama gangguan pertukaran gas pada jalan nafas kecil. Penghisapan dibutuhkan bila batuk tidak efektif.

- e) Auskultasi bunyi nafas, catat area penurunan aliran udara dan/atau bunyi tambahan

Rasional: Bunyi nafas mungkin redup karena penurunan aliran udara atau area konsolidasi. Adanya mengi mengindikasikan spasme bronkus/tertahannya sekret. Krekels basah menyebar menunjukkan cairan pada interstisial/dekompensasi jantung.

- f) Palpasi fremitus

Rasional: Penurunan getaran vibrasi diduga ada pengumpulan cairan atau udara terjebak.

- g) Awasi tingkat kesadaran/status mental. Selidiki adanya perubahan

Rasional: Gelisah dan ansietas adalah manifestasi umum pada hipoksia. GDA memburuk disertai bingung/somnolen menunjukkan disfungsi serebral yang berhubungan dengan hipoksemia.

- h) Evaluasi tingkat toleransi aktivitas. Berikan lingkungan tenang dan kalem. Batasi aktivitas pasien atau dorong untuk tidur/istirahat dikursi selama fase akut. Mungkinkan pasien

melakukan aktivitas secara bertahap dan tingkatkan sesuai toleransi individu

Rasional: Selama distress pernafasan berat/akut/refraktori pasien secara total tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari karena hipoksemia dan dispnea. Istirahat diselingi aktivitas perawatan masih penting dari program pengobatan. Namun, program latihan ditujukan untuk meningkatkan ketahanan dan kekuatan tanpa menyebabkan dispnea berat, dan dapat meningkatkan rasa sehat.

i) Awasi tanda vital dan irama jantung

Rasional: Takikardi, disritmia, dan perubahan TD dapat menunjukkan efek hipoksemia sistemik pada fungsi jantung.

2) Kolaborasi

a) Awasi/gambarkan seri GDA dan nadi oksimetri

Rasional: PaCO_2 biasanya meningkat (bronchitis, emfisema) dan PaO_2 secara umum menurun, sehingga hipoksia terjadi dengan derajat lebih kecil atau lebih besar.

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

Rasional: Dapat memperbaiki/mencegah memburuknya hipoksia

c) Berikan penekan SSP (misalnya antiansietas, sedatif, atau narkotik) dengan hati-hati

Rasional: Digunakan untuk mengontrol ansietas/gelisah yang meningkatkan konsumsi oksigen/kebutuhan, eksaserbasi dispnea. Dipantau ketat karena dapat terjadi gagal nafas.

- d) Bantu intubasi, berikan/pertahankan ventilasi mekanik, dan pindahkan ke UPI sesuai intruksi untuk pasien

Rasional: Terjadinya atau kegagalan nafas yang akan datang memerlukan upaya tindakan penyelamatan hidup

- c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan dispnea, kelemahan, efek samping obat, produksi sputum, anoreksia, mual/muntah (Doenges M.E, dkk, 2000).

Tujuan: Menunjukkan peningkatan berat badan menuju tujuan yang tepat.

Kriteria hasil: Pasien akan menunjukkan perilaku/perubahan pola hidup untuk meningkatkan dan/atau mempertahankan berat yang tepat.

Intervensi:

- 1) Mandiri

- a) Kaji kebiasaan diet, masukan makanan saat ini. Catat derajat kesulitan makan. Evaluasi berat badan dan ukuran tubuh

Rasional: Pasien distres pernafasan akut sering anoreksia karena dispnea, produksi sputum, dan obat. Selain itu,

banyak pasien PPOM mempunyai kebiasaan makan buruk, meskipun kegagalan pernafasan membuat status hipermetabolik dengan peningkatan kebutuhan kalori. Sebagai akibat, pasien sering masuk RS dengan beberapa derajat malnutrisi. Orang yang mengalami emfisema sering kurus dengan perototan kurang.

b) Auskultasi bunyi usus

Rasional: Penurunan/hipoaktif bising usus menunjukkan penurunan motilitas gaster dan konstipasi (komplikasi umum) yang berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan, pilihan makanan buruk, penurunan aktivitas, dan hipoksemia.

c) Berikan perawatan oral sering, buang sekret, berikan wadah khusus untuk sekali pakai dan tissue

Rasional: Rasa tidak enak, bau dan penampilan adalah pencegah utama terhadap nafsu makan dan dapat membuat mual dan muntah dengan peningkatan kesulitan nafas.

d) Dorong periode istirahat selama 1 jam sebelum dan sesudah makan. Berikan makan porsi kecil tapi sering.

Rasional: Membantu menurunkan kelemahan selama waktu makan dan memberikan kesempatan untuk meningkatkan masukan kalori total.

e) Hindari makanan penghasil gas dan minuman karbonat

Rasional: Dapat menghasilkan distensi abdomen yang mengganggu nafas abdomen dan gerakan diafragma, dan dapat meningkatkan dispnea.

- f) Hindari makanan yang sangat panas atau sangat dingin

Rasional: Suhu ekstrem dapat mencetuskan/meningkatkan spasme batuk.

- g) Timbang berat badan sesuai indikasi

Rasional: Berguna untuk menentukan kebutuhan kalori, menyusun tujuan berat badan, dan evaluasi keadegan rencana nutrisi.

2) Kolaborasi

- a) Konsul ahli gizi/nutrisi pendukung tim untuk memberikan makanan yang mudah cerna, secara nutrisi seimbang, misalnya nutrisi tambahan oral/selang, nutrisi parenteral.

Rasional: Metode makan dan kebutuhan kalori didasarkan pada situasi/kebutuhan individu untuk memberikan nutrisi maksimal dengan upaya minimal pasien/penggunaan energi.

- b) Kaji pemeriksaan laboratorium, misalnya albumin serum, transferin, profil asam amino, besi, pemeriksaan keseimbangan nitrogen, glukosa, pemeriksaan fungsi hati, elektrolit. Berikan vitamin atau mineral/elektrolit sesuai indikasi

Rasional: Mengevaluasi atau mengatasi kekurangan dan mengawasi keefektifan terapi nutrisi.

- c) Berikan oksigen tambahan selama makan sesuai indikasi

Rasional: Menurunkan dispnea dan meningkatkan energi untuk makan meningkatkan masukan.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (Doenges M.E, dkk, 2000).

Tujuan : Pasien menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas

Kriteria hasil : Pasien dapat menunjukkan tidak adanya dispnea dan tanda vital dalam rentang normal

Intervensi:

- 1) Evaluasi respon pasien terhadap aktivitas
- 2) Berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung
- 3) Jelaskan pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan
- 4) Bantu pasien memilih posisi nyaman
- 5) Bantu aktivitas diri yang diperlukan

BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

Rangkaian pengkajian dilakukan selama dua hari yang dilakukan mulai tanggal 22 Februari 2010 jam 10.00 WIB di ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga Demak.

A. Pengkajian

1. Identitas data

Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 Februari 2010 jam 10.00 WIB pada klien dengan inisial Tn. D, berusia 74 tahun, pendidikan terakhir SD, beralamat di Demak, klien beragama islam, klien masuk RSUD Sunan Kalijaga Demak pada tanggal 18 Februari 2010 dengan nomor CM 151446. Orang yang bertanggung jawab pada klien adalah Ny. D merupakan istri klien, pekerjaan wiraswasta, Ny. D beragama islam dan beralamat Demak.

2. Keluhan utama

Klien mengatakan masih sesak.

3. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan sudah sering mengalami sesak nafas tetapi tiba-tiba muncul sesak yang sakit sekali satu minggu yang lalu dan akhirnya dibawa ke RSUD Sunan Kalijaga Demak. Klien juga mengatakan kejadiannya mendadak berulang tetapi baru kali ini dibawa ke rumah sakit. Klien mengatakan selama diberi pengobatan dari dokter terdekat perkembangannya membaik.

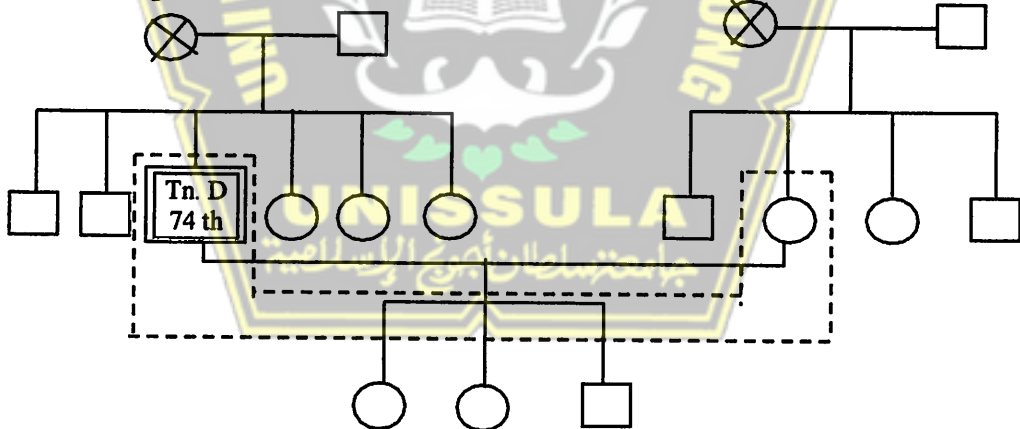
4. Riwayat masa lampau

Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit apapun, klien juga mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap apapun (makanan/debu), tetapi klien mengatakan mempunyai kebiasaan merokok.

5. Riwayat keluarga

Kedua orang tua klien tidak memiliki penyakit keturunan ataupun riwayat penyakit menular. Klien merupakan ayah dari 3 orang anak dan klien merupakan seorang suami dari satu istri dan merupakan anak ke 3 dari 6 bersaudara. Klien sekarang hanya tinggal dengan istrinya, masing-masing anak klien sudah berumah tangga.

Genogram



Keterangan :

□	: Laki-laki	◻ Tn. D 74 th	: klien
○	: perempuan	—	: menikah
⊗	: meninggal		: mempunyai anak
----	: tinggal serumah		

6. Riwayat sosial

Di dalam keluarga klien merupakan orang yang penyabar, di dalam masyarakat hubungan klien dengan tetangga baik, kebersihan rumah dan lingkungan klien selalu terjaga karena klien selalu membersihkan rumahnya setiap pagi dan sore. Rumah klien juga terdapat jendela dan ventilasi.

7. Keadaan kesehatan saat ini

a. Diagnosa medis

Klien didiagnosa PPOK (penyakit paru obstruksi kronik), tidak ada tindakan operasi pada klien.

b. Obat-obatan

Terapi obat yang diberikan pada klien adalah Ciprofloksasin 2x1 (500 mg), Aspar. K 1x1 (300 mg), Januvia 2x1 (500 mg), Ambroxol 3x1 (30 mg), ISDN 2 mg, Thrombo Aspilet 1x1 (80 mg), Phenadex 3x1 (6,25 mg), cairan infus yang diberikan RL 20 tpm.

c. Tindakan keperawatan

Dan tindakan keperawatan pada klien meliputi monitor TTV, monitor keadaan umum klien, monitor tetesan infus, auskultasi bunyi nafas, kaji frekuensi nafas, kolaborasi pemberian obat, memberi oksigen sesuai advis, kolaborasi dengan ahli gizi, auskultasi bunyi usus.

d. Hasil laboratorium

Hasil laboratorium klien dengan spesimen serum pada tanggal 21 Februari 2010 adalah SGOT 312,8 U/l (L. 37 P. 31); SGPT 305,9 U/l (L. 42 P. 32). Dan hasil laboratorium darah adalah Hemoglobin 13,8 gr/dl (L 13-16; P 12-15); Leukosit 10.400 mms (4-11 ribu/mms); Trombosit 237.000 mms (150-400 ribu/mms).

WBC $10,4 \times 10^3/\mu\text{l}$ (L 3,8-10,6 P 3,6-11,0); RBC $4,66 \times 10^8/\mu\text{l}$ (L 4,4-5,9 P 3,8-5,2); HGB 13,8 g/dl (L 13,2-17,3 P 11,7-15,5); HCT 43,6 % (L 40-52 P 35-47); MCV 93,6 fl (80,0-100,0); MCH 29,6 pg (26,0-34,0); MCHC 31,7 g/dl (32,0-36,0); PLT $237 \times 10^3/\mu\text{l}$ (150-440).

8. Pengkajian pola fungsi menurut Gordon

a. Persepsi kesehatan

Persepsi kesehatan klien bahwa kesehatan itu sangat penting, buktinya setelah mengetahui dirinya sakit langsung berobat ke dokter di daerahnya dan kemudian di rujuk ke RSUD Sunan Kalijaga Demak.

b. Nutrisi/metabolik

Frekuensi makan sebelum sakit 3x1 dengan komposisi nasi, lauk dan sayur, tetapi selama sakit klien makan hanya beberapa sendok \pm 2-3, frekuensi minum klien sebelum sakit 8-10 gelas/hari, jenisnya air putih dan teh, selama sakit minum klien juga 8-10 gelas/hari, nafsu makan klien berkurang karena lidah klien terasa

pahit tetapi tidak ada masalah dalam menelan ataupun pencernaan, berat badan 6 bulan terakhir sebelum sakit 52 kg tetapi setelah sakit berat badan klien turun menjadi 45 kg, tidak ada masalah dengan kulit klien tidak ada lesi, rash, dan warna kulit klien sawo matang.

c. Eliminasi

Sebelum sakit pola eliminasi BAB klien tidak ada gangguan, klien BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feces, selama sakit klien belum bisa BAB 4 hari selama di RS. Klien mengatakan BAK 4-6x/hari warna kuning dan bau khas urin sebelum dan selama sakit.

d. Aktivitas dan latihan

Aktivitas sehari-hari klien hanya mengurus rumah, tidak ada kesulitan makan, mandi, mobilitas dan eliminasi, postur tubuh klien kurus, rentang gerak tidak memerlukan bantuan (mandiri), nafas klien pendek, klien nyeri saat beraktivitas, suara nafas klien wheezing, klien mengatakan batuk dan mengeluarkan sputum berwarna kuning keputihan, klien terpasang alat bantu pernafasan/selang oksigen dengan frekuensi 3 liter, nadi klien 84 x/menit, tekanan darah 120/80 mmHg, RR 36 x/menit, dan suhu klien mencapai 36°C.

e. Tidur/istirahat

Sebelum sakit klien tidur \pm 8 jam sehari, selama sakit pola tidur klien kurang efektif karena sering terbangun, tidur klien hanya malam hari \pm 4-6 jam.

f. Kognitif/persepsi

Respon klien tanggap, respon bicara cepat dan jelas, klien tidak menggunakan alat bantu seperti kaca mata, pendengaran/lensa, klien mampu merawat diri, terkadang klien juga meminta bantuan istri atau anaknya.

g. Persepsi diri/konsep diri

Sebelum sakit klien peka terhadap rangsang, status mood klien baik, klien tanggap dalam menghadapi masalah, klien tidak merasa kesepian karena istri, anak dan saudaranya banyak yang mendampingi, selama sakit klien mengalami perubahan dalam mengatasi masalah penyakitnya, klien menjadi tidak efektif dan status mood klien kurang baik.

h. Peran/hubungan

Sejauh ini interaksi antar anggota keluarga berjalan harmonis, hubungan interpersonal tidak berpengaruh dari peran klien sebagai suami dan ayah.

i. Seksualitas

Klien adalah seorang ayah dari 3 orang anak dan seorang kakek mempunyai beberapa cucu, karena sudah tua pemahaman klien tentang fungsi seksual klien tidak mengerti.

j. Koping/toleransi stres

Sebelum sakit klien jika menanggapi masalahnya dengan menceritakan kepada keluarganya terutama istri klien untuk

mendapatkan solusi dari permasalahannya, selama sakit klien menanggapi masalah penyakitnya dengan mendapatkan saran/masukan dari keluarga maupun perawat.

k. Nilai/kepercayaan/spiritual

Sebelum dirawat di RS klien dalam beribadah rajin, sumber kepercayaan klien adalah Allah SWT, klien yakin dengan berdoa dan berusaha berobat, Allah akan memberi kesembuhan atas penyakitnya.

9. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien composmentis dan postur tubuh kurus. Tekanan darah 120/80 mmHg; nadi 84x/menit; suhu 36°C; RR 36x/menit, TB klien 165 cm dan BB 45 kg. Bentuk kepala mesocephal, warna rambut hitam, bersih tidak rontok dan tidak ada ketombe. Konjungtiva anemis, fungsi penglihatan baik. Hidung tampak bersih, bentuk simetris, tidak ada perdarahan, terpasang kanul oksigen 3 liter. Tidak ada gangguan berbicara, gigi tampak bersih, tidak bau, tidak ada stomatitis, tidak ada kesulitan menelan, mukosa bibir klien kering. Bentuk telinga simetris, klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada serumen, tidak ada infeksi pada telinga klien. Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid. Pemeriksaan jantung klien inspeksi ictus cordis tidak terlihat, palpasi ictus cordis teraba di intracosta (ics) ke 5, perkusi pekak, auskultasi bunyi jantung regular. Pemeriksaan paru-paru klien inspeksi ekspirasi lebih panjang dari pada inspirasi, terlihat retraksi otot-otot dinding dada, palpasi terdapat nyeri tekan,

perkusi sonor, auskultasi suara nafas wheezing. Pemeriksaan abdomen inspeksi datar, auskultasi peristaltik usus 10x/menit, perkusi tympani, palpasi tidak ada nyeri tekan. Genitalia baik, tidak ada masalah. Ekstremitas atas klien terpasang infus pada lengan kanan dengan cairan RL 20 tpm, ekstremitas bawah tidak terpasang alat bantu gerak, klien bisa bergerak bebas. Kulit klien tampak bersih, warna kulit klien sawo matang, turgor normal dan tidak ada lesi.

10. Pemeriksaan penunjang

Hasil laboratorium klien dengan spesimen serum pada tanggal 21 Februari 2010 adalah SGOT 312,8 U/l (L. 37 P. 31); SGPT 305,9 U/l (L. 42 P. 32). Dan hasil laboratorium darah adalah Hemoglobin 13,8 gr/dl (L 13-16; P 12-15); Leukosit 10.400 mms (4-11 ribu/mms); Trombosit 237.000 mms (150-400 ribu/mms).

WBC $10,4 \times 10^3/\mu\text{l}$ (L 3,8-10,6 P 3,6-11,0); RBC $4,66 \times 10^8/\mu\text{l}$ (L 4,4-5,9 P 3,8-5,2); HGB 13,8 g/dl (L 13,2-17,3 P 11,7-15,5); HCT 43,6 % (L 40-52 P 35-47); MCV 93,6 fl (80,0-100,0); MCH 29,6 pg (26,0-34,0); MCHC 31,7 g/dl (32,0-36,0); PLT $237 \times 10^3/\mu\text{l}$ (150-440).

B. Analisa data

Berdasarkan data-data yang diperoleh maka penulis mengelompokkan dan menganalisa data-data tersebut sehingga dapat ditarik masalah keperawatan dan ditemukan kemungkinan penyebabnya. Adapun data-data yang dikelompokkan tersebut adalah sebagai berikut: pada hari senin tanggal 22 Februari 2010 jam 10.00 WIB diperoleh data subjektif klien mengatakan

sesak nafas dan batuk mengeluarkan sputum dan juga diperoleh data objektif suara nafas klien wheezing, klien tampak sulit bernafas/terengah-engah, batuk, sputum kuning keputihan, TTV tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36°C, nadi 84x/menit, RR 36x/menit, dengan begitu didapatkan problem ketidakefektifan bersihan jalan nafas dengan etiologi mukus dalam jumlah berlebihan. Pada hari senin tanggal 22 Februari 2010 jam 12.30 WIB diperoleh data subjektif klien mengatakan sesak nafas, dan diperoleh data objektif klien terpasang kanul oksigen 3ℓ, klien terlihat batuk dan sulit bernafas/terengah-engah, RR 36 x/menit, suara nafas wheezing maka dapat diperoleh problem gangguan pertukaran gas dengan etiologi ketidaksamaan ventilasi perfusi. Pada hari senin tanggal 22 Februari 2010 jam 12.35 WIB diperoleh data subjektif klien mengatakan tidak nafsu makan, dan diperoleh data objektif porsi yang dihabiskan dari RS hanya beberapa sendok, bising usus 10x/menit, dan diperoleh data antropometri BB sebelum sakit 52 kg sekarang turun menjadi 45 kg; biokimia SGOT 312,8; SGPT 305,9; sirkulasi mukosa bibir kering, muka tampak pucat; diet nasi, sayur, lauk pauk (2-3 sendok), problem yang didapatkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan etiologi anorexia.

C. Diagnosa keperawatan

Diagnosa pertama ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan ditandai dengan data subjektif klien mengatakan sesak nafas dan batuk mengeluarkan sputum, data objektif suara nafas klien wheezing, klien tampak sulit bernafas/terengah-engah, batuk,

sputum kuning kputihan, TTV tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36°C, nadi 84x/menit, RR 36x/menit. Diagnosa yang kedua gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidaksamaan ventilasi perfusi ditandai dengan data subjektif klien mengatakan sesak nafas, dan diperoleh data objektif klien terpasang kanul oksigen 3ℓ, klien terlihat batuk, sulit bernafas/terengah-engah, RR 36 x/menit, suara nafas wheezing. Diagnosa ketiga ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia ditandai dengan data subjektif klien mengatakan tidak nafsu makan, dan diperoleh data objektif porsi yang dihabiskan dari RS hanya beberapa sendok, bising usus 10x/menit, dan diperoleh data antonometri BB sebelum sakit 52 kg sekarang turun menjadi 45 kg; biokimia SGOT 312,8; SGPT 305,9; sirkulasi mukosa bibir kering, muka tampak pucat; diet nasi, sayur, lauk pauk (2-3 sendok).

D. Intervensi keperawatan

Pada hari senin tanggal 22 Februari 2010 jam 10.00 WIB dengan diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan, dengan diagnosa tersebut setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, bersihan jalan nafas efektif dengan kriteria hasil data subjektif klien tidak batuk lagi dan data objektif frekuensi irama dan kedalaman pernafasan normal (RR 16-24x/menit), klien dapat mengeluarkan sputum dan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan

adalah ajarkan batuk efektif, auskultasi bunyi nafas, berikan posisi yang nyaman, monitor TTV, kolaborasi pemberian obat dengan dokter.

Pada hari senin tanggal 22 Februari 2010 jam 12.30 WIB dengan diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidaksamaan ventilasi perfusi dengan diagnosa tersebut setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam tidak ada gangguan pertukaran gas dengan kriteria hasil data subjektif klien tidak sesak nafas lagi dan data objektif klien tidak terpasang kanul oksigen, pernafasan klien normal (16-24 x/menit) dan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah ajarkan teknik distraksi relaksasi, berikan oksigen sesuai indikasi, kaji frekuensi kedalaman pernafasan.

Pada hari senin tanggal 22 Februari 2010 jam 11.30 WIB dengan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia, dengan diagnosa tersebut setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam terjadi peningkatan nafsu makan dan berat badan yang stabil, dengan kriteria hasil data subjektif klien mau menghabiskan makanannya dan data objektif BB klien meningkat menjadi 50 kg atau dalam batas normal atau BB stabil, mukosa bibir tidak kering, dan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan auskultasi bunyi usus, berikan porsi makan kecil tapi sering, kaji masukan makanan saat ini, kolaborasi dengan ahli gizi.

E. Implementasi keperawatan

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 22-23 Februari 2010 adalah pada jam 10.00 WIB mengajarkan batuk efektif pada Tn.D, dengan hasil klien batuk mengeluarkan sputum, melakukan auskultasi bunyi nafas dengan hasil terdengar bunyi wheezing, memberikan posisi yang nyaman dengan hasil sesak nafas klien berkurang, klien tampak rileks, memonitori TTV dengan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36°C, nadi 80x/menit, RR 36x/menit. Pada jam 12.00 WIB berkolaborasi dalam pemberian obat Ciprofloksasin 2x1 (500 mg), Januvia 2x1 (500 mg), Ambroxol 3x1 (30 mg), Phenadex 3x1 (6,25 mg).

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidaksamaan ventilasi perfusi

Implementasi yang telah dilakukan pada tanggal 22-23 Februari 2010 adalah pada jam 12.30 WIB mengajarkan Tn.D teknik distraksi relaksasi dengan hasil klien terlihat lebih nyaman, memberikan Tn.D oksigen sesuai indikasi, klien terpasang kanul oksigen 3ℓ, mengkaji frekuensi kedalaman pernafasan Tn.D, klien tampak masih sesak.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia

Implementasi dilakukan tanggal 22-23 Februari 2010 yang dilakukan adalah pada jam 11.30 WIB melakukan auskultasi bunyi usus dengan

hasil bising usus Tn.D 10x/menit, memberikan Tn.D porsi makanan kecil tapi sering dan mengkaji masukan makanan Tn.D saat ini dengan hasil makanan masuk 2-3 sendok, berkolaborasi dengan ahli gizi yang hasilnya klien masih mengatakan tidak nafsu makan.

F. Evaluasi

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan

Catatan perkembangan evaluasi pada hari Selasa tanggal 23 Februari 2010 jam 10.00 WIB di dapatkan data subjektif Tn.D mengatakan batuk sudah berkurang, data objektif klien masih mengeluarkan sputum. Jadi kesimpulannya dari diagnosa pertama ini adalah masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi melakukan auskultasi bunyi nafas, monitor TTV, kolaborasi pemberian obat dengan dokter.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidaksamaan ventilasi perfusi

Catatan perkembangan evaluasi pada hari Selasa tanggal 23 Februari 2010 jam 11.30 WIB di dapatkan data subjektif Tn.D mengatakan sesak nafas berkurang, data objektif masih terdengar suara nafas wheezing. Jadi kesimpulan dari diagnosa ke dua adalah masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi memberikan oksigen sesuai indikasi, mengkaji frekuensi kedalaman pernafasan.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia

Catatan perkembangan evaluasi pada hari selasa tanggal 23 Februari 2010 jam 11.30 WIB di dapatkan data subjektif Tn.D mengatakan nafsu makannya bertambah, data Objektif berat badan Tn.D naik 1 kg. Jadi kesimpulan dari diagnosa ke tiga adalah masalah teratasi sebagian lanjutkan intervensi memberikan porsi makan kecil tapi sering, berkolaborasi dengan ahli gizi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan yang dilakukan pada kasus Tn. D dengan penyakit PPOK di ruang Cempaka RSUD Sunan Kalijaga Demak selama 2 kali 24 jam. Dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan untuk memperoleh data dengan cara alloanamnesa, autoanamnesa dan pemeriksaan fisik. Data yang diperoleh dari hasil pengkajian kemudian disimpulkan atau dianalisis untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Pengkajian pada Tn. D pada tanggal 22 Februari 2010 pada pukul 10.00 WIB di ruang Cempaka RSUD Demak. Sebelum membahas lebih lanjut terlebih dahulu penulis akan membahas pengkajian yang belum penulis cantumkan dalam hasil asuhan keperawatan.

Seharusnya pada identitas data penulis menuliskan alamat klien dengan lengkap. Pada pengkajian riwayat kesehatan seharusnya penulis melakukan pengkajian lebih dalam dengan menanyakan berapa lama klien merokok, untuk mendukung diagnosa yang ada, nyeri saat beraktivitas yang bagaimana, tindakan apa yang dilakukan keluarga pada saat nyeri itu muncul sebelum dibawa ke Rumah Sakit. Pada riwayat sosial seharusnya penulis mengkaji keadaan ventilasi kamar rawat klien. Pada pemeriksaan fisik inspeksi mata penulis melakukan kesalahan dalam mendokumentasikan hasil, seharusnya dari data laboratorium

hemoglobin 13,8 gr/dl inspeksi mata klien tidak menunjukkan anemis. Dan pada pemeriksaan fisik paru yang dilakukan secara palpasi seharusnya penulis melakukan pemeriksaan taktil fremitus untuk mendukung terangkatnya diagnosa yang penulis tetapkan, kemudian pada saat inspeksi paru penulis seharusnya mengkaji sesak klien itu yang bagaimana dan pada palpasi paru seharusnya penulis mengkaji lebih lengkap yaitu terdapat nyeri tekan pada daerah mana, dan pada auskultasi paru seharusnya penulis mendapatkan data adanya ronchi karena penulis mendapatkan data adanya sputum. Pada pemeriksaan fisik jantung penulis seharusnya mengkaji lebih lanjut untuk mendapatkan data *capillary refill time* klien itu bagaimana. Kemudian pada pemeriksaan fisik abdomen secara palpasi penulis melakukan kesalahan pendokumentasian yaitu dari data laboratorium SGOT 312,8 U/l, SGPT 305,9 U/l penulis seharusnya mengkaji lebih lengkap dengan mendapatkan data keadaan hepar klien yang bagaimana.

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 22 Februari 2010 penulis menemukan beberapa data yang menjadi fokus permasalahan yang dialami oleh Tn. D yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan.

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas menurut Nanda (2010) adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas. Dengan batasan karakteristik tidak ada batuk, suara nafas tambahan, perubahan frekuensi nafas, perubahan irama nafas, sianosis, kesulitan berbicara/mengeluarkan

suara, penurunan bunyi nafas, dispnea, sputum dalam jumlah yang berlebihan, batuk yang tidak efektif, ortopnea, gelisah, mata terbuka lebar.

Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan penulis tegakkan karena pada saat pengkajian ditemukan data-data antara lain Tn. D sesak nafas, batuk mengeluarkan sputum, pernafasan 36 x/menit, nadi 84 x/menit, suhu 36°C, tekanan darah 120/80 mmHg, suara nafas wheezing, klien tampak sulit bernafas/ terengah-engah, sputum kuning keputihan.

Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas penulis prioritaskan pada prioritas utama karena menurut Hierarki Maslow oksigen termasuk dalam kebutuhan fisiologis. Sedangkan menurut "Triage Konsep" merupakan kategori immediately dan harus segera ditangani karena dapat mengancam jiwa (Aziz Alimul, 2001). Sistem pernafasan merupakan dasar untuk kehidupan, mempertahankan oksigen untuk metabolisme tubuh dan mengeluarkan karbondioksida yang merupakan sisa metabolisme tubuh. Apabila masalah ini tidak segera diatasi maka kondisi klien akan menjadi lemah dan hal ini akan menyebabkan kondisi tubuh tidak cepat sembuh. Untuk mengatasi diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas penulis menetapkan intervensi yang bertujuan agar bersihan jalan nafas efektif, tidak sesak nafas lagi, frekuensi irama dan kedalaman pernafasan normal 16-24 x/menit.

Adapun intervensinya yaitu dengan mengajarkan batuk efektif untuk mengeluarkan sputum, auskultasi bunyi nafas untuk mengetahui adanya kongesti paru dan terdengar suara krekles di paru kanan, memberikan posisi

yang nyaman untuk membantu melapangkan ekspansi dari paru, memonitor TTV untuk mengetahui perkembangan dari pengobatan, dari frekuensi nafas dan tekanan darah bisa diketahui adanya abnormalitas fungsi pernafasan, kolaborasi pemberian obat Ciprofloksasin 2x1 (500 mg) sebagai antibiotik, Januvia 2x1 (500 mg) sebagai antibiotik, Ambroxsol 3x1 (30 mg) untuk mengencerkan dahak, Phenadex 3x1 (6,25 mg) untuk meredakan batuk, mengeluarkan dahak, melapangkan saluran nafas. Seharusnya penulis juga menuliskan intervensi tentang mengkaji frekuensi dan kedalaman pernafasan, fisioterapi dada, observasi karakteristik batuk. Dari ke-5 intervensi yang direncanakan, penulis mengalami hambatan karena dalam pemberian obat penulis tidak melakukan pemberian semua obat sendiri.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, hasil evaluasi berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas masalah teratasi sebagian yang ditandai dengan batuk klien berkurang, masih mengeluarkan sputum. Masalah teratasi sebagian karena untuk menghentikan produksi sekret perlu waktu yang lama. Hal ini disebabkan sekret yang diproduksi sebagai proses peradangan, sehingga untuk mencapai peningkatan jalannya gas (oksigen dan karbondioksida) yang aktual harus menunggu sampai proses peradangan terhenti/sembuh.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidaksamaan ventilasi perfusi.

Gangguan pertukaran gas menurut Nanda (2010) adalah kelebihan atau defisit pada oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolar-kapiler. Dengan batasan karakteristik gas darah arteri abnormal, pH arteri abnormal, pernafasan abnormal (misalnya kecepatan, irama, kedalaman), warna kulit abnormal (misalnya pucat, kehitaman), konfusi, sianosis (pada neonatus saja), penurunan karbondioksida, diaforesis, dispnea, sakit kepala saat bangun, hiperkapnia, hipoksemia, hipoksia, iritabilitas, nafas cuping hidung, gelisah, somnolen, takikardia, gangguan penglihatan.

Masalah dari gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidaksamaan ventilasi perfusi. Setelah penulis kaji lebih lanjut diagnosa yang tepat sesuai dengan Nanda (2010) adalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan dispnea. Diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan dispnea penulis tegakkan karena pada saat pengkajian ditemukan data-data antara lain Tn. D sesak nafas, terpasang kanul oksigen 3 liter, batuk, sulit bernafas/terengah-engah, RR 36 x/menit, suara nafas wheezing.

Ketidakefektifan pola nafas menurut Nanda (2010) adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat. Dengan batasan karakteristik perubahan kedalaman pernafasan, perubahan ekskursi dada, melakukan posisi tiga titik, bradipnea, penurunan tekanan ekspirasi, penurunan tekanan inspirasi, penurunan ventilasi semenit, penurunan kapasitas vital, dispnea, peningkatan diameter anterior-posterior, pernafasan

cuping hidung, ortopnea, fase ekspirasi memanjang, pernafasan bibir mencucu, takipnea, penggunaan otot aksesorius untuk bernafas.

Penulis merumuskan diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan dispnea sebagai diagnosa keperawatan prioritas kedua karena menurut "hierarki maslow" pernafasan atau oksigenasi adalah kebutuhan fisiologis atau kebutuhan dasar manusia dan menurut "triage konsep" merupakan kategori yang harus segera ditangani. Gangguan sesak nafas klien bila tidak segera diatasi bisa mengancam keselamatan jiwa klien. Seperti kita ketahui bahwa jika otak kekurangan oksigen maka bisa mengakibatkan kematian jaringan otak yang sifatnya irreversibel. Selain itu sesak nafas ini merupakan keluhan utama klien dimana sesak nafas ini dapat menunjukkan pertukaran gas klien terganggu atau tidak adekuat.

Untuk mengatasi diagnosa ketidakefektifan pola nafas, penulis menetapkan intervensi yang bertujuan agar pola nafas efektif dengan kriteria hasil klien tidak sesak lagi dan klien tidak terpasang kanul oksigen lagi.

Adapun intervensinya yaitu dengan mengajarkan teknik distraksi relaksasi untuk melancarkan nafas, memberikan oksigen sesuai indikasi yaitu 3 liter/menit untuk membantu meningkatkan konsentrasi oksigen alveolar agar hipoksemia jaringan dapat berkurang, mengkaji frekuensi dan kedalaman pernafasan untuk mengetahui kecepatan dan irama pernafasan klien. Seharusnya penulis juga menuliskan intervensi tentang palpasi fremitus, evaluasi tingkat toleransi aktivitas. Dari ke-3 intervensi yang direncanakan penulis tidak mengalami hambatan karena klien tergolong kooperatif.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, hasil evaluasi berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan masalah ketidakefektifan pola nafas hanya teratasi sebagian yang ditandai dengan klien masih sesak dan masih terdengar suara nafas wheezing. Masalah teratasi sebagian karena untuk melancarkan nafas perlu waktu yang lama, hal ini disebabkan karena waktu pengkajian pernafasan klien mencapai 36 x/menit, sehingga untuk mencapai pernafasan yang aktual harus menunggu frekuensi irama dan kedalaman pernafasan normal.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh menurut Nanda (2010) adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Dengan batasan karakteristik kram abdomen, nyeri abdomen, menghindari makan, berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal, kerapuhan kapiler, diare, kehilangan rambut berlebihan, bising usus hiperaktif, kurang makanan, kurang informasi, kurang minat pada makanan, penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat, kesalahan konsepsi, kesalahan informasi, membran mukosa pucat, ketidakmampuan mencerna makanan, tonus otot menurun, mengeluh gangguan sensasi rasa, mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (*recommended daily allowance*), cepat kenyang setelah mencerna makanan, sariawan rongga mulut, steatorrea, kelemahan otot yang diperlukan untuk menelan atau mengunyah.

Diagnosa ketiga muncul karena pada saat pengkajian ditemukan data-data sebagai berikut: klien mengatakan tidak nafsu makan, porsi yang dihabiskan dari RS hanya beberapa sendok, antropometri berat badan sebelum sakit 52 kg dan selama sakit berat badan 45 kg, biokimia SGOT 312,8; SGPT 305,9 seharusnya data ini tidak dimasukkan untuk menunjang diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh data yang harus dimasukkan adalah protein total, albumin, hemoglobin, tetapi penulis hanya menemukan data hemoglobin 13,8 gr/dl, mukosa bibir kering, muka tampak pucat, klien makan hanya \pm 2-3 sendok.

Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, penulis prioritaskan menjadi prioritas ketiga karena menurut Hirarki Maslow kebutuhan nutrisi termasuk kebutuhan fisiologis. Sedangkan menurut triage konsep kebutuhan nutrisi termasuk dalam kategori **urgensi** merupakan masalah yang tidak dapat ditunda. Masalah ini memerlukan tindakan secara cepat dan tepat. Jika tidak maka kondisi klien akan memburuk bahkan menyebabkan kematian atau kecacatan. Dalam masalah ini perubahan nutrisi yang dialami pada Tn. D merupakan akibat dari tidak nafsu makan sehingga masalah ini akan teratasi apabila Tn. D nafsu makan lagi.

Untuk mengatasi masalah diatas, penulis merencanakan asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif yaitu auskultasi bunyi usus untuk menunjukkan adanya bising usus, berikan porsi makanan sedikit tapi sering untuk mempertahankan asupan makanan klien, kaji masukan makanan saat ini untuk mengontrol asupan makanan klien,

kolaborasi dengan ahli gizi untuk mempertahankan status gizi klien. Seharusnya penulis juga menuliskan intervensi tentang memonitor berat badan dan keadaan umum, berikan pendidikan kesehatan tentang makanan yang bergizi, penulis juga seharusnya menuliskan hasil kolaborasi diit klien dengan ahli gizi.

Dari ke-4 intervensi yang direncanakan, penulis tidak menemukan kesulitan-kesulitan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga yang kooperatif.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh hanya teratasi sebagian karena klien mengatakan sudah mau makan dan nafsu makan bertambah.

Adapun diagnosa keperawatan yang seharusnya penulis cantumkan tetapi tidak penulis cantumkan karena keterbatasan waktu penulis dalam melakukan pengkajian yaitu: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, gangguan pola tidur berhubungan dengan hospitalisasi.

BAB V

PENUTUP

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Tn. D dengan penyakit paru obstruktif kronik di ruang Cempaka RSUD Sunan Kalijaga Demak tanggal 22-23 Februari 2010 sebagai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diambil kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik.

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Penyakit paru obstruktif kronik merupakan penyakit paru kronik yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran nafas yang bersifat progresif nonreversibel dan reversibel parsial. Penyakit ini disebabkan oleh kebiasaan merokok, polusi udara, riwayat infeksi saluran nafas. Tanda-tanda dari penyakit ini yaitu batuk, produksi sputum yang berlebihan dan sesak nafas. Penanganan dari penyakit ini yaitu berhenti merokok harus menjadi prioritas, pemberian terapi oksigen, mempertahankan patensi jalan nafas, pemberian terapi obat.

2. Diagnosa Keperawatan

Selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn. D penulis mendapatkan masalah yang muncul pada Tn. D yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan dispnea. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan

dengan anorexia. Dari ketiga diagnosa tersebut masalah hanya teratasi sebagian.

3. Intervensi

Pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah ajarkan batuk efektif, auskultasi bunyi nafas, berikan posisi yang nyaman, monitor TTV, kolaborasi pemberian obat dengan dokter. Pada diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan dispnea intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah ajarkan teknik distraksi relaksasi, berikan oksigen sesuai indikasi, kaji frekuensi kedalaman pernafasan. Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia intervensi yang dapat dilakukan adalah auskultasi bunyi usus, berikan porsi makan kecil tapi sering, kaji masukan makanan saat ini, kolaborasi dengan ahli gizi.

4. Implementasi

Implementasi tidak dapat dilakukan semua karena penulis mendapatkan hambatan yaitu karena waktu yang tidak mencukupi.

5. Evaluasi

Evaluasi akhir pada diagnosa ini berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebihan masalah teratasi sebagian dengan diperoleh data klien masih batuk dan masih mengeluarkan sputum. Dan pada diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan dispnea masalah teratasi sebagian dengan diperoleh

data klien mengatakan masih sesak nafas dan masih terdengar suara nafas wheezing. Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia masalah teratasi sebagian dengan data diperoleh nafsu makan klien bertambah, berat badan klien mulai naik.

B. Saran

1. Bagi penulis

Hendaknya lebih memahami tentang hubungan terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan terutama pada pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik dan klien dengan masalah kesehatan lain pada umumnya. Mahasiswa hendaknya melakukan pengkajian secara tepat agar dapat menentukan diagnosa yang tepat sehingga tidak muncul komplikasi yang lebih berat.

2. Institusi pendidikan

Institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik, baik di dalam laboratorium maupun lahan praktek.

3. Bagi lahan praktek

Lahan praktek diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik. Dan penulis berharap karya tulis ini mampu sebagai bahan acuan untuk pengelolaan pada saat Rumah Sakit itu mengelola pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik.

4. Bagi masyarakat

Masyarakat diharapkan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit paru obstruksi kronik sehingga dapat melakukan tindakan pencegahan dan merawat apabila ada anggota keluarga yang menderita penyakit paru obstruksi kronik.



DAFTAR PUSTAKA

- Baughman, D.C. (2000). *Keperawatan medikal bedah: buku saku dari Brunner dan Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Davey, P. (2005). *Medicine at a glance (terjemahan)*. Jakarta: Erlangga.
- Doenges, M.E. (2000). *Rencana asuhan keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Herdman, T.H. (2010). *Nursing diagnoses: definitions and classification 2009-2011 (terjemahan)*. Jakarta: EGC.
- Hidayah, A. Aziz, A. (2001). *Pengantar dokumentasi proses keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Kosasih, A. (2008). *Diagnosa dan tatalaksana kegawatdaruratan paru dalam praktek sehari-hari*. Banten: Perhimpunan dokter paru Indonesia.
- Mansjoer, A. (2001). *Kapita selekta kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius FKUI.
- Perhimpunan dokter paru Indonesia. (2001). *PPOK pedoman diagnosis dan penatalaksanaan di Indonesia*. Jakarta: Balai penerbit FKUI.
- Perkumpulan Dokter Paru Indonesia (PDPI) / Gold tahun 2005, PPOK, <http://id.wikipedia.org>, diunduh tanggal 7 April 2011.
- Saputra, L. (2002). *Intisari ilmu penyakit dalam*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Smeltzer, S.C. Bare, B.G. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah I*. Jakarta: EGC.
- Sudoyo, A.W. Setiyohadi, B. Alwi, I dkk. (2007). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta: Fakultas kedokteran universitas Indonesia.
- Tierney, L.M. McPhee, S.J. Papadakis, M.A. (2002). *Diagnosis dan terapi kedokteran penyakit dalam (terjemahan)*. Jakarta: Salemba Medika.