



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) PADA Tn. S DAN
Ny. P DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN
NAPAS DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh
Vinni Ovei Nabella
NIM 152303101131

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) PADA Tn. S DAN
Ny. P DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN
NAPAS DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

*Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh
Vinni Ovei Nabella
NIM 152303101131

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini penulis persembahkan untuk:

1. Bapak Mugihartono dan Ibu Mamik Sumarmi yang telah menjadi motivator, mendoakan, dan memberikan dana untuk terselesaikannya laporan tugas akhir ini.
2. Almamater Fakultas Keperawatan Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

MOTTO

... baik atau buruk dari apa yang dialami manusia, pastilah memiliki pelajaran berharga dan rahasia manis yang dapat diketahui cepat atau lambat, tidak ada yang sia-sia.*)



*) Yusuf, A., et al. (2017). *Kebutuhan Spiritual: Konsep dan Aplikasi Dalam Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Mitra Wacana Media.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Vinni Ovei Nabella

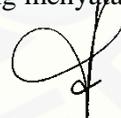
NIM : 152303101131

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Pada Tn. S dan Ny. P Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018” adalah hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar..

Lumajang, 16 Mei 2018

Yang menyatakan,



Vinni Ovei Nabella
NIM 152303101131

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN PENYAKIT PARU
OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK) PADA Tn. S DAN
Ny. P DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN
NAPAS DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh
Vinni Ovei Nabella
NIM 152303101131

Pembimbing:

Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 197205191997032003

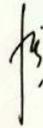
PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Pada Tn. S dan Ny. P Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” karya Vinni Ovei Nabella telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Jumat, 25 Mei 2018

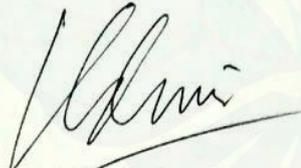
tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



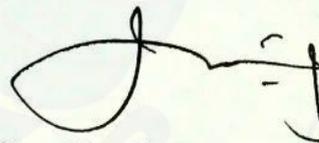
Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 197702072008011019

Anggota I,



Syaifuddin Kurnianto, S.Kep., Ners., M.Kep.
NRP 760017253

Anggota II,



Indriana Noor I., S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 197205191997032003

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi D3 Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP 196506291987032008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) Pada Tn. S dan Ny. P Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018; Vinni Ovei Nabella; 152303101131; 2018; 104 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

PPOK adalah nama yang diberikan untuk gangguan ketika dua penyakit paru terjadi pada waktu bersamaan yaitu bronkitis kronis dan emfisema. Asma kronis yang dikombinasikan dengan emfisema atau bronkitis juga dapat menyebabkan PPOK. Pasien dengan PPOK akan menunjukkan gejala sesak, batuk disertai sputum berlebih, terdapat suara napas tambahan (misalnya ronkhi dan mengi) sehingga muncul masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Metode yang digunakan pada penyusunan tugas akhir ini adalah metode laporan kasus. Tujuan laporan kasus ini adalah untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada Tn. S dan Ny. P dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018. Pengumpulan data dilakukan terhadap dua orang pasien PPOK yang memenuhi kriteria partisipan, dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah manajemen relaksasi (napas dalam) dan batuk efektif yang ditunjang dengan tindakan keperawatan mandiri yaitu memberikan air hangat dengan air jeruk nipis dan seduhan daun mint.

Hasil yang didapatkan penulis setelah melakukan intervensi tersebut adalah sesak hilang dan produksi sputum berkurang pada perawatan hari ke-4, untuk pasien pertama dan pada hari ke-3 untuk pasien kedua. Ini terjadi karena tingkat keparahan penyakit yang dialami pasien pertama lebih besar dari pada pasien kedua. Namun terlepas dari itu tindakan manajemen relaksasi (napas dalam) dan batuk efektif telah menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap penurunan sesak dan produksi sputum pada kedua pasien.

Dari hasil tersebut diharapkan bagi peneliti selanjutnya agar hasil penelitian memuaskan, untuk intervensi pada diagnosa keperawatan prioritas dapat ditambahkan dengan menambahkan waktu dalam mengajari dan melatih pasien teknik batuk efektif dan napas dalam, bisa juga ditambahkan frekuensi dalam melakukan teknik batuk efektif dan napas dalam sehingga pencapaian tujuan menjadi lebih optimal lagi. Bagi keluarga pasien dapat menerapkan teknik batuk efektif jika masalah terjadi berulang. Bagi perawat, diharapkan perawat dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan yaitu dengan mengajarkan teknik relaksasi (nafas dalam) dan batuk efektif untuk menurunkan terjadinya sesak dan mengurangi produksi sputum yang terjadi pada pasien, khususnya pada pasien penyakit paru obstruktif kronis dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

SUMMARY

Nursing Care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) towards Mr. S and Mrs. P with Nursing Problem of Ineffectiveness of Respiratory Clearance in Melati Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018; Vinni Ovei Nabella; 152303101131; 2018; 104 pages; Faculty of Nursing University of Jember.

COPD is the name given to the disorders due to two lung diseases occur at the same time that is chronic bronchitis and emphysema. Chronic asthma combined with emphysema or bronchitis can also cause COPD. Patients with COPD will exhibit symptoms of congestion, cough, and excess sputum, there is an abnormal breath sounds (eg ronchi and wheezing) resulting in nursing problem of ineffectiveness of respiratory clearance.

The methodology used in this final project is the case report. The purpose of this case report is to explore nursing care towards Mr. S and Mrs. P with nursing problems of ineffectiveness of respiratory clearance in Melati Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018. Data collection was conducted on two COPD patients who met the participant criteria, by conducting interview, observation, physical examination, and documentation study. Nursing interventions performed are relaxation management (deep breathing) and effective cough supported by independent nursing action that provides warm water with lime juice and mint leaf steep.

The results obtained after conducting the intervention were short of breath and sputum production decreased on 4th day of care on first patient, and on the third day of care for the second patient. This occurs because the severity of the disease experienced by the first patient is bigger than in the second patient. However, apart from the management of relaxation (deep breathing) and effective cough have shown a significant effect on the decrease of short of breath and sputum production in both patients.

Based on these results, it is expected for the next researcher to conduct a satisfied research results, for the intervention on priority nursing diagnosis can be added by adding time in teaching and training the patients on how to have an effective cough and deep breathing technique, can also be added frequency in performing effective cough technique and deep breathing so that the achievement becomes more optimal. For the patient's family can apply effective cough technique if the problem occurs repeatedly. For nurses are expected to apply nursing actions by teaching relaxation technique (breathing in) and effective cough to reduce the occurrence of short of breath and reduce sputum production that occurs in patients, especially in patients with chronic obstructive pulmonary disease with nursing problem of ineffectiveness of respiratory clearance.

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Pada Tn. S Dan Ny. P Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” dapat terselesaikan dengan baik.

Adapun ucapan terima kasih, penulis sampaikan kepada:

- 1) Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
- 2) Ibu Lantin Sulistyorini, S.Kep., Ners., M.Kes., selaku dekan Fakultas keperawatan Universitas Jember
- 3) Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM, selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.
- 4) Ibu Indriana Noor Istiqomah, S. Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing dalam Laporan Tugas Akhir ini sehingga dapat diselesaikan dengan baik.
- 5) Bapak Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep., dan Bapak Syaifuddin Kurnianto, S.Kep., Ners., M.Kep selaku penguji.
- 6) Semua pihak yang secara langsung dan tidak langsung telah membantu sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat selesai dengan tepat waktu.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang terdapat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu saya mohon kritik dan saran dari pembaca untuk penyempurnaan pembuatan proposal selanjutnya dan saya sampaikan terima kasih.

Lumajang, 16 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL LAPORAN TUGAS AKHIR	i
HALAMAN SAMPUL LAPORAN TUGAS AKHIR	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTO	iv
PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	ix
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Konsep PPOK	4
2.1.1 Definisi	4
2.1.2 Komponen PPOK.....	4
2.1.3 Etiologi PPOK	5
2.1.4 Patofisiologi.....	7
2.1.5 Proses Terjadinya Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas	9
2.1.6 Manifestasi Klinis.	10
2.1.7 Derajat PPOK	11
2.1.8 Tata Laksana Terapi.....	11
2.1.9 Terapi Komplementer.	14
2.1.10 Pemeriksaan Penunjang.....	14
2.1.11 Komplikasi PPOK.....	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	17
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	17
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	23
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	24
2.2.4 Implementasi.....	28
2.2.5 Evaluasi.	28

2.2.6 Diagnosa Keperawatan Lain.....	29
BAB 3 METODE PENULISAN	31
3.1 Desain Penelitian.....	31
3.2 Batasan Istilah.	31
3.3 Partisipan.	31
3.4 Lokasi dan Waktu.....	32
3.5. Pengumpulan Data	32
3.6 Etika Penelitian.....	33
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	35
4.1 Gambar Lokasi Penelitian.....	35
4.2 Hasil dan Pembahasan	35
4.3 Daftar dan Prioritas Diagnosa Keperawatan	63
4.4 Penyusunan Rencana Keperawatan.....	64
4.5 Implementasi.....	68
4.6 Evaluasi.....	77
BAB 5 PENUTUP	80
5.1 Kesimpulan	80
5.2 Saran	81
Daftar Pustaka.....	83

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Intervensi pada masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas	27
4.1 Identitas Partisipan PPOK	36
4.2 Keluhan Utama Partisipan PPOK	37
4.3 Riwayat Penyakit Partisipan PPOK	39
4.4 Pola Persepsi dan Tatalaksana Kesehatan Partisipan PPOK	41
4.5 Pola Nutrisi dan Metabolik Partisipan PPOK.....	42
4.6 Pola Tidur dan Istirahat Partisipan PPOK	42
4.7 Pola Aktivitas dan Istirahat Partisipan PPOK	43
4.8 Pola Interpersonal, Peran, Reproduksi, dan Seksual Partisipan	44
4.9 Pola Penanggulangan Stres Partisipan PPOK	45
4.10 Pola Eliminasi Partisipan PPOK.....	47
4.11 Pola Sensori, Persepsi, Tata Nilai dan Kepercayaan Partisipan	47
4.12 Keadaan Umum dan Tanda Vital Partisipan PPOK.....	50
4.13 Hasil Pemeriksaan Sistem Pernapasan Partisipan PPOK.....	50
4.14 Pemeriksaan Sistem Wicara dan THT Partisipan PPOK	53
4.15 Hasil Pemeriksaan Sistem Pencernaan Partisipan PPOK.....	54
4.16 Hasil Pemeriksaan Sistem Kardiovaskular Partisipan PPOK.....	55
4.17 Hasil Pemeriksaan Fisik Partisipan PPOK	56
4.18 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Partisipan PPOK.....	58
4.19 Pemberian Terapi Pada Partisipan PPOK.....	60
4.20 Analisa Data.....	61
4.21 Daftar dan Prioritas Diagnosa Keperawatan	63
4.22 Penyusunan Rencana Keperawatan.....	64
4.23 Implementasi Keperawatan Pada Pasien 1	68
4.24 Implementasi Keperawatan Pada Pasien 2	72
4.25 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 1	77
4.26 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 2	78

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2. 1 Patofisiologis PPOK	9



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 Informed Consent.....	87
3.2 Jadwal Penyelenggaraan Karya Tulis Ilmiah.....	89
3.3 Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data.....	90
3.4 Surat Ijin Penelitian Bakesbangpol.....	92
3.5 Surat Ijin Penelitian kepada Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang.....	94
3.6 Surat Kepala Ruang Melati.....	95
4.1 Analisa Data Masalah Keperawatan Lain pada pasien 1 dan 2.....	96
4.2 Intervensi Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur pasien 1 dan 2.....	97
4.3 Intervensi Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas pasien 1 dan 2.....	97
4.4 Implementasi Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pasien 1.....	99
4.5 Implementasi Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pasien 2.....	100
4.6 Evaluasi Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pasien 1.....	101
4.7 Evaluasi Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pasien 2.....	101
4.8 Implementasi Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pasien 1.....	102
4.9 Implementasi Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pasien 2.....	103
4.10 Evaluasi Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pasien 1.....	104
4.11 Evaluasi Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pasien 2.....	104

DAFTAR SINGKATAN

1. ABG : *Artery Blood Gas.*
2. ADL : *Activity Daily Living*
3. ATP : *Adenosin Trifosfat*
4. Bakesbangpol : *Badan Kesatuan Bangsa dan Politik*
5. CBC : *Complete Blood Count.*
6. COPD : *Chronic Obstructive Pulmonary Disease.*
7. EKG : *Elektrokardiogram.*
8. EKG : *Electro Kardio Gram*
9. ETCO₂ : *End Tidal CO₂.*
10. FEV : *Forced Expiratory Volume.*
11. FVC : *Forced Vital Capacity.*
12. GOLD : *Global Initiative for Chronic Obstructif Lung Disease*
13. ICS : *Intercosta*
14. Kaprodi : *Kepala Program Studi*
15. MCL : *Mid Clavicula Line*
16. MCP : *Monocyte Chemotactic Peptide.*
17. PPOK : *Penyakit Paru Obstruktif Kronik.*
18. RBBB : *Right Bundle Branch Block*
19. RBC : *Risk Based Capital.*
20. RISKESDAS : *Riset Kesehatan Dasar.*
21. ROS : *Reactive Oxygen Species.*
22. SAR : *Sistem Aktivasi Retikular*
23. TLC : *Thin Layer Chromatography.*
24. TNF : *Tumour Necrosis Factor.*
25. VEP : *Volume Ekspirasi Paksa*
26. WBC : *White Blood Cel.*
27. WHO : *World Health Organization.*

BAB 1. PENDAHULUAN

Pada bab 1 ini penulis akan memaparkan mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan, dan manfaat penulisan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Pada Tn. S dan Ny. P Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

1.1 Latar Belakang

Akhir-akhir ini didapatkan jumlah penderita PPOK di dunia mengalami peningkatan yang cukup signifikan. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) merupakan penyebab kematian ke-3 didunia pada tahun 2012. Diperkirakan 65 juta penduduk dunia menderita PPOK sedang sampai berat. Pada tahun 2012 lebih dari 3 juta orang meninggal karena PPOK, menyumbang 6% dari seluruh penyebab kematian (Widayana, 2016). Di Amerika Serikat data tahun 2007 menunjukkan bahwa prevalensi PPOK sebesar 10,1%. Sedangkan prevalensi PPOK di negara-negara Asia Tenggara diperkirakan 6,3% dengan prevalensi tertinggi terdapat di Vietnam (6,7%) dan China (6,5%) (Oemiati, 2013).

Insiden PPOK semakin meningkat di Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 didapatkan prevalensi PPOK di Indonesia sebanyak 3,7% dengan prevalensi terbanyak yaitu provinsi Nusa Tenggara Timur sebanyak 10% (Supraba, 2016). Jawa Timur masuk dalam urutan ke 10 dengan prevalensi sebesar 3,6% (Trihono, 2013).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan penulis pada tanggal 22 Februari 2017 di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang, didapatkan hasil dari bulan Januari hingga bulan Agustus 2016 terdapat pasien dengan diagnosa PPOK sebanyak 77 pasien dari 336 pasien paru atau sekitar 23% (Data Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2016).

PPOK adalah penyakit yang ditandai oleh keterbatasan jalan napas progresif yang disebabkan oleh reaksi peradangan abnormal. Tercakup di dalamnya penyakit seperti bronkitis kronis dan emfisema. Gejala yang dominan pada PPOK adalah sesak napas yang seringkali dimulai saat aktivitas, batuk, yang mungkin produktif menghasilkan sputum, dan mengi. Gejala umum bersifat progresif dengan sesak napas yang semakin berat dan berkurangnya toleransi olahraga. Biasanya terjadi pada pasien berusia lebih dari 45 tahun. Bronkitis kronis menghasilkan produksi sputum hampir setiap hari selama 3 bulan atau 2 tahun berturut-turut. PPOK memiliki prevalensi lebih dari 2% (Gleadle, 2007). Asma kronis yang dikombinasikan dengan emfisema atau bronkitis juga dapat menyebabkan PPOK (Hurst, 2015). Asma Bronkial adalah suatu gangguan pada saluran Bronkial yang mempunyai ciri bronkospasme periodik terutama pada percabangan trakeobronkial yang dapat diakibatkan oleh berbagai stimulus seperti faktor biokemikal, endokrin, infeksi, dan psikologi (Somantri, 2009).

Faktor penyebab yang mendasari PPOK meliputi komponen-komponen asap rokok, polusi (*indoor, outdoor*, maupun di tempat kerja), genetik (defisiensi *Alfa 1-antitripsin*), dan riwayat infeksi saluran napas berulang yang mengakibatkan terjadinya peningkatan formasi folikel limfoid dan deposisi kolagen dalam dinding luar saluran nafas. Selain itu, terjadi restriksi lumen saluran nafas akibat penebalan mukosa yang mengandung eksudat inflamasi (Khairani, 2013).

Proses inflamasi akan mengaktifkan sel makrofag alveolar, aktivasi sel tersebut akan melepaskan faktor kemotaktik neutrofil seperti *interleukin 8* dan *leukotrien B4*, *tumour necrosis factor* (TNF), *monocyte chemotactic peptide* (MCP)-1 dan *reactive oxygen species* (ROS). Faktor-faktor tersebut akan merangsang neutrofil melepaskan protease yang akan merusak jaringan ikat parenkim paru sehingga timbul kerusakan dinding alveolar (Khairani, 2013). Pelepasan protease juga mengakibatkan terjadinya metaplasia mukosa yang meningkatkan jumlah sel goblet dan membesarnya kelenjar submukosa sehingga terjadi hipersekresi mukus sebagai respons terhadap iritasi kronis saluran napas (PDPI, 2011).

Hipersekresi mukus ini menyebabkan terjadinya ketidakefektifan bersihan jalan nafas, pasien akan mengalami batuk produktif kronik dan sesak napas atau mengi

(Fauzi, 2014). Hipersekreasi mukus ini akan memperparah terjadinya sesak sehingga kondisi pasien semakin lemah. Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut, maka diperlukan tindakan keperawatan pada pasien untuk mengurangi hipersekreasi mukus, antara lain pencegahan aspirasi, latihan batuk efektif, latihan napas abdomen, terapi inhalasi, manajemen asma, pengaturan posisi, pemberian terapi oksigen, fisioterapi dada, dan memberikan pengetahuan atau Health Education pada pasien tentang PPOK (LeMone, 2015). Pemberian cairan kumur salin atau berkumur dengan air garam hangat setiap 2-4 jam juga dapat dilakukan untuk meningkatkan perasaan sehat dan mencegah bau mulut pada pasien, selain itu memberikan air hangat pada pasien dan meningkatkan masukan cairan sesuai toleransi jantung pasien akan membantu menurunkan kekentalan sekret dan mempermudah pengeluaran sekret (Carpenito, 2009).

Berdasarkan latar belakang di atas, didapatkan bahwa masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas mempunyai pengaruh besar terhadap kondisi pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana asuhan keperawatan pasien PPOK pada Tn. S dan Ny. P dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018?”.

1.3 Tujuan

Laporan kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pasien PPOK pada Tn. S dan Ny. P dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018.

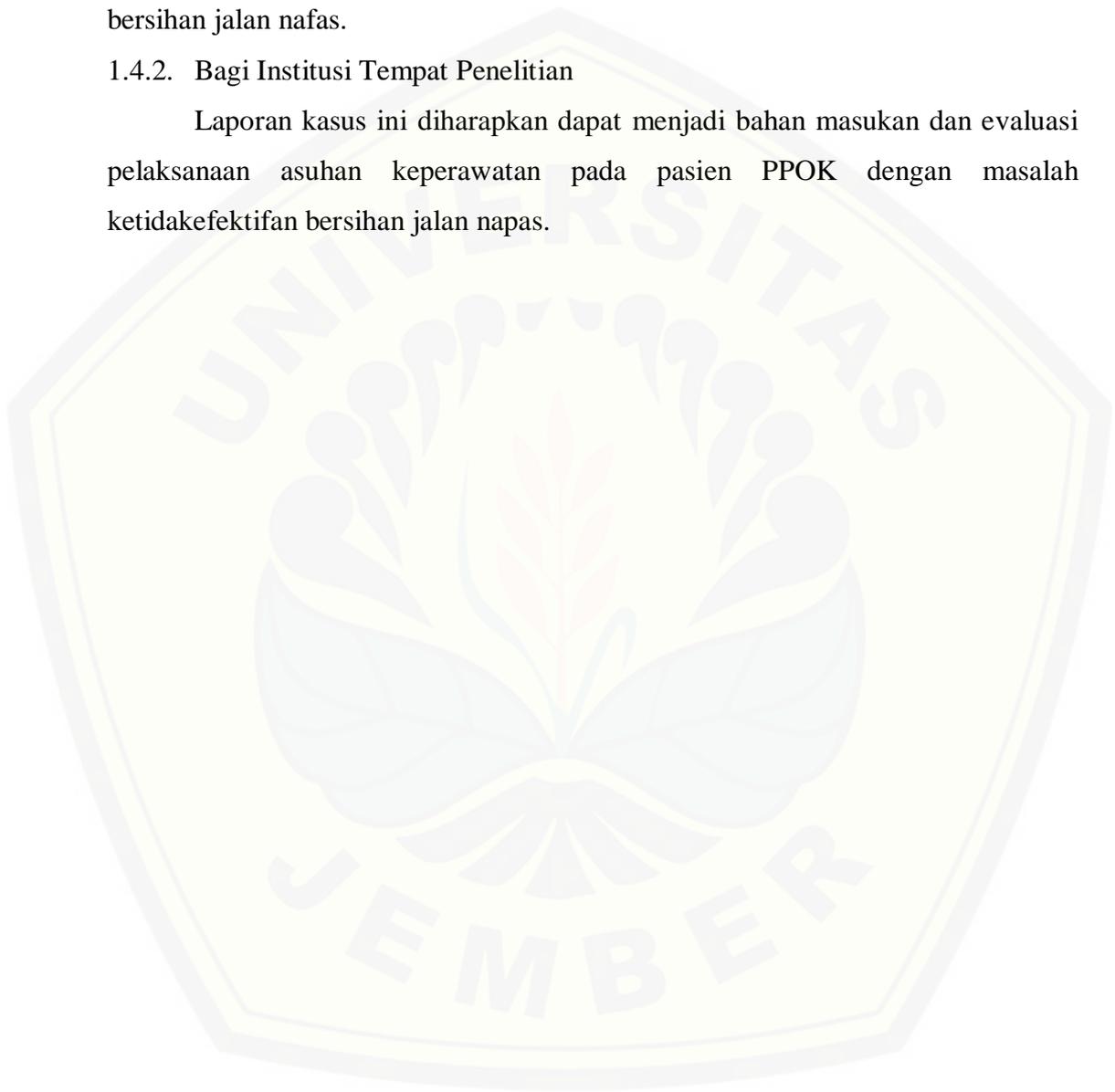
1.4 Manfaat

1.4.1. Bagi Penulis

Memberikan pengalaman laporan kasus mengenai asuhan keperawatan pasien PPOK pada Tn. S dan Ny. P dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

1.4.2. Bagi Institusi Tempat Penelitian

Laporan kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien PPOK dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini penulis akan memaparkan konsep teori dari Penyakit Paru Obstruktif Kronik mulai dari definisi, komponen, etiologi, patofisiologi, proses terjadinya masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas, manifestasi klinis, derajat PPOK, tata laksana terapi, terapi komplementer, pemeriksaan penunjang, dan komplikasi. Penulis juga akan memaparkan mengenai konsep asuhan keperawatan pada pasien PPOK mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

2.1. Konsep PPOK.

2.1.1 Definisi

Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) adalah penyakit paru kronik yang ditandai dengan hambatan aliran udara di saluran nafas yang tidak sepenuhnya reversibel, progresif dan berhubungan dengan respons inflamasi yang abnormal terhadap partikel dan gas berbahaya (Abidin, 2016). Istilah Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) atau *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)* ditujukan untuk mengelompokkan penyakit-penyakit yang mempunyai gejala berupa terhambatnya arus udara pernapasan. Istilah ini mulai dikenal pada permulaan tahun 1960-an. Masalah yang menyebabkan terhambatnya arus udara tersebut bisa terletak pada saluran pernapasan maupun pada parenkim paru. Ketiga penyakit yang membentuk satu kesatuan yang dikenal dengan PPOK adalah: Bronkitis kronis, emfisema paru, dan asma bronkial (Smeltzer, 2013 dalam Dianasari, 2014).

PPOK adalah nama yang diberikan untuk gangguan ketika dua penyakit paru terjadi pada waktu bersamaan yaitu bronkitis kronis dan emfisema. Asma kronis yang dikombinasikan dengan emfisema atau bronkitis juga dapat menyebabkan PPOK (Hurst, 2015).

2.1.2 Komponen PPOK

Adapun penyakit yang membentuk PPOK adalah sebagai berikut:

a. Asma Bronkial.

Asma Bronkial adalah suatu gangguan pada saluran Bronkial yang mempunyai ciri *bronkospasme* periodik terutama pada percabangan *trakeobronkial* yang dapat diakibatkan oleh berbagai stimulus seperti faktor *biokemikal*, *endokrin*, infeksi, dan psikologi (Somantri, 2009).

b. Bronkitis Kronik.

Bronkitis Kronik adalah gangguan sekresi mukus bronkial yang berlebihan. Ditandai dengan batuk produktif yang bertahan selama 3 bulan atau lebih dari 2 tahun berturut-turut (LeMone, 2015). Iritasi inhalasi menyebabkan proses inflamasi kronik dengan vasodilatasi, kongesti dan edema mukosa bronkial. Sel goblet meningkat dalam hal ukuran dan jumlah serta kelenjar mukosa membesar. Mukus yang tebal dan banyak dihasilkan dalam jumlah yang bertambah banyak. Perubahan pada sel skuamosa bronkial mengganggu kemampuan untuk membersihkan mukus (Fishman *et al.*, 2008 dalam LeMone, 2015). Penyempitan jalan nafas dan kelebihan sekresi mengobstruksi jalan nafas. Karena fungsi silier terganggu, mekanisme pertahanan normal tidak mampu membersihkan mukus dan semua patogen yang diinhalasi. Infeksi berulang umum pada bronkitis kronik (LeMone, 2015).

c. Emfisema Paru.

Emfisema didefinisikan sebagai distensi rongga udara di sebelah distal bronkiolus terminal dengan disertai destruksi *septum alveolaris* (Hartono, 2015). Emfisema ditandai dengan kerusakan dinding alveoli, dengan menyebabkan pembesaran ruang udara yang abnormal (LeMone, 2015).

2.1.3 Etiologi PPOK

Faktor-faktor yang menyebabkan penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) antara lain:

a. Paparan dari partikel antara lain :

1) Merokok.

Merokok merupakan penyebab PPOK terbanyak (95% kasus) di negara berkembang. Perokok aktif dapat mengalami hipersekresi mukus dan obstruksi jalan nafas kronik. Dilaporkan ada hubungan antara penurunan volume ekspirasi paksa detik pertama (VEP₁) dengan jumlah, jenis dan lamanya merokok (Oemiati, 2013). Perokok pasif juga menyumbang terhadap symptom PPOK dengan peningkatan kerusakan paru-paru akibat menghisap partikel dan gas-gas berbahaya. Merokok pada saat hamil juga akan meningkatkan risiko terhadap janin dan mempengaruhi pertumbuhan paru-parunya (Oemiati, 2013).

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 (Rahmadi, 2015).

2) Polusi *indoor*.

Memasak dengan bahan biomass dengan ventilasi dapur yang jelek misalnya terpajan asap bahan bakar kayu dan asap, bahan bakar minyak diperkirakan memberi kontribusi sampai 35% terjadinya PPOK. Manusia banyak menghabiskan waktunya pada lingkungan rumah (*indoor*) seperti rumah, tempat kerja, perpustakaan, ruang kelas, mall, dan kendaraan. Polutan *indoor* yang penting antara lain SO₂, NO₂ dan CO yang dihasilkan dari memasak dan kegiatan pemanasan, zat-zat organik yang mudah menguap dari cat, karpet, dan mebelair, bahan percetakan dan alergi dari gas dan hewan peliharaan serta perokok pasif. WHO melaporkan bahwa polusi *indoor* bertanggung jawab terhadap kematian dari 1,6 juta orang setiap tahunnya karena PPOK. Pada studi kasus kontrol yang dilakukan di Bogota, Columbia, pembakaran kayu menyebabkan risiko tinggi terjadinya PPOK (Oemiati, 2013).

3) Polusi *outdoor*.

Polusi udara mempunyai pengaruh buruk pada volume ekspirasi paksa detik pertama (VEP₁), inhalan yang paling kuat menyebabkan PPOK adalah *Cadmium*, *Zinc* dan debu. Bahan asap pembakaran/pabrik/tambang. Beberapa penelitian

menemukan bahwa pajanan kronik di kota dan polusi udara menurunkan laju fungsi pertumbuhan paru-paru pada anak-anak (Oemiati, 2013).

4) Polusi di tempat kerja.

Polusi dari tempat kerja misalnya debu-debu organik (debu sayuran dan bakteri atau racun-racun dari jamur), industri tekstil (debu dari kapas) dan lingkungan industri (pertambangan, industri besi dan baja, industri kayu, pembangunan gedung), bahan kimia pabrik cat, tinta, sebagainya diperkirakan mencapai 19%.

b. Genetik (defisiensi *Alpha 1-antitrypsin*).

Faktor risiko dari genetik memberikan kontribusi 1–3% pada pasien PPOK (Oemiati, 2013). Kekurangan *Alpha 1-antitrypsin* merupakan kekurangan suatu enzim yang normalnya melindungi paru-paru dari kerusakan. Peradangan pada orang yang kekurangan enzim ini dapat terkena emfisema pada usia yang relatif muda, walaupun tidak merokok (Rahmadi, 2015).

c. Riwayat infeksi saluran nafas berulang.

Infeksi saluran nafas akut adalah infeksi akut yang melibatkan organ saluran pernafasan, hidung, sinus, faring, atau laring. Infeksi saluran nafas akut adalah suatu penyakit terbanyak diderita anak-anak. Penyakit saluran pernafasan pada bayi dan anak-anak dapat pula memberi kecacatan sampai pada masa dewasa, dimana ada hubungan dengan terjadinya PPOK (Oemiati, 2013).

d. Usia.

Fungsi paru mengalami kemunduran dengan datangnya usia yang disebabkan elastisitas jaringan paru dan dinding dada makin berkurang. Dalam usia yang lebih lanjut, kekuatan kontraksi otot pernapasan dapat berkurang sehingga sulit bernafas (Dianasari, 2014)

e. Faktor lain.

Adanya keadaan pemicu (tertawa, stress, menangis), olahraga, perubahan suhu dan bau-bau menyengat (Dosen Keperawatan Medikal Bedah Indonesia, 2017). Keadaan ini merupakan pencetus kekambuhan pada pasien asma. Pada laporan “*The Tucson Epidemiological Study*” didapatkan bahwa orang dengan asma 12 kali lebih tinggi risiko terkena PPOK daripada bukan asma meskipun telah berhenti

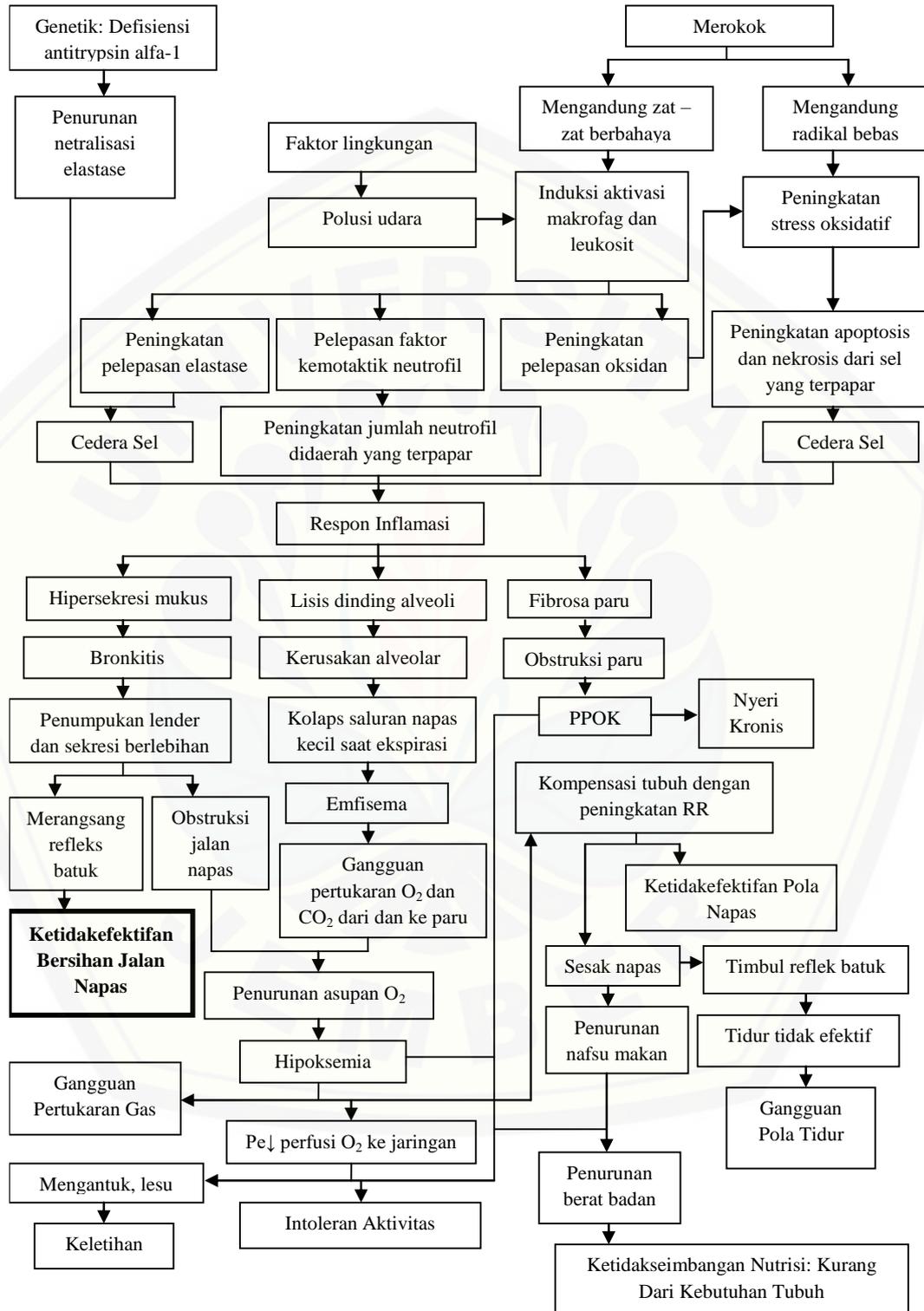
merokok. Penelitian lain 20% dari asma akan berkembang menjadi PPOK dengan ditemukannya obstruksi jalan nafas irreversibel (PDPI, 2011).

2.1.4 Patofisiologi.

Hambatan aliran udara merupakan perubahan fisiologi utama pada PPOK yang diakibatkan oleh adanya perubahan yang khas pada saluran nafas bagian proksimal, perifer, parenkim dan vaskularisasi paru yang dikarenakan adanya suatu inflamasi yang kronik dan perubahan struktural pada paru. Terjadinya peningkatan penebalan pada saluran nafas kecil dengan peningkatan formasi folikel limfoid dan deposisi kolagen dalam dinding luar saluran nafas mengakibatkan restriksi pembukaan jalan nafas. Lumen saluran nafas kecil berkurang akibat penebalan mukosa yang mengandung eksudat inflamasi, yang meningkat sesuai berat sakit (Khairani, 2013).

Dalam keadaan normal radikal bebas dan antioksidan berada dalam keadaan seimbang. Apabila terjadi gangguan keseimbangan maka akan terjadi kerusakan di paru. Radikal bebas mempunyai peranan besar menimbulkan kerusakan sel dan menjadi dasar dari berbagai macam penyakit paru. Pengaruh gas polutan dapat menyebabkan stress oksidan, selanjutnya akan menyebabkan terjadinya peroksidasi lipid. Peroksidasi lipid selanjutnya akan menimbulkan kerusakan sel dan inflamasi. Proses inflamasi akan mengaktifkan sel makrofag alveolar, aktivasi sel tersebut akan menyebabkan dilepaskannya faktor kemotaktik neutrofil seperti *interleukin 8* dan *leukotrien B4*, *tumour necrosis factor* (TNF), *monocyte chemotactic peptide* (MCP)-1 dan *reactive oxygen species* (ROS). Faktor-faktor tersebut akan merangsang neutrofil melepaskan protease yang akan merusak jaringan ikat parenkim paru sehingga timbul kerusakan dinding alveolar dan hipersekresi mukus. Rangsangan sel epitel akan menyebabkan dilepaskannya limfosit CD 8, selanjutnya terjadi kerusakan seperti proses inflamasi. Pada keadaan normal terdapat keseimbangan antara oksidan dan antioksidan. (Khairani, 2013). Penurunan fungsi paru terjadi sekunder setelah perubahan struktur saluran nafas. Kerusakan struktur berupa destruksi alveoli yang menuju ke arah emfisema karena produksi radikal bebas yang berlebihan oleh leukosit dan polusi juga asap rokok (Khairani, 2013).

2.1.5 Proses Terjadinya Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas.



Gambar 2.1 Patofisiologi PPOK (Muttaqin, 2009 dalam Rahayu, 2016)

2.1.6 Manifestasi Klinis.

Gejala dari PPOK adalah seperti susah bernafas, batuk kronis dan terbentuknya sputum kronis, episode yang buruk atau eksaserbasi sering muncul. Salah satu gejala yang paling umum dari PPOK adalah sesak nafas (dyspnea). Orang dengan PPOK umumnya menggambarkan ini sebagai: "Saya merasa kehabisan nafas", atau "Saya tidak bisa mendapatkan cukup udara" (Putra & Artika, 2015). Orang dengan PPOK biasanya pertama sadar mengalami dyspnea pada saat melakukan olahraga berat ketika tuntutan pada paru-paru yang terbesar. Selama bertahun-tahun, dyspnea cenderung untuk bertambah parah secara bertahap sehingga dapat terjadi pada aktivitas yang lebih ringan, aktivitas sehari-hari seperti pekerjaan rumah tangga. Pada tahap lanjutan dari PPOK, dyspnea dapat menjadi begitu buruk yang terjadi selama istirahat dan selalu muncul (Putra & Artika, 2015).

Orang dengan PPOK kadang-kadang mengalami gagal pernafasan. Ketika ini terjadi, sianosis, perubahan warna kebiruan pada bibir yang disebabkan oleh kekurangan oksigen dalam darah, bisa terjadi. Kelebihan karbon dioksida dalam darah dapat menyebabkan sakit kepala, mengantuk atau kedutan (*asterixis*). Salah satu komplikasi dari PPOK parah adalah cor pulmonale, kejang pada jantung karena pekerjaan tambahan yang diperlukan oleh jantung untuk memompa darah melalui paru-paru yang terkena dampak (Putra & Artika, 2015).

Tanda dan gejala penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) adalah sebagai berikut (Douglas, 2004 dalam Dianasari, 2014):

- a. Kelemahan Badan.
- b. Batuk.
- c. Sesak nafas.
- d. Sesak nafas saat aktivitas dan nafas berbunyi.
- e. Mengi atau *wheeze*.
- f. Ekspirasi yang memanjang.
- g. Bentuk dada tong (*Barrel Chest*) pada penyakit lanjut.
- h. Penggunaan otot bantu pernapasan.
- i. Suara nafas melemah.
- j. Kadang ditemukan pernapasan paradoksal.

k. Edema kaki, asites dan jari tabuh.

2.1.7 Derajat PPOK

Klasifikasi derajat PPOK menurut *Global initiative for chronic Obstructif Lung Disease* (GOLD) (2011) dalam Rahmadi (2015).

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.

b. 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.

c. Derajat III (PPOK Berat).

Gejala sesak lebih berat, penurunan aktivitas, rasa lelah dan serangan eksaserbasi semakin sering dan berdampak pada kualitas hidup pasien.

d. Derajat IV (PPOK Sangat Berat).

Gejala di atas ditambah tanda-tanda gagal nafas atau gagal jantung kanan dan ketergantungan oksigen. Pada derajat ini kualitas hidup pasien memburuk dan jika eksaserbasi dapat mengancam jiwa biasanya disertai gagal nafas kronik.

2.1.8 Tata Laksana Terapi

a. Non Farmakologis.

1) Berhenti Merokok

Berhenti merokok tidak hanya mencegah PPOK terjadi, tetapi juga dapat meningkatkan fungsi paru ketika penyakit didiagnosis. (Francis, 2008). Berhenti merokok merupakan satu-satunya intervensi yang paling efektif dalam mengurangi risiko berkembangnya PPOK dan memperlambat progresivitas penyakit. Strategi untuk membantu pasien berhenti merokok adalah 5A (PDPI, 2011):

a) *Ask* (Tanyakan).

Mengidentifikasi semua perokok pada setiap kunjungan.

b) *Advise* (Nasihati).

Dorongan kuat pada semua perokok untuk berhenti merokok.

c) *Assess* (Nilai).

Keinginan untuk usaha berhenti merokok (misal: dalam 30 hari ke depan).

d) *Assist* (Bimbing).

Bantu pasien dengan rencana berhenti merokok, menyediakan konseling praktis, merekomendasikan penggunaan farmakoterapi.

e) *Arrange* (Atur).

Buat jadwal kontak lebih lanjut.

Selain menahan diri dari merokok, paparan ke iritan atau alergen jalan nafas lainnya harus dihindari. Pasien harus tetap di dalam ruangan selama periode polutan udara yang banyak untuk mencegah eksaserbasi penyakit. Sistem penyaring udara atau proses pengaturan suhu dapat berguna (Francis, 2008).

Tindakan higiene paru, termasuk hidrasi, betuk efektif, perkusi, dan drainase postural, digunakan untuk memperbaiki bersihan sekresi jalan nafas. Mempertahankan hidrasi sistemik adekuat diperlukan untuk menjaga sekresi tetap tipis (Francis, 2008).

2) Rehabilitasi PPOK

Tujuan program rehabilitasi untuk meningkatkan toleransi keletihan dan memperbaiki kualitas hidup penderita PPOK. Penderita yang dimasukkan ke dalam program rehabilitasi adalah mereka yang telah mendapatkan pengobatan optimal yang disertai: simptom pernapasan berat, beberapa kali masuk ruang gawat darurat, kualitas hidup yang menurun. Program rehabilitasi terdiri dari 3 komponen yaitu: latihan fisik, psikososial dan latihan pernapasan (PDPI, 2011).

3) Terapi Oksigen.

Pemberian terapi oksigen merupakan hal yang sangat penting untuk mempertahankan oksigenasi seluler dan mencegah kerusakan sel baik di otot maupun organ-organ lainnya.

4) Nutrisi

Malnutrisi sering terjadi pada PPOK, kemungkinan karena bertambahnya kebutuhan energi akibat kerja muskulus respirasi yang meningkat karena hipoksemia kronik dan hiperkapni menyebabkan terjadi hipermetabolisme. Kondisi

malnutrisi akan menambah mortaliti PPOK karena berkorelasi dengan derajat penurunan fungsi paru dan perubahan analisis gas darah (PDPI, 2011)

b. Farmakologis.

Berikut adalah obat-obatan yang sering digunakan untuk penatalaksanaan PPOK sebagaimana tercantum dalam PDPI (2011):

1) Bronkodilator

Diberikan secara tunggal atau kombinasi dari ketiga jenis bronkodilator dan disesuaikan dengan klasifikasi derajat berat penyakit. Pemilihan bentuk obat diutamakan inhalasi, nebuliser tidak dianjurkan pada penggunaan jangka panjang. Pada derajat berat diutamakan pemberian obat lepas lambat (*slow release*) atau obat berefek panjang (*long acting*).

Macam-macam bronkodilator :

a) Golongan antikolinergik

Digunakan pada derajat ringan sampai berat, disamping sebagai bronkodilator juga mengurangi sekresi lendir.

b) Golongan agonis β -2

Bentuk inhaler digunakan untuk mengatasi sesak, peningkatan jumlah penggunaan dapat sebagai monitor timbulnya eksaserbasi. Sebagai obat pemeliharaan sebaiknya digunakan bentuk tablet yang berefek panjang. Bentuk nebuliser dapat digunakan untuk mengatasi eksaserbasi akut, tidak dianjurkan untuk penggunaan jangka panjang. Bentuk injeksi subkutan atau drip untuk mengatasi eksaserbasi berat.

c) Kombinasi antikolinergik dan agonis β -2

Kombinasi kedua golongan obat ini akan memperkuat efek bronkodilatasi, karena keduanya mempunyai tempat kerja yang berbeda. Disamping itu penggunaan obat kombinasi lebih sederhana dan mempermudah penderita.

d) Golongan *xantin*

Dalam bentuk lepas lambat sebagai pengobatan pemeliharaan jangka panjang, terutama pada derajat sedang dan berat. Bentuk tablet biasa atau puyer untuk mengatasi sesak (pelega nafas), bentuk suntikan bolus atau drip untuk mengatasi eksaserbasi akut.

c. Pembedahan

Ketika terapi medis tidak lagi efektif, transplantasi paru dapat menjadi pilihan. Baik transplantasi tunggal maupun bilateral telah dilakukan dengan berhasil, dengan angka kesintasan 2 tahun sebesar 75%. Pembedahan reduksi paru merupakan intervensi pembedahan eksperimental untuk emfisema difus lanjut dan hiperinflasi paru, membentuknya kembali, dan memperbaiki *elastic recoil*. Sebagai hasilnya, fungsi paru dan toleransi latihan membaik dan dispnea berkurang (Francis, 2008).

2.1.9 Terapi Komplementer.

Terapi komplementer dapat berguna untuk membantu mengelola gejala PPOK. Tindakan diet, seperti meminimalkan asupan produk susu dan garam dapat membantu mengurangi produksi mukosa dan mempertahankan mukus tetap cair. Pastikan untuk merekomendasikan tindakan untuk mengganti protein dan kalsium dalam produk susu untuk membantu mempertahankan keseimbangan nutrisi (Francis, 2008).

Teh herbal dengan *peppermint* dan *yarrow*, *coltsfoot*, atau *comfrey* dapat berfungsi sebagai ekspektoran untuk membantu meredakan kongesti dada. Akupuntur dapat membantu pasien berhenti merokok dan juga telah digunakan untuk menangani asma dan kondisi pernapasan lain. Hipnoterapi digunakan untuk membantu berhenti merokok. Teknik ini juga dapat membantu pasien mengendalikan ansietas dan pola nafas (Francis, 2008).

Pemberian cairan kumur salin atau berkumur dengan air garam hangat setiap 2-4 jam juga dapat dilakukan untuk meningkatkan perasaan sehat dan mencegah bau mulut pada pasien, selain itu memberikan air hangat pada pasien dan meningkatkan masukan cairan sesuai toleransi jantung pasien akan membantu menurunkan kekentalan sekret dan mempermudah pengeluaran sekret (Carpenito, 2009).

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang.

Pemeriksaan penunjang untuk pasien PPOK menurut Francis (2008), yaitu:

a. Pemeriksaan fungsi paru.

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menetapkan diagnosis dan mengevaluasi derajat dan perkembangan PPOK. Hasil yang dihitung untuk setiap orang berdasarkan usia, berat badan, dan jenis kelamin; catat hal ini dan juga semua medikasi terkini pada daftar permintaan. Pada PPOK, kapasitas total paru dan volume residu biasanya meningkat. Volume ekspirasi paksa (*forced expiratory volume*, FEV1) dan kapasitas total paksa (*forced vital capacity*, FVC) menurun akibat penyempitan jalan nafas dan resistensi terhadap aliran udara.

b. Pemindaian ventilasi-perfusi.

Pemindaian ventilasi-perfusi dapat dilakukan untuk menentukan derajat *mismatch* ventilasi/perfusi yaitu derajat jaringan paru yang diventilasikan, tetapi tidak diperfusikan (ruang mati), atau diperfusikan, tetapi diventilasikan secara tidak adekuat (pirau fisiologis). Radioisotop diinjeksikan atau diinhalasi ke area pirau yang diilustrasikan dan tidak ada kapiler.

c. Kadar serum *alfa 1-antitripsin*.

Serum ini dapat dilakukan untuk melakukan skrining mengenai defisiensi, terutama pada pasien yang memiliki riwayat keluarga penyakit obstruksi jalan nafas, pasien yang memiliki awitan dini, wanita, dan tidak merokok. Kadar serum *alfa 1-antitripsin* pada orang dewasa normal memiliki rentang 80 hingga 260 mg/dL. Puasa tidak diperlukan sebelum melakukan pemeriksaan ini.

d. Gas Darah Arteri (ABG).

Gas darah arteri diambil untuk mengevaluasi pertukaran gas, terutama selama eksaserbasi akut PPOK. Pasien yang mengalami emfisema yang sangat nyata sering mengalami hipoksemia ringan dan tegangan karbondioksida normal atau rendah. Alkalosis respiratorik dapat terjadi akibat peningkatan kecepatan pernapasan. Bronkitis kronik yang nyata dan obstruksi jalan nafas dapat menyebabkan hipoksemia dan hiperkapnia yang nyata disertai asidosis respiratorik. Kadar saturasi oksigen rendah akibat hipoksemia nyata.

e. Oksimetri nadi.

Digunakan untuk memonitor kadar saturasi oksigen. Obstruksi jalan nafas nyata dan obstruksi seringkali menyebabkan kadar saturasi oksigen kurang dari

99%. Oksimetri nadi dapat dimonitor secara terus-menerus untuk mengkaji kebutuhan oksigen tambahan.

f. Karbondioksida ekshalasi (*capnogram* atau ETCO_2)

Dapat diukur pada pasien yang diventilasi untuk mengevaluasi ventilasi alveolar. Pembacaan ETCO_2 normal adalah 35 hingga 45 mmHg; kadar tersebut meningkat ketika ventilasi tidak adekuat dan menurun ketika perfusi paru terganggu. Monitor ETCO_2 dapat mengurangi frekuensi determinasi *ABG*.

g. *CBC dengan diferensial WBC*.

Sering kali menunjukkan peningkatan RBC dan hematokrit (eritrositosis) karena hipoksia kronik menstimulasi peningkatan eritropoiesis untuk meningkatkan kapasitas darah membawa oksigen. Polisitemia, peningkatan jumlah semua sel darah, dapat terjadi. Peningkatan hitung WBC imatur yang lebih tinggi sering kali mengindikasikan infeksi bakteri.

h. Sinar X-dada.

Dapat menunjukkan pendataran diafragma akibat hiperinflasi dan bukti infeksi paru jika ada.

2.1.11 Komplikasi PPOK

PPOK merupakan penyakit progresif, fungsi paru memburuk dari waktu ke waktu, bahkan dengan perawatan yang terbaik. Gejala dan perubahan obstruksi saluran nafas harus dipantau untuk menentukan modifikasi terapi dan menentukan adanya komplikasi. Pada penilaian awal saat kunjungan harus mencakup gejala khususnya gejala baru atau perburukan dan pemeriksaan fisik (PDPI, 2011).

Komplikasi pada PPOK merupakan bentuk perjalanan penyakit yang progresif dan tidak sepenuhnya reversibel seperti:

a. Gagal nafas:

1) Gagal nafas kronik.

Hasil analisis gas darah $\text{PO}_2 < 60$ mmHg dan $\text{PCO}_2 > 60$ mmHg, dan pH normal, penatalaksanaan :

a) Jaga keseimbangan PO_2 dan PCO_2 .

b) Bronkodilator adekuat.

c) Terapi oksigen yang adekuat terutama waktu aktivitas atau waktu tidur.

- d) Antioksidan.
- e) Latihan pernapasan dengan *pursed lips breathing*

2) Gagal nafas akut pada gagal nafas kronik.

Gagal nafas akut pada gagal nafas kronik, ditandai oleh :

- a) Sesak nafas dengan atau tanpa sianosis.
 - b) Sputum bertambah dan purulen.
 - c) Demam.
 - d) Kesadaran menurun
- b. Infeksi berulang.

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

c. Kor pulmonal

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

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.

2.2.1 Pengkajian.

a. Anamnesa.

1) Identitas Pasien.

PPOK seringkali timbul pada usia pertengahan atau usia diatas 40 tahun (PDPI, 2011). Hal ini bisa dihubungkan bahwa terdapat penurunan fungsi respirasi pada usia diatas 40 tahun (Oemiati, 2013). PPOK ini sering menyerang laki-laki dari pada perempuan, hal ini dikarenakan adanya faktor merokok dan tempat pekerjaan yang mengandung banyak polusi udara (Yulianawati, 2013). Akan tetapi, dengan meningkatnya jumlah perokok perempuan, prevalensi PPOK pada perempuan meningkat (Harrison, 2015).

2) Keluhan utama

Keluhan yang sering dikeluhkan pada orang yang mengalami Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) adalah sesak, batuk kering atau dengan dahak yang

produktif, nyeri dada, kesulitan bernafas, demam, terjadinya kelemahan (Rohmad Walid, 2009 dalam Rahayu, 2016).

3) Riwayat kesehatan sekarang

Dikembangkan dari keluhan utama, yaitu pasien biasanya mengeluh sesak nafas ketika melakukan aktivitas dan berkurang saat istirahat, tetapi pada keadaan parah sesak tidak berkurang meskipun pada kondisi istirahat. Pasien juga akan mengatakan bahwa sesaknya disertai batuk, baik kering maupun adanya dahak yang produktif dan pasien akan mengalami kelelahan dengan cepat (Rohmad dan walid, 2009 dalam Rahayu, 2016)

4) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Riwayat penyakit yang diderita pasien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau memengaruhi penyakit yang diderita pasien saat ini (Rohman dan walid, 2009 dalam Rahayu, 2016). Riwayat penyakit dahulu merupakan faktor pencetus timbulnya PPOK, seperti: Infeksi saluran nafas, adanya riwayat alergi, lama penggunaan obat-obatan sebelumnya misalnya bronkodilator atau mukolitik, riwayat Asma ataupun ada faktor keturunan terhadap alergi (Wahid & Suprpto, 2013)

5) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit yang menular akibat kontak langsung antara anggota keluarga (Rohman dan Walid, 2009 dalam Rahayu, 2016).

6) Pola Fungsi Kesehatan.

Pola fungsi kesehatan yang dapat dikaji pada pasien dengan PPOK menurut Wahid & Suprpto (2013) adalah sebagai berikut:

a) Pola Nutrisi dan Metabolik.

Gejala: Mual dan muntah, nafsu makan menurun, ketidakmampuan untuk makan, penurunan atau peningkatan berat badan.

Tanda: Turgor kulit >2 detik, edema dependen, berkeringat.

b) Aktivitas/Istirahat.

Gejala: Keletihan, kelelahan, malaise, ketidakmampuan sehari-hari, ketidakmampuan untuk tidur, dispnea pada saat aktivitas atau istirahat.

Tanda: Keletihan, gelisah, insomnia, kelemahan umum/kehilangan massa otot.

c) Sirkulasi.

Gejala: pembengkakan pada ekstremitas bawah.

Tanda: Peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi jantung/takikardi berat, distensi vena leher, edema dependent, bunyi jantung redup, warna kulit/membran mukosa normal/cyanosis, pucat, dapat menunjukkan anemia.

d) Integritas Ego.

Gejala: peningkatan faktor resiko, dan perubahan pola hidup.

Tanda: Ansietas, ketakutan, peka rangsangan.

e) Hygiene.

Gejala: Penurunan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hygiene.

Tanda: Kebersihan buruk, bau badan.

f) Pernapasan.

Gejala: Batuk menetap dengan atau tanpa produksi sputum selama minimum 3 bulan berturut-turut tiap tahun sedikitnya 2 tahun, episode batuk hilang timbul.

Tanda: pernapasan bisa cepat, penggunaan otot bantu pernapasan, bentuk dada barel chest atau normo chest, gerakan diafragma minimal, bunyi nafas ronchi, perkusi hypersonan pada area paru, warna pucat dengan sianosis bibir dan kuku, abu-abu keseluruhan.

g) Keamanan.

Gejala: riwayat reaksi alergi terhadap zat/faktor lingkungan, adanya/berulangnya infeksi.

h) Seksualitas.

Gejala: Penurunan libido

i) Interaksi Sosial.

Gejala: hubungan ketergantungan, kegagalan dukungan terhadap pasangan/orang terdekat, ketidakmampuan membaik karena penyakit lama.

Tanda: ketidakmampuan untuk mempertahankan suara karena disstres pernapasan, keterbatasan mobilitas fisik, kelalaian hubungan dengan anggota keluarga lain.

b. Pemeriksaan Fisik.

Pemeriksaan Fisik yang dapat dilakukan pada pasien dengan PPOK menurut Wahid & Suprpto (2013) adalah sebagai berikut:

1) Pernapasan.

a) Inspeksi.

Terlihat adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernafasan serta penggunaan otot bantu nafas. Bentuk dada *barrel chest* (akibat udara yang tertangkap) atau bisa juga *normo chest*, penipisan massa otot, dan pernapasan dengan bibir dirapatkan. Pernapasan abnormal tidak fektif dan penggunaan otot-otot bantu nafas (*sternocleidomastoideus*). Pada tahap lanjut, dispnea terjadi saat aktivitas bahkan pada aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan dan mandi. Pengkajian batuk produktif dengan sputum purulen disertai demam mengindikasikan adanya tanda pertama infeksi pernafasan.

b) Palpasi.

Pada palpasi, ekspansi meningkat dan taktil fremitus biasanya menurun.

c) Perkusi.

Pada perkusi didapatkan suara normal sampai hiper sonor sedangkan diafragma menurun.

d) Auskultasi.

Sering didapatkan adanya bunyi nafas ronchi dan wheezing sesuai tingkat beratnya obstruktif pada bronkiolus. Pada pengkajian lain, didapatkan kadar oksigen yang rendah (hipoksemia) dan kadar karbondioksida yang tinggi (hiperkapnea) terjadi pada tahap lanjut penyakit. Pada waktunya, bahkan gerakan ringan sekalipun seperti membungkuk untuk mengikat tali sepatu, mengakibatkan dispnea dan kelelahan (*dispnea eksersorial*). Paru yang mengalami emfisematosa tidak berkontraksi saat ekspirasi dan bronkiolus tidak dikosongkan secara efektif dari sekresi yang dihasilkannya. Pasien rentan

terhadap reaksi inflamasi dan infeksi akibat pengumpulan sekresi ini. Setelah infeksi terjadi, pasien mengalami mengi yang berkepanjangan saat ekspirasi.

2) Kardiovaskuler.

Sering didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum. Denyut nadi takikardi. Tekanan darah biasanya normal. Batas jantung tidak mengalami pergeseran. Vena jugularis mungkin mengalami distensi selama ekspirasi. Kepala dan wajah jarang dilihat adanya sianosis.

a) Persyarafan.

Kesadaran biasanya *compos mentis* apabila tidak ada komplikasi penyakit yang serius.

b) Perkemihan.

Produksi urin biasanya dalam batas normal dan tidak ada keluhan pada sistem perkemihan. Namun perawat perlu memonitor adanya oliguria yang merupakan salah satu tanda awal dari syok.

c) Pencernaan.

Pasien biasanya mual, nyeri lambung dan menyebabkan pasien tidak nafsu makan. Kadang disertai penurunan berat badan.

d) Tulang, otot dan integumen.

Karena penggunaan otot bantu nafas yang lama pasien terlihat keletihan, sering didapatkan intoleransi aktivitas dan gangguan pemenuhan ADL (*Activity Day Living*)

e) Psikososial.

Pasien biasanya cemas dengan keadaan sakitnya.

c. Pemeriksaan Penunjang.

Rahayu (2016) menjelaskan, bahwa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis medis PPOK diantaranya adalah sebagai berikut:

1) Pengukuran Fungsi Paru:

a) Kapasitas inspirasi menurun

b) Volume residu : meningkat pada emfisema, bronkhitis, dan asma.

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

2) Analisa Gas Darah:

PaO_2 menurun, PCO_2 meningkat, sering menurun pada asma. Nilai pH normal, asidosis, alkalosis respiratorik ringan sekunder.

3) Pemeriksaan Laboratorium:

- a) Hemoglobin (Hb) dan hematokrit (Ht) meningkat pada polisitemia sekunder.
- b) Jumlah darah merah meningkat
- c) Eosinofil dan total IgE serum meningkat
- d) Pulse oksimetri : SaO_2 oksigenasi menurun.
- e) Elektrolit menurun karena pemakaian obat diuretik

4) Pemeriksaan Sputum:

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

5) Pemeriksaan Radiologi Thoraks Foto (AP dan lateral)

Menunjukkan adanya hiperinflasi paru, pembesaran jantung, dan bendungan area paru. Pada emfisema paru didapatkan diafragma dengan letak yang rendah dan mendatar, ruang udara retrosternal > (foto lateral), jantung tampak bergantung, memanjang dan menyempit.

6) Pemeriksaan Bronkhogram.

Menunjukkan dilatasi bronkus, kolaps bronkhiale pada ekspirasi kuat.

7) EKG.

Kelainan EKG yang paling awal terjadi adalah rotasi *clock wise* jantung. Bila sudah terdapat kor pulmonal, terdapat deviasi aksis ke kanan dan P-pulmonal pada hantaran II, III, dan aVF. Voltase QRS rendah. Di V1 rasio R/S lebih dari 1 dan di V6 V1 rasio R/S kurang dari 1. Sering terdapat RBBB inkomplet (Arif Mutaqin, 2009 dalam Rahayu, 2016).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan.

a. Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas.

1) Definisi.

Ketidakmampuan untuk membersihkan sekret atau obstruksi saluran nafas guna mempertahankan jalan nafas yang bersih (Wilkinson & Ahern, 2015).

2) Batasan Karakteristik.

Batasan karakteristik yang dapat ditemukan pada ketidakefektifan bersihan jalan napas menurut Wilkinson & Ahern (2015), adalah sebagai berikut:

a) Subjektif: Dispnea.

b) Objektif: Suara nafas tambahan (misalnya, *crackle*, ronki, dan mengi), perubahan pada irama dan frekuensi pernapasan, batuk tidak ada atau batuk tidak efektif, sianosis, kesulitan untuk bicara, penurunan suara napas, ortopnea, gelisah, sputum berlebihan, mata terbelalak.

3) Faktor yang Berhubungan:

Faktor yang berhubungan dengan terjadinya ketidakefektifan bersihan jalan napas menurut Wilkinson & Ahern (2015), adalah sebagai berikut:

a) Lingkungan: Merokok, menghirup asap rokok, dan perokok pasif.

b) Obstruksi Jalan Nafas: Spasme jalan nafas, retensi sekret, mukus berlebih, adanya jalan nafas buatan, terdapat benda asing di jalan nafas, sekret di bronki, dan eksudat di alveoli.

c) Fsiologis: Disfungsi neuromuskular, hiperplasia dinding bronkial, PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronis), Infeksi, Asma, Jalan nafas alergik (trauma).

4) Intervensi Keperawatan.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas menurut Wilkinson & Ahern (2015), adalah sebagai berikut:

Hasil NOC:

a) Pencegahan Aspirasi: tindakan personal untuk mencegah masuknya cairan dan partikel padat ke dalam paru.

b) Status pernapasan: Kepatenan Jalan Napas: Jalan napas trakeobronkial terbuka dan bersih untuk pertukaran gas.

c) Status Pernapasan: Ventilasi: pergerakan udara masuk dan keluar paru.

Tujuan/Kriteria Evaluasi:

- a) Menunjukkan pembersihan jalan napas yang efektif, yang dibuktikan oleh Pencegahan Aspirasi; Status Pernapasan; Kepatenan Jalan Napas; dan Status Pernapasan: Ventilasi tidak terganggu.
- b) Menunjukkan Status Pernapasan: Kepatenan Jalan Napas, yang dibuktikan oleh indikator gangguan sebagai berikut (sebutkan 1-5: gangguan ekstrem, berat, sedang, ringan, atau tidak ada gangguan):
 - (1) Kemudahan bernapas.
 - (2) Frekuensi dan irama pernapasan.
 - (3) Pergerakan sputum keluar dari jalan napas.
 - (4) Pergerakan sumbatan keluar dari jalan napas.
- c) Pasien akan:
 - (1) Batuk efektif.
 - (2) Mengeluarkan sekret secara efektif.
 - (3) Mempunyai jalan napas yang paten.
 - (4) Pada pemeriksaan auskultasi, memiliki suara napas yang jernih.
 - (5) Mempunyai irama dan frekuensi pernapasan dalam rentang normal.
 - (6) Mempunyai fungsi paru dalam batas normal.
 - (7) Mampu mendeskripsikan rencana untuk perawatan di rumah.

Intervensi:

- a) Manajemen Jalan Napas: Memfasilitasi kepatenan jalan udara.
- b) Pengisapan Jalan Napas: Mengeluarkan sekret dari jalan napas dengan memasukkan sebuah kateter pengisap ke dalam jalan napas oral dan/atau trakea.
- c) Kewaspadaan Aspirasi: Mencegah atau meminimalkan faktor resiko pada pasien yang beresiko mengalami aspirasi.
- d) Manajemen Asma: mengidentifikasi, menangani, dan mencegah reaksi inflamasi/konstriksi di dalam jalan napas.

- e) Peningkatan Batuk: meningkatkan inhalasi dalam pada pasien yang memiliki riwayat keturunan mengalami tekanan intratorasik dan kompresi parenkim paru yang mendasari untuk pengerahan tenaga dalam menghembuskan udara.
- f) Pengaturan Posisi: mengubah posisi pasien atau bagian tubuh pasien secara sengaja untuk memfasilitasi kesejahteraan fisiologis dan psikologis.
- g) Pemantauan Pernapasan: mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk memastikan kepatenan jalan napas dan pertukaran gas yang adekuat.
- h) Bantuan Ventilasi: Meningkatkan pola napas spontan yang optimal, yang memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbondioksida dalam paru.

Aktivitas Keperawatan:

- a) Pengkajian
 - (1) Kaji keefektifan pemberian oksigen dan terapi lain.
 - (2) Kaji keefektifan obat resep.
 - (3) Kaji keefektifan kecenderungan pada gas darah arteri, jika tersedia.
 - (4) Kaji frekuensi, kedalaman, dan upaya pernapasan.
 - (5) Kaji faktor yang berhubungan, seperti nyeri, batuk tidak efektif, mukus kental, dan kelelahan.
 - (6) Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara napas tambahan.
 - (7) Pengisapan Jalan Napas.
- b) Penyuluhan untuk Pasien/Keluarga.
 - (1) Jelaskan penggunaan yang benar peralatan pendukung (misalnya, oksigen, mesin pengisapan, spirometer, inhaler, dan *intermittent positive pressure breathing*).
 - (2) Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang larangan merokok di dalam ruang perawatan; beri penyuluhan tentang pentingnya berhenti merokok.
 - (3) Instruksikan kepada pasien tentang batuk dan teknik napas dalam untuk memudahkan pengeluaran sekret.
 - (4) Ajarkan pasien untuk membebat/mengganjal luka insisi pada batuk.

- (5) Ajarkan pasien dan keluarga tentang makna perubahan pada sputum, seperti warna, karakter, jumlah, dan bau.
 - (6) Pengisapan Jalan Napas: Instruksikan kepada pasien dan/atau keluarga tentang cara pengisapan jalan napas, jika perlu.
- c) Aktivitas Kolaboratif:
- (1) Rundingkan dengan ahli terapi pernapasan, jika perlu.
 - (2) Konsultasikan dengan dokter tentang kebutuhan untuk perkusi atau peralatan pendukung.
 - (3) Berikan udara/oksigen yang telah dihumidifikasi (dilembabkan) sesuai dengan kebijakan institusi.
 - (4) Lakukan atau bantu dalam terapi aerosol, nebulizer ultrasonik, dan perawatan paru lainnya sesuai dengan kebijakan dan protokol institusi.
 - (5) Beri tahu dokter tentang hasil gas darah yang abnormal.
- d) Aktivitas Lain:
- (1) Anjurkan aktivitas fisik untuk memfasilitasi pengeluaran sekret.
 - (2) Anjurkan penggunaan spirometer insentif.
 - (3) Jika pasien tidak mampu ambulasi, pindahkan pasien dari satu sisi tempat tidur ke sisi tempat tidur yang lain sekurangnya setiap dua jam sekali.
 - (4) Informasikan kepada pasien sebelum memulai prosedur, untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan kontrol diri.
 - (5) Berikan pasien dukungan emosi (misalnya, meyakinkan pasien bahwa batuk tidak akan menyebabkan robekan atau “kerusakan” jahitan)
 - (6) Atur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal rongga dada (misalnya, bagian kepala tempat tidur di tinggikan 45° kecuali ada kontraindikasi.
 - (7) Pertahankan keadekuatan hidrasi untuk mengencerkan sekret.
 - (8) Singkirkan atau tangani faktor penyebab, seperti nyeri, kelelahan, dan sekret yang kental.

Sedangkan intervensi keperawatan lain menurut Doenges (2000) yang dapat dilakukan pada pasien masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Intervensi pada masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas.

Tindakan/Intervensi	Rasional
Mandiri:	
Pertahankan polusi lingkungan minimum, misalnya debu, asap, dan bulu bantal yang berhubungan dengan kondisi individu.	Pencetus tipe reaksi alergi pernapasan yang dapat triger episode akut.
Dorong/bantu latihan napas abdomen atau bibir.	Memberikan pasien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea dan menurunkan jebakan udara.
Observasi karakteristik batuk, misalnya menetap, batuk pendek, basah. Batu tindakan untuk memperbaiki keefektifan upaya batuk.	Batuk dapat menetap tetapi tidak efektif, khususnya batuk bila pasien lansia, sakit akut, atau kelemahan. Batuk paling efektif pada posisi duduk tinggi atau kepala di bawah setelah perkusi dada.
Tingkatkan masukan cairan sampai 3000 ml/hari sesuai toleransi jantung. Memberikan air hangat. Anjurkan masukan cairan antara, sebagai pengganti makanan.	Hidrasi membantu menurunkan kekentalan sekret, mempermudah pengeluaran. Penggunaan cairan hangat dapat menurunkan spasme bronkus. Cairan selama makanan dapat meningkatkan distensi gaster dan tekanan pada diafragma.
Kolaborasi	
Berikan obat sesuai indikasi:	
Bronkodilator, misalnya. B-agonis: epinefrin (Adrenalin, Vaponefrin); albuterol (Proventil, Ventolin); terbutalin (Brethine, Brethaire); isoetarin (Brokosol, Bronkometer);	Merilekskan otot halus dan menurunkan kongesti lokal, menurunkan spasme jalan napas, mengi, dan produksi mukosa. Obat-obat mungkin per oral, injeksi, atau inhalasi.
Xantin, Misalnya aminofilin, oxttrifilin (Choledyl); teofilin (Bronkodyl, Theo-Dur)	Menurunkan edema mukosa dan spasme otot polos dengan peningkatan langsung siklus AMP. Dapat juga menurunkan kelemahan otot/kegagalan pernapasan dengan meningkatkan kontraktilitas diafragma. Meskipun teofilin telah dipilih, penggunaan teofilin mungkin sedikit atau tak menguntungkan pada program obat β -agonis adekuat. Namun, ini dapat mempertahankan bronkodilator sesuai penurunan efek dosis antar β -agonis. Penelitian saat ini menunjukkan teofilin menggunakan korelasi dengan penurunan frekuensi perawatan di rumah sakit.
Kromolin (Intal), flunisolida (Aerobic)	Menurunkan inflamasi jalan napas lokal dan edema dengan menghambat efek histamin dan mediator lain.
Steroid oral, IV, dan inhalasi; metilprednisolon (Medrol); deksametason (Decadral); antihistamin,	Kortikosteroid digunakan mencegah reaksi alergi/menghambat pengeluaran histamin, menurunkan berat dan frekuensi spasme

misalnya beklometason (Venceril, Beclonent); triamsinolon (Azmacort)	jalan napas, inflamasi pernapasan, dan dispnea.
Antimikrobia	Banyak antimikrobia dapat diindikasikan untuk mengontrol infeksi pernapasan/pneumonia. <i>Catatan:</i> meskipun tak ada pneumonia, terapi dapat meningkatkan aliran udara dan memperbaiki hasil.
Analgesik, penekanan batuk/antitusif, misalnya, kodein, produk dextrometorfan (Benylin DM, Comtrex, Novahistine)	Batuk menetap yang melelahkan perlu ditekan untuk menghemat energi dan memungkinkan pasien istirahat.
Berikan humidifikasi tambahan, misalnya, nebulizer ultramik, humidifier aerosol ruangan.	Kelembaban menurunkan kekentalan sekret mempermudah pengeluaran dan dapat membantu menurunkan/mencegah pembentukan mukosa tebal pada bronkus.
Awasi/buat grafik seri GDA, nadi oksimetri, foto dada.	pengawasan kemajuan/kemunduran proses penyakit dan komplikasi.

2.2.4 Implementasi.

Pada tahap implementasi, perawat akan melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah disusun. Sesuai dengan hasil penelitian Nugroho & Kristiani (2011) tentang pengaruh batuk efektif terhadap pengeluaran sekret pada pasien dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas, didapatkan hasil bahwa pasien setelah perlakuan batuk efektif, maka sesak berkurang, suara napas tambahan berkurang, serta pasien dapat mengeluarkan sputum dan pasien merasa lebih kega dan rileks. Tindakan batuk efektif terbukti efektif dan dapat memberikan perubahan pada pengeluaran dahak seseorang, karena dengan batuk efektif pasien bisa mengeluarkan dahak dengan maksimal dan banyak serta dapat membersihkan saluran pernapasan yang sebelumnya terhalang oleh dahak. Kondisi responden saat sebelum dan sesudah perlakuan batuk efektif mengalami perbedaan. Hal tersebut dapat membuktikan bahwa penatalaksanaan nonfarmakologis tindakan batuk efektif dapat membuat bersihan jalan nafas seseorang menjadi lebih baik.

2.2.5 Evaluasi.

Hal yang dievaluasi oleh penulis nantinya yaitu status pernafasan yang terdiri dari (Wilkinson & Ahern, 2015):

- a. Jalan napas pasien paten.

- b. Sekret dapat dikeluarkan secara efektif.
- c. Suara napas tambahan berkurang atau bunyi napas bersih.
- d. Frekuensi pernapasan 16-24 x per menit.
- e. Pasien dapat melakukan batuk efektif.
- f. SpO₂ >95%

2.2.6 Diagnosa Keperawatan Lain

Menurut Halim (2008) dalam Dianasari (2014), selain diagnosa Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas, terdapat beberapa diagnosa yang dapat terjadi pada pasien dengan PPOK, yaitu:

- a) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nafas pendek, mukus, bronkokonstriksi dan iritan jalan nafas ditandai dengan dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, cuping hidung, tekanan inspirasi dan ekspirasi menurun.
- b) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidaksamaan ventilasi perfusi ditandai dengan sianosis, hipoksia, hipoksemia, takikardi, gas darah arteri tidak normal, pH arteri tidak normal.
- c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara supai dengan kebutuhan oksigen ditandai dengan dispnea saat beraktivitas.
- d) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anorexia ditandai dengan tonus otot berkurang, membran mukosa pucat, kurangnya minat terhadap makanan, batuk dan sesak yang berkepanjangan menyebabkan pasien tidak mau makan.
- e) Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan, pengaturan posisi ditandai dengan pasien sulit memulai tidur karena terlalu sering batuk, pasien sering terbangun karena batuk dan sesak.
- f) Kurang perawatan diri berhubungan dengan kelelahan sekunder akibat peningkatan upaya pernapasan dan insufisiensi ventilasi dan oksigenasi ditandai dengan ketidakmampuan ke kamar mandi karena sesak dan batuk.
- g) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, keperluan yang tidak terpenuhi ditandai dengan pasien gelisah, wajah tegang, sering emosi/marah.

- h) Koping individu tidak efektif berhubungan dengan kurang sosialisasi, ansietas, depresi, tingkat aktivitas rendah dan ketidakmampuan untuk bekerja ditandai dengan ketidakadekuatan menyelesaikan masalah.
- i) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi, tidak mengetahui sumber informasi ditandai dengan pasien bingung terhadap penyakitnya.



BAB 3. METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang akan digunakan dalam menyelesaikan laporan kasus terhadap asuhan keperawatan pasien dengan PPOK pada Tn. S dan Ny. P.

3.1. Desain Penelitian.

Desain penelitian dalam laporan tugas akhir ini adalah laporan kasus untuk mengeksplorasi proses asuhan keperawatan pasien PPOK pada Tn. S dan Ny. P dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang tahun 2018.

3.2. Batasan Istilah.

3.2.1. Asuhan Keperawatan.

Asuhan keperawatan pada pasien PPOK adalah melakukan penerapan proses keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi pada Tn. S dan Ny. P yang didiagnosa PPOK dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang tahun 2018.

3.2.2. Pasien PPOK yang mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Pasien PPOK dalam laporan tugas kasus ini adalah dua orang dengan diagnosa PPOK pada rekam medik pasien dan memenuhi dua atau lebih dari batasan karakteristik berikut: pasien mengeluh sesak, batuk disertai sputum berlebih, terdapat suara napas tambahan (misalnya, *rale*, *crackle*, ronki dan mengi), penurunan suara napas, sianosis, kesulitan untuk berbicara, gelisah.

3.3. Partisipan.

Partisipan dalam pelaksanaan laporan kasus ini adalah 2 pasien yang memenuhi kriteria:

- 1) Pasien dengan diagnosa PPOK (bronkitis kronik, emfisema, dan asma bronkial) dalam rekam medik pasien.
- 2) Mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.
- 3) Pasien baru yang menjalani rawat inap kelas 3 di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang.
- 4) Bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*.

3.4. Lokasi dan Waktu

Laporan kasus ini telah dilakukan di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang pada pasien 1 pada tanggal 24 Januari-27 Januari 2018. Sedangkan pasien 2 pada tanggal 5 Februari-7 Februari 2018. Proses pengambilan data kepada responden akan dilakukan selama minimal 3 hari perawatan untuk masing-masing pasien. Bila belum mencapai 3 hari perawatan maka akan dilakukan pengambilan responden yang baru dengan diagnosis medis dan keperawatan yang sama.

3.5. Pengumpulan Data

3.5.1. Proses Pengumpulan Data.

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin dan persetujuan akan melakukan pengambilan data laporan tugas akhir dari Kepala Program Studi (Kaprosdi) kemudian surat dibawa ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) dengan menyerahkan bukti tugas proposal untuk mendapatkan ijin penelitian. Setelah mendapatkan ijin dari Bakesbangpol dengan menyerahkan surat tembusan ke Dinas Kesehatan, Polres, Bappeda, dan Bupati kemudian meminta ijin ke direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Melati, kemudian menyerahkan surat pengambilan data pasien kepada kepala ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang.

3.5.2. Teknik Pengumpulan Data.

a. Wawancara.

Data yang dapat diperoleh dari wawancara adalah: hasil anamnesa berisi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit

dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola-pola kesehatan yang bersumber dari pasien, keluarga, dan perawat lainnya.

b. Observasi.

Observasi pada laporan kasus ini berupa pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh pasien. Data yang penulis dapatkan dari Observasi yaitu kondisi umum pasien, jumlah frekuensi pernapasan, adanya suara napas tambahan, adanya retraksi dinding dada, batuk dan adanya sputum.

c. Studi dokumentasi.

Data yang diperoleh dari studi dokumentasi adalah: hasil dari pemeriksaan laboratorium, catatan rekam medik pasien, lembar advis dokter, terapi yang diperoleh pasien.

3.6. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan dengan manusia, akan segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut:

3.6.1 *Informed Consent* (Persetujuan sebagai responden)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain (Hidayat, 2012).

3.6.2 *Anonymity* (Tanpa Nama)

Penulis tidak mencantumkan nama responden atau hanya menuliskan kode responden pada lembar pengumpulan data dan saat data disajikan. Data tersebut disimpan di file yang khusus dengan kode responden yang sama (Hidayat, 2012).

3.6.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan Data)

Penulisan menjaga kerahasiaan data dan berbagai informasi yang diberikan oleh partisipannya dengan sebaik-baknya, untuk menjamin kerahasiaan data, penulis wajib menyimpan seluruh dokumentasi hasil pengumpulan data berupa data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh penulis (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Penulis menyimpan semua data partisipan dari data pengkajian sampai evaluasi.

3.6.4 *Respect of Autonomy* (Menghormati Otonomi)

Menghormati otonomi responden adalah pernyataan bahwa setiap responden memiliki hak menentukan dengan bebas, secara sukarela, atau tanpa paksaan untuk berpartisipasi dalam pengumpulan data yang dilakukan. Penulis harus memberikan informasi lengkap tentang tujuan, manfaat, dan proses pengumpulan data yang akan dilakukan, sehingga responden memahami seluruh proses pengumpulan data yang akan diikuti (Alfiyanti & Rachmawati, 2014).

Penulis juga harus menghormati setiap keputusan pasien atau keluarga tentang kondisi dan tindakan yang berhak pasien terima, sehingga penulis tidak memaksakan kehendak, tentunya dengan diberikannya pendidikan kesehatan terlebih dahulu kepada keluarga.

BAB 5. PENUTUP

Pada bab 5 ini penulis akan memaparkan kesimpulan dan saran dari laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik Pada Tn. S dan Ny. P Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian pada kedua pasien didapatkan pasien pertama (Tn.S) berjenis kelamin laki-laki, sedangkan pasien kedua berjenis kelamin perempuan. Kedua pasien berada pada usia diatas 40 tahun, yang merupakan karakteristik umum penderita PPOK. Kedua pasien memiliki keluhan utama yang sama yaitu mengeluh batuk berdahak dengan sputum berlebih dan sesak napas. Pasien pertama merupakan perokok berat, sedangkan pasien kedua terpapar asap rokok dari anaknya yang merupakan perokok berat, hal ini merupakan salah satu penyebab dari terjadinya PPOK pada kedua pasien, dimana perokok berat dan perokok pasif menyebabkan terjadinya PPOK pada kedua pasien.

5.1.2 Diagnosa

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua pasien didapatkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas. Batasan karakteristik yang terdapat pada kedua pasien juga sesuai teori penegakan diagnosa keperawatan yang ada pada buku Wilkinson (2011). Selain itu terdapat diagnosa keperawatan lain yang muncul pada kedua pasien yaitu Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik dan juga Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Kedua diagnosa keperawatan tersebut merupakan dua diagnosa keparawatan yang muncul sama pada kedua pasien.

5.1.3 Intervensi

Dalam merencanakan tindakan keperawatan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus, akan tetapi perencanaan yang dilakukan pada kasus tetap disesuaikan dengan kondisi pasien. Intervensi yang difokuskan oleh peneliti pada pasien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu mengajarkan tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik batuk efektif. Selain itu, intervensi yang lain juga tetap dijalankan sesuai kondisi pasien.

5.1.4 Implementasi

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua pasien berbeda, yaitu pada pasien pertama (Tn.S) dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam, sedangkan pada pasien kedua (Ny.P) dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. Hal ini dikarenakan perbedaan dari kondisi yang ada pada kedua pasien. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dan sesuai intervensi yang disusun oleh peneliti sebelumnya. Pada dasarnya tindakan keperawatan yang penting dan harus dilakukan oleh peneliti yaitu mengajarkan tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik batuk efektif yang diimplementasikan oleh peneliti selama tiga hari.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap ini merupakan suatu tahapan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari tindakan yang telah dilakukan. Dalam melakukan evaluasi pada kedua pasien ditetapkan berdasarkan kriteria hasil yang telah disusun pada intervensi oleh peneliti. Pada pasien pertama, untuk masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas dapat teratasi setelah perawatan 4 hari, sedangkan pada pasien kedua untuk masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas teratasi setelah perawatan hari ke 3.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pasien dan Keluarga

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) adalah penyakit yang dapat segera diobati sehingga mencapai kesembuhan yang optimal, tetapi penyakit ini juga dapat menyebabkan kematian karena keterlambatan pengobatan. Dalam hal

ini, pasien dan keluarga diharapkan dapat mengetahui faktor pencetus dan gejala yang timbul, sehingga pasien dan keluarga dapat menghindari faktor pencetus dan dapat segera memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan jika ditemukan atau dirasakan gejala dari penyakit paru obstruktif kronis ini. Penulis juga menyarankan agar pasien dan keluarga dapat menerapkan teknik batuk efektif jika masalah terjadi berulang.

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat dijadikan sebagai data dasar atau referensi untuk perbaikan penelitian di masa yang akan datang. Agar hasil penelitian memuaskan, untuk intervensi pada diagnosa keperawatan prioritas dapat ditambahkan dengan menambahkan waktu dalam mengajari dan melatih pasien teknik batuk efektif dan napas dalam, bisa juga ditambahkan frekuensi dalam melakukan teknik batuk efektif dan napas dalam sehingga pencapaian tujuan menjadi lebih optimal lagi. Bisa juga ditambahkan dengan intervensi yang dimodifikasi atau intervensi keperawatan terbaru dan inovatif sesuai dengan hasil penelitian-penelitian yang dapat menghasilkan hal yang positif dan lebih baik lagi.

5.2.3 Bagi Perawat

Dengan adanya laporan kasus ini diharapkan perawat dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan yaitu dengan mengajarkan teknik relaksasi (napas dalam) dan batuk efektif untuk menurunkan terjadinya sesak dan mengurangi produksi sputum yang terjadi pada pasien, khususnya pada pasien penyakit paru obstruktif kronis dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas, karena berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis pada kedua pasien tindakan relaksasi (napas dalam) dan batuk efektif tersebut dapat mengurangi sesak dan sputum berlebih.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, A. d.2016. Manfaat Rehabilitasi Paru Dalam Meningkatkan Atau Mempertahankan Kapasitas Fungsional Dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik Di RSUP Persahabatan. *Majalah dr. Ade*, 1-13.
- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N.2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Agustian, D. M., et al.2017. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik di Poli Paru BLUD RSUD. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Medisia, Volume 2 Nomor 3*, 24-29.
- Aryanti, A. D.2014. Angka Kejadian Anemia Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. *Naskah Publikasi*, 1-18.
- Baihaqi, A., et al.2017. *Tumbuhan Obat & Satwa Liar: Keanekaragaman Hayati Di Lingkungan Pondok Pesantren Ekologi, Ath-Thaariq, Garut-Jawa Barat*. Jakarta: Biodiversity Warriors Yayasan Keanekaragaman Hayati Indonesia (KEHATI).
- Bakti, A. K.2015. Pengaruh Pursed Lip Breathing Exercise Terhadap Penurunan Tingkat Sesak Napas Pada Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Surakarta. *Naskah Publikasi*, 1-12.
- Carpenito, L. J.2009. *Diagnosis Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinis*. Jakarta: EGC.
- Dianasari, N.2014. Pemberian Tindakan Batuk Efektif Terhadap Pengeluaran Dahak Pada Asuhan Keperawatan Tn. W Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di IGD RSUD DR. Soedirman Mangun Sumarso Wonogiri. 1-60.
- Djojodibroto, D.2009. *Respirologi (respiratory medicine)*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E.2000. *Manual Diagnosis Keperawatan: Rencana, intervensi dan dokumentasi Asuhan Keperawatan Ed: 3*. Jakarta: EGC.
- Fauzi, F. L.2014. Pemberian Terapi Batuk Efektif Dalam Pengeluaran Sputum Pada Asuhan Keperawatan Tn. S Dengan PPOK Di Ruang Bugenvil RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. *Naskah Publikasi Ilmiah*, 1-83.
- Febriani, K.2017. Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Perubahan Derajat Sesak Napas Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di RSUD DR.H.Moch Ansati Saleh Banjarmasin. *Manuskrip*, 1-8.
- Francis, C.2008. *Respiratory Care*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Gleadle, J.2007. *At a Glance Anamnesis Dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Penerbit Erlangga.

- Harrison.2015. *Prinsip-Prinsip Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: EGC.
- Hartono, A.2015. *Harrison's Principles Of Internal Medicine Vol. 3. E/13*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A.2012. *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hurst, M.2015. *Belajar Mudah Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.
- IDI.2014. *Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- KEMENKES.2018. 10 Cara Alami Mengobati Batuk Berdahak. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1-2.
- Khairani, F.2013. Asuhan Keperawatan Pada Pasien PPOK. *Naskah Publikasi*, 7-20.
- Laksana, M. A., et al.2015. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh pada Timbulnya Kejadian Sesak Napas Penderita Asma Bronkial. *Majority, Volume 4. Nomor 9*, 64-68.
- Lauma, S. W., et al.2015. Uji Efektifitas Perasan Air Jeruk Nipis (Citrus aurantifolia S) Terhadap Pertumbuhan Bakteri Staphylococcus aureus Secara In Vitro. *Pharmakon Jurnal Ilmiah Farmasi-UNSRAT Vol. 4 No. 4*, 9-15.
- LeMone, P. d.2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A.2008. *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugrahadi, A. L., et al.2016. Analisis Perbandingan Suara Nafas Normal Dan Penderita Asma Dengan Metode *Fast Fourier Transform*. *Prosiding Seminar Nasional Fisika (E-Journal) SNF2016, Volume V*, 11-14.
- Nugroho, Y. A., & Kristiani, E. E.2011. Batuk Efektif Dalam Pengeluaran Dahak Pada Pasien Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Baptis Kediri. *Jurnal STIKES RS. Baptis Kediri, Vo. 4, No. 2*, 135-142.
- Oemiati, R.2013. Kajian Epideminologis Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). *Media Litbangkes Vol. 23 No.2*, 82-88.
- PDPI.2011. *PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik): Diagnosis dan Penatalaksanaan*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.
- Putra, D. P., et al.2016. Hubungan Berhenti Merokok Dengan Tingkat Keparahan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Berdasarkan GOLD 2013. *Jurnal Respirologi Indonesia, Vol. 36, No. 1*, 20-27.
- Putra, P. W., & Artika, I. D.2015. Diagnosis Dan Tata Laksana Penyakit Paru Obstruktif Kronik. 1-16.
- Rahayu, I. S.2016. Asuhan Keperawatan Pada Tn. U Dengan Gangguan Sistem Pernapasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Ruang Kenanga RSUD Ciamis. *Naskah Publikasi*, 1-47.

- Rahmadi, Y.2015. Asuhan Keperawatan Pada Tn. W Dengan Gangguan Sistem Pernapasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Ruang Anggrek Bougenville RSUD Pandan Arang Boyolali. *Naskah Publikasi*, 1-13.
- Reilly Jr, J. J., et al.2016. *Penyakit Paru Obstruktif Kronis*. In J. Loscalzo, *Horison Pulmonologi dan Penyakit Kritis*. Jakarta: EGC.
- Somantri, I.2009. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Srikandi, N. M. P. R., et al.2013. Profil Pembesaran Tonsil Pada Pasien Tonsilitis Kronis yang Menjalani Tonsilektomi Di RSUP Sanglah Pada Tahun 2013. *Naskah Publikasi*, 1-10.
- Supraba, Y. R.2016. Upaya Meningkatkan Keefektifan Bersihan Jalan Nafas Pada Pasien Penyakit Paru Obstuktif Kronik Di RSUD ds. Soehadi Prijonegoro. *Jurnal Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1-13.
- Suyanti, S.2016. Pengaruh Tripod Position Terhadap Frekuensi Pernapasan Pada Pasien Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di RSUD dr. Soedirman Mangun Sumarso. *Naskah Publikasi*, 1-8.
- Tjahjono, H. D.2011. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nafsu Makan Pada Pasien Dengan Penyakit Pernapasan Obstruksi Kronis Di RSUD DR M. Soewandhi Surabaya. *Jurnal Universitas Indonesia*, 1-103.
- Townsend, M. C.2008. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care*. Philadelphia: F. A. David Company.
- Trihono.2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Wahid, A., & Suprpto, I.2013. *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: TIM.
- Widayana, I. G.2016. Penyakit Paru Obstruktif Kronik Pada Pria Berusia 63 Tahun. *Jurnal Medula Unila. Volume 5. Nomor 1*, 74-80.
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R.2015. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Yatun, R. U., et al.2016. Hubungan Nilai Aliran Puncak Ekspirasi (APE) dengan Kualitas Tidur pada Pasien PPOK di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember (*Correlation between Peak Expiratory Flow Rate (PEFR) and Sleep Quality of Patient with COPD at B Lung Specialist Unit of Lung Hospital Jember*). *E-Jurnal Pustaka Kesehatan, vol. 4 (no. 1)*, 86-94
- Yosmar, R., et al.2015. Kajian Regimen Dosis Penggunaan Obat Asma Pada Pasien Pediatri Rawat Inap Di Bangsal Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 22-29.
- Yulianawati, A.2013. Analisis Praktik Klinik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Pada Pasien Lansia Dengan PPOK Yang Mengalami Masalah Ansietas Di Ruang Gayatri RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. *Jurnal Universtas Indonesia*, 1-74.

Lampiran 3.1

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn. S

Umur : 36 Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Alamat : Dusun Krajan Wonosari, Tetung - Lumajang

Pekerjaan : Buruh Tani

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Interna RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Vinni Ovei Nabella
NIM. 15137

Lumajang, 24 Januari 2013

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(.....)

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mrs. P
Umur : 57 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Dusun Kandang Rejo, Sukoreno Umbulsari - Lumajang
Pekerjaan : Buruh Tani

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Interna RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 5 Februari 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Vinni Ovei Nabella
NIM. 15137

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(.....)

Lampiran 3.2

JADWAL PENYELENGGARAAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2017																TAHUN 2018															
	FEB				MAR-SEPT				OKT				DES				JAN - MARET				APRIL				MEI				JUNI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian	■	■																														
Konfirmasi Penelitian	■	■																														
Konfirmasi Judul			■																													
Penyusunan Proposal Studi Kasus				■	■	■	■	■																								
Sidang Proposal									■																							
Revisi										■	■																					
Pengumpulan Data												■	■	■	■	■	■	■	■	■												
Konsul Penyusunan Data																					■	■	■	■	■	■						
Ujian Sidang																											■					
Revisi																											■	■				
Pengumpulan Studi Kasus																												■				

Lampiran 3.3

SURAT PERMOHONAN IJIN PENGAMBILAN DATA

Lumajang, 29 Desember 2017

Yth. Direktur
Akper Pemkab Lumajang
Di Lumajang

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa Akper Pemkab Lumajang :

Nama : Vini Ovei Nabella
 NPM : 15.137
 Fkdl : D3 Keperawatan
 Tempat/ Tgl lahir : Lumajang/ 30 Maret 1997
 Alamat : Jalan Dewi Sartika RT. 004 RW.003 Kelurahan Citrodiwangsan
 Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang

Telah mendapatkan ijin menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

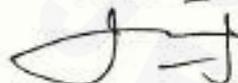
"Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017"

Guna menyelesaikan tugas tersebut, saya perlu melakukan pengambilan data ke Institusi atau Lembaga dan waktu penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagai berikut :

Nama Instansi Atau
 Lembaga Tujuan : RSUD dr.Haryoto Lumajang
 Alamat : Jalan Basuki Rahmat Nomor 5 Kecamatan Lumajang – Kabupaten Lumajang – Provinsi Jawa Timur
 Waktu penelitian : Desember 2017 - Mei 2018

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon perkenan Direktur memberikan surat pengantar dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut. Terlampir berkas persyaratan yakni Proposal Karya Tulis Ilmiah.

Atas terpenuhinya permohonan ini, saya haturkan terimakasih

Mengetahui
Pembimbing,

Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep
 NIP. 19720519 199703 2 003

Hormat Kami
Pemohon,

Vini Ovei Nabella
 NPM. 15.137

Wakil Direktur I,



Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep
 NIP. 19720519 199703 2 003

Koordinator KTI



Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep
 NIP. 19820528 201101 2 013



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
 DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
 JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882262,885920 FAX. (0334) 882262
LUMAJANG

**KEPUTUSAN DIREKTUR AKADEMI KEPERAWATAN
 PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**

Nomor : 188.4/412/427.55.28/2017

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Direktur Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/72/427.35.28/2017 Tanggal 29 Desember 2017, dengan persetujuan pembimbing tanggal 3 Oktober 2017.

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Vinni Ovei Nabella
 Nomor Pokok Mahasiswa : 15.137
 Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 30 Maret 1997
 Prodi : D3 Keperawatan
 Tingkat/ Semester : III/ V (Lima)
 Alamat : Jalan Dewi Sartika RT. 004 RW.003 Kelurahan Citrodiwangsan
 Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang

Dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul yang telah dirumuskan sebagai berikut :

“Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

Dengan pembimbing :

1. Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
 Pada Tanggal : 29 Desember 2017

Direktur,



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
 NIP. 19650629 198703 2 008

Tembusan :

Yth. Bpk/Ibu Pembimbing mohon dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Lampiran 3.4



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
 DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
 JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882262, 885920 FAX (0334) 882262
LUMAJANG

Lumajang, 29 Desember 2017

Kepada:

Nomor : 422/93/427.55.28/2017
 Lampiran : 1(satu) berkas
 Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data
 di RSUD Dr. Haryoto Lumajang

Yth. Kepala Bakesbangpol Pemkab
 Lumajang
 di-
LUMAJANG

Kami beritahukan dengan hormat bahwa mahasiswa Akper Pemkab Lumajang tersebut di bawah ini :

Nama : Vinni Ovei Nabella
 NPM : 15.137
 Prodi : D3 Keperawatan
 Alamat : Jalan Dewi Sartika RT. 004 RW. 003 Kelurahan Citrodiwangsan
 Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang
 Tempat/ Tgl lahir : Lumajang/ 30 Maret 1997

Telah kami ijinkan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah guna melengkapi tugas-tugas studi tingkat Diploma dengan judul Karya Tulis Ilmiah :

“Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

Guna memperoleh data untuk menyelesaikan karya tulis tersebut, mahasiswa yang bersangkutan perlu melakukan pengambilan data dengan tempat dan waktu sebagai berikut:

Nama Instansi : RSUD Dr. Haryoto Lumajang
 tujuan
 Alamat : Jalan Basuki Rahmat Nomor 5Kecamatan Lumajang – Kabupaten Lumajang – Provinsi Jawa Timur
 Waktu : Desember 2017 – Mei 2018

Selanjutnya mohon penyelesaian proses perijinan lebih lanjut sesuai ketentuan. Terlampir berkas persyaratan sebagai bahan pertimbangan lebih lanjut.
 Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Direktur,
 Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
 NIP. 19650629 198703 2 008

Tembusan : Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang (sebagai laporan)
2. Pejabat terkait di lingkungan Akper Pemkab Lumajang
3. Administrasi Akademik
4. Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Anif Rahunan Hakim No. 1 Telp./Fax (0334) 881585 e-mail kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
Nomor 072/075/427.75/2018

- Dasar**
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011.
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang**
- Surat Direktur Akademi Keperawatan Lumajang Nomor 422/413/427.55.28/2017 tanggal 29 Desember 2017, perihal Izin Pengambilan Data atas nama VINNI OVEI NABELLA.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : VINNI OVEI NABELLA
2. Alamat : Jl. Dewi Sartika Rt/Rw. 004/003 Kelurahan Citrodwangsan Kec. Lumajang Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Akademi Keperawatan/15.137
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
2. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
3. Penanggung jawab : Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM
4. Anggota/Peserta : -
5. Waktu Penelitian : 10 Januari 2018 s/d 31 Mei 2018
6. Lokasi Penelitian : RSUD dr. HARYOTO Lumajang

- Dengan ketentuan :**
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan.
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat.
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan.
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 9 Januari 2018
a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Bidang Hubungan Antar Lembaga

Tembusan Yth. :

1. Bpk Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang,
6. Sdr. Direktur Akademi Keperawatan Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.



Lampiran 3.5



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882262, 885920 FAX. (0334) 882262
LUMAJANG

Lumajang, 29 Desember 2017

Kepada:

Nomor : 422/913/427.55.28/2017
Lampiran : 1(satu) berkas
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data
di RSUD Dr. Haryoto Lumajang

Yth. Direktur RSUD Dr. Haryoto
Lumajang
di-
LUMAJANG

Kami beritahukan dengan hormat bahwa mahasiswa Akper Pemkab Lumajang tersebut di bawah ini :

Nama : Vinni Ovei Nabella
NPM : 15.137
Prodi : D3 Keperawatan
Alamat : Jalan Dewi Sartika RT. 004 RW. 003 Kelurahan Citrodwangsan
Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang
Tempat/ Tgl lahir : Lumajang/ 30 Maret 1997

Telah kami ijinakan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah guna melengkapi tugas-tugas studi tingkat Diploma dengan judul Karya Tulis Ilmiah :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017"

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon perkenaan Saudara untuk menerima mahasiswa kami tersebut untuk melakukan penelitian di institusi yang Saudara pimpin dengan waktu pelaksanaan sebagai berikut:

Nama Instansi : RSUD Dr. Haryoto Lumajang
tujuan
Alamat : Jalan Basuki Rahmat Nomor 5 – Kecamatan Lumajang – Kabupaten Lumajang – Provinsi Jawa Timur
Waktu : Desember 2017 – Mei 2018

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami ucapkan terima kasih.



Nuzul Haryati, S.Kep., Ners., MM.
NIP. 19650629 198703 2 008

Tembusan : Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang (sebagai laporan)
2. Pejabat terkait di lingkungan Akper Pemkab Lumajang
3. Administrasi Akademik
4. Arsip

Lampiran 3.6



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO
 JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383
 Email : rsdharyoto@yahoo.co.id
LUMAJANG – 67311

Lumajang, 11 Januari 2018

Nomor : 445/ 65 1427.77/2018
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Pengambilan Data

Yth. Kepada Ra. Ruang Melati
 RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang
 di LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Direktur Akper Pemkab Lumajang tanggal 29 Desember 2017 Nomor : 422/413/427.55.28/2017 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 09 Januari 2018 Nomor : 072/075/427.75/2018 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Akper Pemkab Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : VINNI OVEI NABELLA
 NIM : 15.137

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD dr. HARYOTO
 KABUPATEN LUMAJANG
 Kabag. Renbang
 Ub.

Kasubag. Diklat dan Penelitian



Ns. RUDIAH ANGGRAENI

Penata Tk. I

NIP. 19671209 199203 2 004

Analisis	Pasien 1	Pasien 2
Data	<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidur hanya \pm 2 jam saja pada malam karena sering batuk dan tidak bisa tidur siang karena batuk juga. <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengantuk. - Pasien sering menguap. - Mata pasien tampak merah. - Pasien sering batuk dengan sputum berlebih. - TTV: b. S: 36,8°C c. N: 110 kali / menit d. TD: 100/60 mmHg b. RR: 30 kali / menit 	<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan saat malam hari, pasien kesulitan untuk tidur nyenyak karena batuk. Pasien tidur hanya \pm3 jam saat malam dan tidak tidur saat siang hari. <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mata pasien tampak merah. - Pasien sering menguap. - Pasien tampak sesak dan batuk. - TTV: a. S: 36,8°C b. N: 97 kali / menit c. TD : 130/80 mmHg d. RR : 28 kali / menit
Etiologi	Ketidaknyamanan Fisik.	Ketidaknyamanan Fisik
Problem	Gangguan pola tidur	Gangguan Pola Tidur
Data	<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering lelah karena batuk yang terus menerus serta sesak, sehingga pasien tidak bisa beraktifitas. - Pasien mengatakan sesak semakin parah ketika batuk meningkat dan ketika berjalan ke kamar mandi. <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: c. S: 36,8oC b. N: 110 kali / menit c. TD: 100/60 mmHg d. RR: 30 kali / menit - Pasien tampak lemah, terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler, pasien dapat duduk tetapi dengan posisi tiga titik atau tripod untuk mengurangi sesaknya. 	<p>Data Subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas bertambah jika sering berbicara, dan pasien hanya berbaring dan duduk di tempat tidur. - Pasien mengatakan bahwa sesak dan jika sering berbicara sesak semakin bertambah. <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: a. S: 36,8oC b. N: 97 kali / menit b. TD: 130/80 mmHg c. RR: 28 kali / menit - Keadaan umum pasien masih lemas, terbaring dalam posisi semi fowler.
Etiologi	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
Problem	Intoleransi Aktivitas	Intoleransi Aktivitas

Lampiran 4.1 Analisa Data Masalah Keperawatan Lain pada pasien 1 dan 2

Lampiran 4.2 Intervensi Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur pada pasien 1 dan 2

Pasien 1 Tanggal 24 Januari 2018	Pasien 2 Tanggal 19 Februari 2018
<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pola tidur pasien membaik.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melaporkan dapat istirahat tidur malam dengan nyenyak dan tidak sering terbangun. 2. Wajah tidak pucat dan konjungtiva mata tidak anemis karena kurang tidur malam. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau keadaan umum pasien dan TTV. 2. Kaji Pola Tidur. 3. Kaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur (nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, gangguan eliminasi seperti sering berkemih, gangguan metabolisme, gangguan transportasi, lingkungan yang asing, temperature, aktivitas yang tidak adekuat). 4. Batasi pengunjung selama periode istirahat yang optimal. 5. Kaji tanda-tanda kurang tidur pada pasien (wajah pucat, konjungtiva anemis) 6. Anjurkan pasien untuk tidur siang meskipun sebentar. 	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pola tidur pasien membaik.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melaporkan dapat istirahat tidur malam dengan nyenyak dan tidak sering terbangun. 2. Wajah tidak pucat dan konjungtiva mata tidak anemis karena kurang tidur malam. <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau keadaan umum pasien dan TTV. 2. Kaji Pola Tidur. 3. Kaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur (nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, gangguan eliminasi seperti sering berkemih, gangguan metabolisme, gangguan transportasi, lingkungan yang asing, temperature, aktivitas yang tidak adekuat). 4. Batasi pengunjung selama periode istirahat yang optimal. 5. Kaji tanda-tanda kurang tidur pada pasien (wajah pucat, konjungtiva anemis). 6. Anjurkan pasien untuk tidur siang meskipun sebentar.

Lampiran 4.3 Intervensi Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas pada pasien 1 dan 2

Pasien 1 Tanggal 24 Januari 2018	Pasien 2 Tanggal 19 Februari 2018
<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien tidak mengalami sesak saat beraktivitas.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melaporkan tidak mengalami kelelahan saat beraktivitas. 2. Pasien melaporkan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal. <p>TD: 120/60 mmHg N: 80-100 x/menit S: 36,5-37,5°C RR: 16-24 x/menit</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien tidak mengalami sesak saat beraktivitas.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melaporkan tidak mengalami kelelahan saat beraktivitas. 2. Pasien melaporkan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal. <p>TD: 120/60 mmHg N: 80-100 x/menit S: 36,5-37,5°C RR: 16-24 x/menit</p>

Pasien 1 Tanggal 24 Januari 2018	Pasien 2 Tanggal 19 Februari 2018
Intervensi: 1. Observasi adanya pembatasan pasien dalam melakukan aktivitas. 2. Monitor Tanda-tanda vital pasien. TD, N, S, RR. 3. Bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. 4. Anjurkan keluarga untuk membantu aktivitas dan kebutuhan pasien sehari-hari.	Intervensi: 1. Observasi adanya pembatasan pasien dalam melakukan aktivitas. 2. Monitor Tanda-tanda vital pasien. TD, N, S, RR. 3. Bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. 4. Anjurkan keluarga untuk membantu aktivitas dan kebutuhan pasien sehari-hari.



Lampiran 4.4 Implementasi Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pasien 1

Hari 1 (24 Januari 2018)		Hari 2 (25 Januari 2018)		Hari 3 (26 Januari 2018)	
Jam	Impementasi	Jam	Impementasi	Jam	Impementasi
09.40	1. Memantau keadaan umum pasien dan TTV. Hasil: TD: 110/60 N: 98 x/menit S: 36,5°C RR: 25 x/menit	09.30	1. Memantau keadaan umum pasien dan TTV. Hasil: TD: 100/70 N: 88 x/menit S: 36,7°C RR: 21 x/menit	10.00	1. Memantau keadaan umum pasien dan TTV. Hasil: TD: 110/70 N: 80 x/menit S: 36,7°C RR: 20 x/menit
09.50	2. Mengkaji Pola Tidur. Hasil: Pasien mengatakan tidur hanya ± 2 jam saja pada malam karena sering batuk dan tidak bisa tidur siang karena batuk juga.	09.45	2. Mengkaji Pola Tidur. Hasil: Pasien mengatakan dapat tidur siang ±3 jam, dan dapat tidur malam ±5 jam	10.10	2. Mengkaji Pola Tidur. Hasil: Pasien mengatakan dapat tidur siang ±3 jam, dan dapat tidur malam ±7 jam
10.00	3. Mengkaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur (nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, gangguan eliminasi seperti sering berkemih, gangguan metabolisme, gangguan transportasi, lingkungan yang asing, temperature, aktivitas yang tidak adekuat). Hasil: Pasien mengatakan tidak bisa tidur nyenyak karena sesak napas dan batuk.	09.50	3. Mengkaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur (nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, gangguan eliminasi seperti sering berkemih, gangguan metabolisme, gangguan transportasi, lingkungan yang asing, temperature, aktivitas yang tidak adekuat). Hasil: Pasien mengatakan kadang terbangun karena sesak napas dan batuk.	10.15	3. Mengkaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur (nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, gangguan eliminasi seperti sering berkemih, gangguan metabolisme, gangguan transportasi, lingkungan yang asing, temperature, aktivitas yang tidak adekuat). Hasil: Pasien mengatakan tidak terbangun saat tidur karena sesak dan batuk berkurang.
10.15	4. Membatasi pengunjung selama periode istirahat yang optimal. Hasil: Keluarga pasien mengatakan yang akan menjaga pasien adalah satu orang bergantian.	09.55	4. Mengkaji tanda-tanda kurang tidur pada pasien (wajah pucat, konjungtiva anemis) Hasil: Konjungtiva pasien anemis. Wajah pasien tidak pucat.	10.20	4. Mengkaji tanda-tanda kurang tidur pada pasien (wajah pucat, konjungtiva anemis) Hasil: Konjungtiva pasien tidak anemis. Wajah pasien tidak pucat.
10.20	5. Mengkaji tanda-tanda kurang tidur pada pasien (wajah pucat, konjungtiva anemis) Hasil: Konjungtiva pasien anemis. Wajah pasien pucat.				
10.30	6. Menganjurkan pasien untuk tidur siang. Hasil: Pasien mengatakan akan mencoba tidur siang.				

Lampiran 4.5 Implementasi Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pasien 2

Hari 1 (5 Februari 2018)		Hari 2 (6 Februari 2018)		Hari 3 (7 Februari 2018)	
Jam	Impementasi	Jam	Impementasi	Jam	Impementasi
13.50	1. Memantau keadaan umum pasien dan TTV. Hasil: TD: 130/80 N: 97 x/menit S: 36,8°C RR: 28 x/menit	14.30	1. Memantau keadaan umum pasien dan TTV. Hasil: TD: 140/80 N: 82 x/menit S: 36,5°C RR: 24 x/menit	15.15	1. Memantau keadaan umum pasien dan TTV. Hasil: TD: 110/60 N: 89 x/menit S: 36,6°C RR: 22 x/menit
14.00	2. Mengkaji Pola Tidur. Hasil: Pasien mengatakan tidak bisa tidur sama sekali karena sering batuk dan tidak bisa tidur siang karena batuk juga.	14.45	2. Mengkaji Pola Tidur. Hasil: Pasien mengatakan tidak bisa tidur siang, dan dapat tidur malam \pm 6 jam	15.20	2. Mengkaji Pola Tidur. Hasil: Pasien mengatakan dapat tidur siang \pm 2 jam, dan dapat tidur malam \pm 6 jam
14.15	3. Mengkaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur (nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, gangguan eliminasi seperti sering berkemih, gangguan metabolisme, gangguan transportasi, lingkungan yang asing, temperature, aktivitas yang tidak adekuat). Hasil: Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena sesak napas dan batuk.	14.50	3. Mengkaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur (nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, gangguan eliminasi seperti sering berkemih, gangguan metabolisme, gangguan transportasi, lingkungan yang asing, temperature, aktivitas yang tidak adekuat). Hasil: Pasien mengatakan kadang terbangun karena sesak napas dan batuk.	15.30	3. Mengkaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur (nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, gangguan eliminasi seperti sering berkemih, gangguan metabolisme, gangguan transportasi, lingkungan yang asing, temperature, aktivitas yang tidak adekuat). Hasil: Pasien mengatakan tidak terbangun saat tidur karena sesak dan batuk berkurang.
14.20	4. Membatasi pengunjung selama periode istirahat yang optimal. Hasil: Keluarga pasien mengatakan yang akan menjaga pasien adalah anak dan saudara pasien satu orang bergantian.	14.55	4. Mengkaji tanda-tanda kurang tidur pada pasien (wajah pucat, konjungtiva anemis) Hasil: Konjungtiva pasien anemis. Wajah pasien tidak pucat.	15.45	4. Mengkaji tanda-tanda kurang tidur pada pasien (wajah pucat, konjungtiva anemis) Hasil: Konjungtiva pasien tidak anemis. Wajah pasien tidak pucat.
14.30	5. Mengkaji tanda-tanda kurang tidur pada pasien (wajah pucat, konjungtiva anemis) Hasil: Konjungtiva pasien anemis. Wajah pasien pucat.				
14.35	6. Menganjurkan pasien untuk tidur siang. Hasil: Pasien mengatakan akan mencoba tidur siang.				

Lampiran 4.6 Evaluasi Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pasien 1

Evaluasi (SOAP)		
Hari 1 (24 Januari 2018)	Hari 2 (25 Januari 2018)	Hari 3 (26 Januari 2018)
<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak dapat tidur nyenyak karena sesak dan batuk. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 110/60 N: 98 x/menit S: 36,5°C RR: 25 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien pucat - Konjungtiva anemis <p>A: Tujuan Tidak Tercapai P: Lanjutkan Intervensi</p> </p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dapat tidur siang ± 3 jam, dan dapat tidur malam ± 5 jam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 100/70 N: 88 x/menit S: 36,7°C RR: 21 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tidak pucat - Konjungtiva anemis <p>A: Tujuan teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi</p> </p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dapat tidur siang ± 3 jam, dan dapat tidur malam ± 7 jam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 110/70 N: 80 x/menit S: 36,7°C RR: 20 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tidak pucat - Konjungtiva tidak anemis <p>A: Tujuan teratasi P: Hentikan Intervensi</p> </p>

Lampiran 4.7 Evaluasi Diagnosa Keperawatan Gangguan Pola Tidur Pasien 2

Evaluasi (SOAP)		
Hari 1 (5 Februari 2018)	Hari 2 (6 Februari 2018)	Hari 3 (7 Februari 2018)
<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak bisa tidur sama sekali karena sering batuk dan tidak bisa tidur siang karena batuk juga. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 130/80 N: 97 x/menit S: 36,8°C RR: 28 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien pucat - Konjungtiva anemis <p>A: Tujuan Tidak Tercapai P: Lanjutkan Intervensi</p> </p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak bisa tidur siang, dan dapat tidur malam ± 6 jam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 140/80 N: 82 x/menit S: 36,5°C RR: 24 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tidak pucat - Konjungtiva anemis <p>A: Tujuan teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi</p> </p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dapat tidur siang ± 2 jam, dan dapat tidur malam ± 6 jam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 110/60 N: 89 x/menit S: 36,6°C RR: 22 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tidak pucat - Konjungtiva tidak anemis <p>A: Tujuan teratasi P: Hentikan Intervensi</p> </p>

Lampiran 4.8 Implementasi Diagnosa Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pasien 1

Hari 1 (25 Januari 2018)		Hari 2 (26 Januari 2018)		Hari 3 (27 Januari 2018)	
Jam	Impementasi	Jam	Impementasi	Jam	Impementasi
09.30	1. Mengobservasi adanya pembatasan pasien dalam melakukan aktivitas. Hasil: Pasien mengatakan sesak bertambah parah ketika digunakan beraktivitas	09.00	1. Mengobservasi adanya pembatasan pasien dalam melakukan aktivitas. Hasil: Pasien mengatakan sesak jarang kambuh ketika digunakan beraktivitas.	10.00	1. Mengobservasi adanya pembatasan pasien dalam melakukan aktivitas. Hasil: Pasien mengatakan sudah tidak sesak saat melakukan aktivitas
09.30	2. Memonitor Tanda-tanda vital pasien. TD, N, S, RR. Hasil: TD: 100/70 N: 88 x/menit S: 36,7°C RR: 21 x/menit	09.30	2. Memonitor Tanda-tanda vital pasien. TD, N, S, RR. Hasil: TD: 110/70 N: 80 x/menit S: 36,7°C RR: 20 x/menit	10.05	2. Memonitor Tanda-tanda vital pasien. TD, N, S, RR. Hasil: TD: 120/80 N: 80 x/menit S: 36,5°C RR: 20 x/menit
09.45	3. Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. Hasil: Pasien mengatakan mampu berganti pakaian sendiri, mampu makan sendiri, tetapi tidak mampu untuk berjalan ke kamar mandi karena sesak napas.	09.45	3. Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. Hasil: Pasien mengatakan sudah bisa pergi ke kamar mandi sendiri dan tidak sesak	10.15	3. Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. Hasil: Pasien sudah dapat berjalan-jalan dan tidak sesak.
10.00	4. Menganjurkan keluarga untuk membantu aktivitas dan kebutuhan pasien sehari-hari. Hasil: Keluarga pasien mengatakan akan selalu membantu pasien dalam kegiatan sehari-hari.			10.20	4. Anjurkan keluarga untuk membantu aktivitas dan kebutuhan pasien sehari-hari. Hasil: Keluarga mengatakan pasien sudah dapat beraktivitas secara mandiri.

Lampiran 4.9 Implementasi Diagnosa Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pasien 2

Hari 1 (5 Februari 2018)		Hari 2 (6 Februari 2018)		Hari 3 (7 Februari 2018)	
Jam	Impementasi	Jam	Impementasi	Jam	Impementasi
14.00	1. Mengobservasi adanya pembatasan pasien dalam melakukan aktivitas. Hasil: Pasien mengatakan sesak bertambah parah ketika digunakan beraktivitas	15.00	1. Mengobservasi adanya pembatasan pasien dalam melakukan aktivitas. Hasil: Pasien mengatakan sesak kambuh tetapi tidak parah ketika pergi ke kamar mandi.	10.00	1. Mengobservasi adanya pembatasan pasien dalam melakukan aktivitas. Hasil: Pasien mengatakan sudah tidak sesak saat melakukan aktivitas
14.05	2. Memonitor Tanda-tanda vital pasien. TD, N, S, RR. Hasil: TD: 130/80 N: 97 x/menit S: 36,8°C RR: 28 x/menit	15.15	2. Memonitor Tanda-tanda vital pasien. TD, N, S, RR. Hasil: TD: 140/80 N: 82 x/menit S: 36,5°C RR: 24 x/menit	10.05	2. Memonitor Tanda-tanda vital pasien. TD, N, S, RR. Hasil: TD: 110/60 N: 89 x/menit S: 36,6°C RR: 22 x/menit
14.15	3. Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. Hasil: Pasien mengatakan mampu berganti pakaian sendiri, mampu makan sendiri, mampu untuk berjalan ke pintu kamar.	15.20	3. Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. Hasil: Pasien mengatakan dapat berjalan ke pintu kamar tanpa disertai sesak, pasien dapat berganti pakaian sendiri, makan sendiri.	10.15	3. Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. Hasil: Pasien sudah dapat berjalan ke kamar mandi dan tidak sesak.
14.20	4. Menganjurkan keluarga untuk membantu aktivitas dan kebutuhan pasien sehari-hari. Hasil: Keluarga pasien mengatakan akan selalu membantu pasien dalam kegiatan sehari-hari.			10.20	4. Anjurkan keluarga untuk membantu aktivitas dan kebutuhan pasien sehari-hari. Hasil: Keluarga mengatakan pasien sudah dapat beraktivitas secara mandiri.

Lampiran 4.10 Evaluasi Diagnosa Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pasien 1

Evaluasi (SOAP)		
Hari 1 (25 Januari 2018)	Hari 2 (26 Januari 2018)	Hari 3 (27 Januari 2018)
<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak bertambah parah ketika digunakan beraktivitas. - Pasien mengatakan mampu berganti pakaian sendiri, mampu makan sendiri, mampu untuk berjalan ke pintu kamar. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 100/70 N: 88 x/menit S: 36,7°C RR: 21 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak <p>A: Tujuan Tidak Tercapai P: Lanjutkan Intervensi</p> </p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak jarang kambuh ketika digunakan beraktivitas. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 110/70 N: 80 x/menit S: 36,7°C RR: 20 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak sesak <p>A: Tujuan teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi</p> </p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah dapat berjalan-jalan dan tidak sesak. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 120/80 N: 80 x/menit S: 36,5°C RR: 20 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak sesak <p>A: Tujuan teratasi P: Hentikan Intervensi</p> </p>

Lampiran 4.11 Evaluasi Diagnosa Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pasien 1

Evaluasi (SOAP)		
Hari 1 (5 Februari 2018)	Hari 2 (6 Februari 2018)	Hari 3 (7 Februari 2018)
<p>S: - Pasien mengatakan sesak bertambah parah ketika digunakan beraktivitas.</p> <p>O:</p> <p>TD: 130/80 N: 97 x/menit S: 36,8°C RR: 28 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak <p>A: Tujuan Tidak Tercapai P: Lanjutkan Intervensi</p> </p>	<p>S: Pasien mengatakan sesak kambuh tetapi tidak parah ketika pergi ke kamar mandi.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 140/80 N: 82 x/menit S: 36,5°C RR: 24 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak sesak <p>A: Tujuan teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi</p> </p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak sesak saat melakukan aktivitas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV: <p>TD: 110/60 N: 89 x/menit S: 36,6°C RR: 22 x/menit <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak sesak <p>A: Tujuan teratasi P: Hentikan Intervensi</p> </p>

SATUAN ACARA PENYULUHAN
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK (PPOK)



Disusun Oleh :

Vinni Ovei Nabella

NIM. 152303101131

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien
Hari/Tanggal	: Sabtu, 27 Januari 2018
Waktu	: ± 15 menit
Tempat	: Ruang Melati 05 RSUD dr.Haryoto Lumajang

I. Analisa Situasi

1. Sasaran : Pasien dan keluarga pasien
2. Penyuluh : Mahasiswa D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang, mampu menyampaikan materi.
3. Ruang : Melati 05 RSUD dr. Haryoto Lumajang

II. Tujuan instruksional umum

Setelah mendapatkan penyuluhan diharapkan pasien dan keluarga pasien dapat mengerti definisi, penyebab, tanda gejala dan penatalaksanaan penyakit PPOK.

III. Tujuan Instruksional khusus.

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan masyarakat mampu:

- a. Menyebutkan pengertian Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).
- b. Menyebutkan penyebab Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).
- c. Menyebutkan tanda gejala Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).
- d. Menyebutkan penatalaksanaan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).

IV. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

V. Media

1. Leaflet

VI. Kegiatan Penyuluhan

TAHAP	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA	METOD E	WAKTU
Pendahuluan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri. 2. Menjelaskan nama dan asal institusi 3. Kontrak Waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan dan menjawab 	Ceramah dan tanya Jawab	3 Menit
Penyajian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan penyuluhan 2. Menjelaskan materi penyuluhan 3. Memberi kesempatan kepada audiens untuk bertanya tentang materi yang disampaikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan 2. Mendengarkan 3. Mengajukan pertanyaan 	Ceramah dan tanya Jawab	8 Menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi 2. Meninjau kembali 3. Membacakan kesimpulan 4. Melakukan tindak lanjut 5. Menutup penyuluhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. Mendengarkan dan menjawab 	Ceramah dan tanya Jawab	4 Menit

	6. Mengucapkan salam penutup	5. Mengucapkan salam penutup		
--	------------------------------	------------------------------	--	--

VI. Materi Penyuluhan

1. Pengertian PPOK.

PPOK adalah nama yang diberikan untuk gangguan ketika dua penyakit paru terjadi pada waktu bersamaan yaitu bronkitis kronis dan emfisema. Asma kronis yang dikombinasikan dengan emfisema atau bronkitis juga dapat menyebabkan PPOK (Hurst, 2015).

2. Penyebab PPOK.

a. Merokok.

Perokok aktif dapat mengalami hipersekresi mukus dan obstruksi jalan nafas kronik (Oemiati, 2013). Perokok pasif juga menyumbang terhadap symptom PPOK dengan peningkatan kerusakan paru-paru akibat menghisap partikel dan gas-gas berbahaya. Merokok pada saat hamil juga akan meningkatkan risiko terhadap janin dan mempengaruhi pertumbuhan paru-parunya (Oemiati, 2013).

Mediator-mediator peradangan secara progresif merusak struktur-struktur penunjang di paru. Akibat hilangnya elastisitas saluran udara dan kolapsnya alveolus, maka ventilasi berkurang (Rahmadi, 2015).

b. Polusi indoor.

Memasak dengan bahan biomass dengan ventilasi dapur yang jelek misalnya terpajan asap bahan bakar kayu dan asap, bahan bakar minyak diperkirakan memberi kontribusi sampai 35% terjadinya PPOK (Oemiati, 2013).

c. Polusi outdoor.

Beberapa penelitian menemukan bahwa pajanan kronik di kota dan polusi udara menurunkan laju fungsi pertumbuhan paru-paru pada anak-anak (Oemiati, 2013).

d. Polusi di tempat kerja.

e. Genetik (defisiensi Alpha 1-antitrypsin).

Kekurangan Alpha 1-antitrypsin merupakan kekurangan suatu enzim yang normalnya melindungi paru-paru dari kerusakan. Peradangan pada orang yang kekurangan enzim ini dapat terkena emfisema, walaupun tidak merokok (Rahmadi, 2015).

f. Riwayat infeksi saluran nafas berulang.

Penyakit saluran pernafasan pada bayi dan anak-anak dapat pula memberi kecacatan sampai pada masa dewasa, dimana ada hubungan dengan terjadinya PPOK (Oemiati, 2013).

g. Usia.

Dalam usia yang lebih lanjut, kekuatan kontraksi otot pernapasan dapat berkurang sehingga sulit bernafas (Dianasari, 2014)

3. Tanda dan gejala PPOK

Tanda dan gejala penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) adalah sebagai berikut (Douglas, 2004 dalam Dianasari, 2014):

- a. Kelemahan Badan.
- b. Batuk.
- c. Sesak nafas.
- d. Sesak nafas saat aktivitas dan nafas berbunyi.
- e. Mengi atau wheeze.
- f. Ekspirasi yang memanjang.
- g. Bentuk dada tong (Barrel Chest) pada penyakit lanjut.
- h. Penggunaan otot bantu pernapasan.
- i. Suara nafas melemah.
- j. Kadang ditemukan pernapasan paradoksal.
- k. Edema kaki, asites dan jari tabuh.

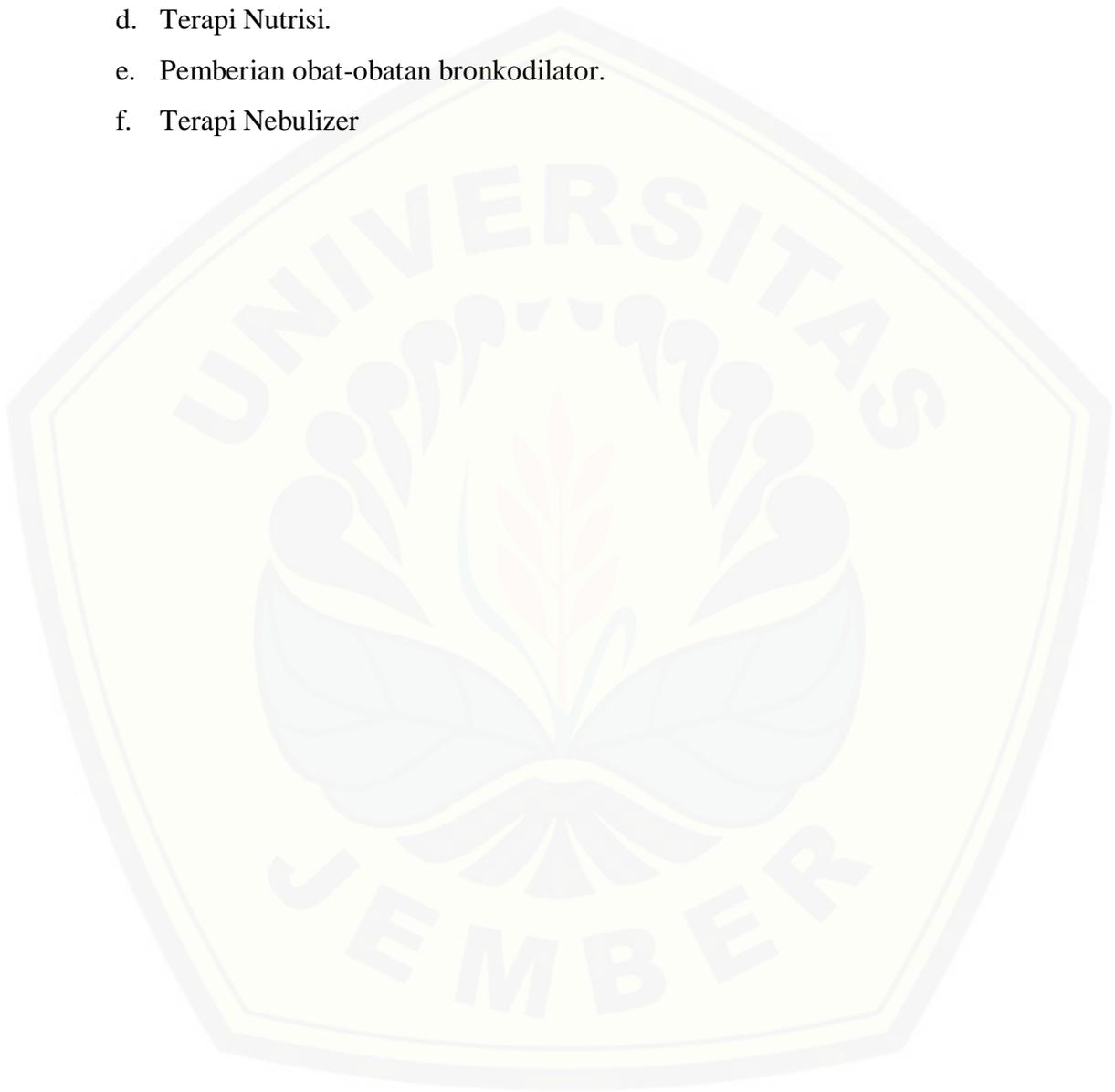
4. Cara pencegahan dan pengobatan PPOK.

a. Berhenti Merokok

Berhenti merokok tidak hanya mencegah PPOK terjadi, tetapi juga dapat meningkatkan fungsi paru ketika penyakit didiagnosis (Francis, 2008). Berhenti

merokok merupakan satu-satunya intervensi yang paling efektif dalam mengurangi risiko berkembangnya PPOK dan memperlambat progresivitas penyakit.

- b. Rehabilitasi PPOK.
- c. Terapi Oksigen.
- d. Terapi Nutrisi.
- e. Pemberian obat-obatan bronkodilator.
- f. Terapi Nebulizer



**SATUAN ACARA PENYULUHAN
MENCUCI TANGAN**



OLEH :

VINNI OVEI NABELLA

NIM. 152303101131

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
MENCUCI TANGAN

TOPIK : Cuci Tangan
HARI / TANGGAL : Sabtu/27 Januari 2018
WAKTU : 15 Menit
TEMPAT : Ruang Melati 05 RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang
SASARAN : Pasien dan Keluarga Pasien di Ruang Melati 05

A. Analisa Situasi

1) Audience

- Jumlah Pengunjung ± 20 orang.
- Latar belakang pendidikan bervariasi (SD, SMP, SMA).
- Minat dan perhatian dalam menerima materi penyuluhan cukup baik.

2) Penyuluh

- Mahasiswa Akademi Keperawatan Lumajang Semester 5.
- Mampu mengkomunikasikan kegiatan penyuluhan tentang Cuci Tangan dengan baik dan mudah dipahami oleh peserta penyuluhan.

3) Ruangan

- Bertempat di ruang 21
- Ruangan cukup luas untuk menampung peserta dengan jumlah ± 20 orang.
- Penerangan, ventilasi, pengeras suara cukup memadai untuk kelangsungan kegiatan penyuluhan.

B. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan tentang Cuci Tangan diharapkan audience mampu memahami dan menerapkan dalam kehidupan sehari-hari.

C. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan audience mampu:

- 1) Menyebutkan definisi Cuci tangan
- 2) Menyebutkan indikasi cuci tangan
- 3) Menyebutkan manfaat cuci tangan

- 4) Menyebutkan kerugian cuci tangan.
- 5) Menyebutkan cara cuci tangan

Pokok Materi

- 1) Definisi Cuci tangan
- 2) Indikasi cuci tangan
- 3) Manfaat cuci tangan
- 4) Kerugian cuci tangan
- 5) Cara Cuci tangan

Metode

- 1) Ceramah
- 2) Tanya Jawab

D. Media

- 1) Lembar Balik
- 2) Leaflet
- 3) Handrub

E. Kegiatan Penyuluhan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam pembukaan 2. Perkenalan 3. Apersepsi tentang cuci tangan 4. Relevansi 5. Kontrak waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab / merespon 2. Memperhatikan 	Ceramah	3 menit
Penyajian	Penyampaian materi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan definisi cuci tangan 2. Menyebutkan indikasi cuci tangan 3. Menyebutkan manfaat cuci tangan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan 2. Memperhatikan 3. Mencatat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ceramah 2. Demonstrasi 3. Tanya jawab 	5 menit

	4. Menyebutkan kerugian tidak cuci tangan 5. Cara cuci tangan			
Penutup	1. Mengevaluasi pengetahuan audience dengan memberi pertanyaan 2. Menyimpulkan isi materi 3. Tindak lanjut 4. Salam penutup	Menjawab	Tanya jawab	7 menit

F. Materi

(Terlampir)

G. Pertanyaan Evaluasi

- 1) Jelaskan definisi Cuci tangan ?
- 2) Sebutkan Indikasi cuci tangan ?
- 3) Sebutkan manfaat cuci tangan ?
- 4) Sebutkan kerugian tidak cuci tangan
- 5) Sebutkan cara cuci tangan ?

H. Daftar Pustaka

(Terlampir)

LAMPIRAN

CUCI TANGAN

1. Definisi Cuci Tangan

Menurut Depkes (2010) mencuci tangan adalah membersihkan tangab dari segala kotoran, dimulai dari ujung jari sampai siku dan lengan dengan cara tertentu sesuai dengan kebutuhan (Depkes, 2010). Sementara itu, Menurut Perry & Potter (2005) mencuci tangan merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan infeksi.

2. Indikasi Cuci tangan

Indikasi waktu untuk mencuci tangan menurut Kemenkes RI (2013) adalah :

- a) Setiap kali tangan kita kotor (setelah memegang uang, binatang, berkebun dll).
- b) Setelah BAB (buang air besar)
- c) Sebelum memegang makanan
- d) Setelah bersin, batuk, membuang ingus
- e) Setelah pulang dari bepergian
- f) Setelah bermain

3. Manfaat Cuci Tangan

Cuci tangan dapat berguna untuk pencegahan penyakit yaitu dengan cara membunuh kuman penyakit yang ada ditangan. Dengan mencuci tangan, maka tangan menjadi bersih dan bebas dari kuman. Apabila tangan dalam keadaan bersih akan mencegah penularan penyakit seperti diare, cacingan, penyakit kulit, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dan flu burung (Kemenkes, 2012).

4. Kerugian jika tidak cuci tangan

Akibat yang kemungkinan dapat terjadi antara lain:

- a. Diare

Diare juga dapat disebabkan karena malasnya cuci tangan. Diare akan muncul dari perpindahan bakteri yang tak kasat mata. Yang kemungkinan akan masuk lewat makanan yang kita makan tanpa mencuci tangan terlebih dahulu.

b. Mudah terkena pilek

Salah satu alasan utama kenapa kamu harus rajin cuci tangan adalah untuk meminimalkan perpindahan bakteri dari benda-benda umum yang sering kamu pegang seperti kenop pintu, bel, atau mungkin dari berjabat tangan dengan orang lain yang sebelumnya terinfeksi penyakit. Apabila mereka terinfeksi firus flu memungkinkan tangan mereka terdapat kuman yang kemudian tertepel dalam benda – benda tersebut, yang kemudian akan kita pegang ulang. Maka kita akan terkontaminasi firus penyakit yang sama pada orang lain. Jika kamu jarang cuci tangan, perpindahan virus atau bakteri ini akan memicu mudahnya untuk terkena pilek.

c. Keracunan makanan

Tangan yang terkontaminasi bakteri, kuman, dan virus akan membuatmu keracunan makanan dan kemudian berakhir dengan sakit perut akut, muntah, atau diare.

d. Terinfeksi bakteri E.coli

Bakteri ini merupakan bakteri yang berada di kamar mandi atau toilet. E.coli atau Escherichia Coli adalah bakteri yang menyebar dari kotoran satu orang ke orang lain. Tidak mencuci tangan setelah menggunakan toilet umum akan membuatmu mudah terinfeksi bakteri ini. Keadaan toilet yang kurang terjaga kebersihannya adalah yang merupakan sarang bakteri ini.

e. Impetigo

Impetigo adalah infeksi menular yang biasa terjadi pada anak-anak yang jarang cuci tangan. Penyakit ini ditandai dengan kulit kemerahan yang kemudian berkembang menjadi lecet kecil.

f. Hepatitis A

Hepatitis adalah penyakit yang disebabkan karena infeksi virus yang sangat menular di hati. Gejalanya meliputi tubuh mudah lelah, urin berwarna gelap, mual, demam, kehilangan nafsu makan, dan mata atau kulit berwarna kuning. Jarang mencuci tangan akan membuatmu berisiko tinggi untuk terkena hepatitis.

g. Resiko Infeksi Shigellosis

Infeksi ini bisa menyebabkan penyakit shigellosis, yang merupakan infeksi akibat jenis bakteri shigela. Penyakit yang dihasilkan seperti disentri. Disentri umumnya disebabkan karena kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan. Ketika tangan Anda kotor setelah melakukan berbagai pekerjaan maka mungkin banyak bakteri yang bersarang dalam tangan Anda. Kontaminasi bisa terjadi lewat makanan itu sendiri atau tangan yang kotor. Penyakit ini ditandai dengan demam, diare yang parah, diare bisa disertai darah dan dehidrasi.

h. Resiko Infeksi Botulisme

Orang yang tidak mencuci tangan sebelum makan juga bisa terkena infeksi penyakit botulisme. Penyakit ini menular secara langsung lewat makanan dan tangan yang kotor. Ini termasuk jenis infeksi yang sangat berbahaya karena bisa menyebabkan kematian. Infeksi juga membutuhkan perawatan yang segera untuk mengurangi potensi bahaya yang lebih buruk. Beberapa tanda infeksi ini adalah seperti diare, sakit perut, mual, muntah, demam, pandangan kabur dan hilang kesadaran.

i. Penyakit cairan tubuh

Cairan yang dikeluarkan tubuh mengandung banyak kuman, terutama saat kamu terinfeksi suatu penyakit. Begitu pula dengan tubuh orang lain. Saat kamu jarang cuci tangan, maka akan muncul penyakit yang berkaitan dengan cairan tubuh seperti tipus atau penyakit virus Epstein-barr. (Notoatmojo, 2010).

5. Cara mencuci tangan yang baik dan benar

Kegiatan mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir dilakukan 40 = 60 detik. Langkah – langkah teknik mencuci tangan yang benar menurut anjuran WHO (2008) yaitu sebagai berikut :

- a) Pertama, basuh tangan dengan air bersih yang mengalir, ratakan sabun dengan kedua telapak tangan
- b) Kedua, gosok punggung tangan dan sela - sela jari tangan kiri dan tangan kanan, begitu pula sebaliknya.
- c) Ketiga, gosok kedua telapak dan sela - sela jari tangan

- d) Keempat, jari - jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci.
- e) Kelima, gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
- f) Keenam, gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya

Kategori teknik mencuci tangan (Wibowo, 2013):

- a. Sangat buruk : Bila tidak melakukan 7 langkah cuci tangan (skor 1)
- b. Buruk : bila melakukan 1-2 dari 7 langkah cuci tangan (skor 2)
- c. Cukup baik : bila melakukan 3-4 dari 7 langkah cuci tangan (skor 3)
- d. Baik : bila melakukan 5-6 dari 7 langkah cuci tangan (skor 4)
- e. Sangat baik : bila melakukan 7 langkah cuci tangan dengan baik dan benar (skor 5) (WHO, 2010).

DAFTAR PUSTAKA

Depkes. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.

Kemenkes. (2012). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.

Notoatmojo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

WHO. (2010). *Infant Mortality*. World Health Organization.

