



**ASUHAN KEPERAWATAN PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS
(PPOK) PADA Tn. S DAN Ny. M DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN
NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN
TUBUH DI RUANG MELATI RSUD
Dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh
Risah Ismi Sholikhah
NIM 152303101021

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS
(PPOK) PADA Tn. S DAN Ny. M DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN
NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN
TUBUH 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 D3 Keperawatan
dan memenuhi gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh
Risah Ismi Sholikhah
NIM 152303101021

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

PERSEMBAHAN

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta karunia-Nya sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik. Tugas akhir ini saya persembahkan untuk :

1. Orangtua yang saya cintai Ibu Nur Wakhidah dan Ayah Sutomo. Terima kasih atas segala dukungan moral, material, bimbingan, semangat, dan doa yang tiada henti terucap mengiringi langkah sehingga ananda mampu berdiri tegar, semangat dan kuat sampai tahap ini demi tercapainya cita-cita masa depan.
2. Keluarga yang tercinta yaitu Shofiyah, Putri Wulan Sari, Mardani, Muhammad Nabil, dan Khurrin Fadila yang telah memberikan semangat dan dukungan untuk menyelesaikan tugas akhir ini hingga selesai.

MOTO

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya”

(QS. Al Baqarah ayat 286)*)

“Maka Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan”

(QS. Al- Insyirah ayat 5)*)

*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2002. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Surabaya: Mekar Surabaya

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

nama : Risah Ismi Sholikhah

NIM : 152303101021

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) Pada Tn. S Dan Ny. M Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” adalah benar-benar 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 manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 22 Mei 2018

Yang menyatakan



Risah Ismi Sholikhah

NIM 152303101021

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS
(PPOK) PADA Tn. S DAN Ny. M DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKSEIMBANGAN
NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN
TUBUH DI RUANG MELATI RSUD
Dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh
Risah Ismi Sholikhah
NIM 152303101021

Pembimbing:

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

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) Pada Tn. S Dan Ny. M Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” karya Risah Ismi Sholikhah telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Kamis, 31 Mei 2018

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

Tim Penguji
Ketua

Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 197510042008012016

Anggota I

Zainal Abidin, S.Pd., M.Kes.
NIP 198001312008011007

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 Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) Pada Tn. S dan Ny. M dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018; Risah Ismi Sholikhah, 152303101021; xv+150 halaman; Program Studi D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) merupakan salah satu dari kelompok penyakit tidak menular yang menjadi penyebab utama morbiditas kronis dan kematian di seluruh dunia. Manifestasi awal pada pasien PPOK adalah batuk, produksi sputum, napas pendek sedang yang berkembang menjadi napas pendek akut atau hiperventilasi dengan disertai diafragma mendatar yang menyebabkan rasa kenyang dan kembung sehingga membuat pasien tidak mau makan (anoreksia). Kondisi anoreksia pada pasien PPOK akan menyebabkan asupan makan pada pasien tidak adekuat sehingga pasien mengalami masalah keperawatan kekurangan nutrisi.

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan PPOK pada Tn. S dan Ny. M dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Desain yang digunakan adalah laporan kasus terhadap pasien PPOK dengan menggunakan pengumpulan data berdasarkan lembar WOD (wawancara, observasi dan dokumentasi). Partisipan terdiri dari dua orang pasien yang memenuhi kriteria partisipan. Intervensi yang dilakukan untuk mengurangi masalah tersebut adalah dengan melakukan terapi nutrisi dimana fokus tindakan keperawatan adalah menganjurkan makan porsi kecil dan sering dengan peningkatan konsumsi sayuran dan buah-buahan yang kaya akan vitamin A dan C. Intervensi ini dilakukan bertepatan dengan jadwal makan siang dan sore pasien dengan frekuensi tindakan satu hari sekali selama tiga hari.

Hasil yang didapatkan setelah dilaksanakan implementasi keperawatan pada kedua pasien adalah tujuan tercapai sebagian. Pada kedua pasien pada hari ketiga penelitian telah menunjukkan peningkatan berat badan 0,5 kg selama tiga hari penelitian. Adapun indikator kriteria hasil yang berhasil dicapai kedua pasien adalah mempertahankan berat badan, mengungkapkan tekad mematuhi diet, menoleransi diet yang dianjurkan, dan melaporkan tingkat energi yang adekuat

Dari hasil tersebut, bagi peneliti selanjutnya mengenai PPOK dengan masalah keperawatan yang sama diharapkan untuk lebih memfokuskan pada diit sayur dan buah-buahan serta mengembangkan intervensi terapi nutrisi yaitu dengan pemberian suplemen penambah nafsu makan. Bagi perawat diharapkan meningkatkan frekuensi advokasi nutrisi kepada pasien sejak awal pasien dirawat dengan berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya untuk memonitor progresifitas penyakit, meminimalkan terjadinya komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Pada keluarga pasien diharapkan untuk lebih memperhatikan terkait pola makan pasien di rumah baik saat dalam kondisi sehat maupun sakit.

SUMMARY

Nursing Care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) towards Patient S And Patient M with Nursing Problem in Nutritional Imbalance Less Than Body Requirements In Ruang Melati of RSUD Dr. Haryoto Lumajang 2018; Risah Ismi Sholikhah, 152303101021; xv+150 pages; D3 Nursing Study Program Universitas Jember Lumajang.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of the non-communicable diseases that is the leading cause of chronic morbidity and death worldwide. Early manifestations of COPD surferer are coughing, sputum production, short of breath that develops into acute short breath or hyperventilation with horizontal diaphragms that causes a feeling of satiety and bloating that makes patients unwilling to eat (anorexia). Anorexia conditions in COPD patients will cause the feed intake in patients is inadequate so that patients experience nutritional nursing problems.

The purpose of this paper is to explore the nursing care for COPD towards Patient S and Patient M with nursing problem of nutritional imbalance less than body requirements. The design used was a case report on COPD patients with data collection using WOD sheet (interview, observation and documentation). Participants consisted of two patients who met the participant criteria. Interventions taken to reduce the problem are by doing nutritional therapy where the focus of nursing action is to encourage the patients to have some small meals and frequent meals with increased consumption of vegetables and fruits rich in vitamins A and C. This intervention was done along with the patient's lunch and evening schedule with frequency of action done was once a day within three days.

The results obtained after the nursing implementation performed in both patients is a partially achieved goal. In both patients, on the third day, the patients had shown a 0.5 kg weight gain during the three days of therapy. The indicators of outcomes that both patients achieved were maintaining weight, revealing their determination to abide by diet, tolerating the recommended diet, and reporting adequate levels of energy.

Based on this result, for researchers fellow on COPD with the same nursing problem is expected to focus more on vegetables and fruits diet and develop nutritional therapy interventions by supplementing appetite stimulant. For nurses, it is expected to increase the frequency of nutrition advocacy to patients from the outset of patients treated by collaborating with other health teams to monitor disease progression, minimizing complications and improving patient's quality of life. For the patient's family is expected to pay more attention related to the patient's diet program at home either in good and bad condition.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis yang berjudul “Asuhan Keperawatan Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) Pada Tn. S Dan Ny. M Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Drs. Moh. Hasan, Msc, 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 D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang dan pembimbing akademik penulis.
4. Ibu Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing KTI dan penguji anggota II yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah ini dapat tersusun dengan baik.
5. Ibu Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep selaku ketua penguji dan Bapak Zainal Abidin, S. Pd., M. Kes selaku penguji anggota I sidang KTI yang telah memberikan bimbingan kepada penulis terkait perbaikan KTI.
6. Ayah, Ibu, kakak, adik, seluruh keluarga dan teman-teman angkatan 18 serta semua pihak yang telah mendoakan dan memberikan motivasi untuk terselesaikannya KTI.

Penulis menyadari dalam penyusunan tugas akhir karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL LAPORAN TUGAS AKHIR	i
HALAMAN SAMPUL LAPORAN TUGAS AKHIR	ii
HALAMAN JUDUL LAPORAN TUGAS AKHIR	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PEMBIMBING	vii
HALAMAN PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	x
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.4 Manfaat Penulisan	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep PPOK	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Jenis-jenis PPOK.....	6
2.1.3 Klasifikasi Derajat PPOK	7
2.1.4 Etiologi	8
2.1.5 Patofisiologi	11
2.1.6 Manifestasi Klinis	14
2.1.7 Penatalaksanaan	15
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik.....	19
2.1.9 Komplikasi	21
2.2 Asuhan Keperawatan Pada Pasien PPOK dengan Ketidakseimbangan Nutrisi (Kurang dari kebutuhan tubuh)	22
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	22
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	28
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	30
2.2.4 Implementasi Keperawatan	38
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	38
2.2.6 Diagnosa Keperawatan Lain	39

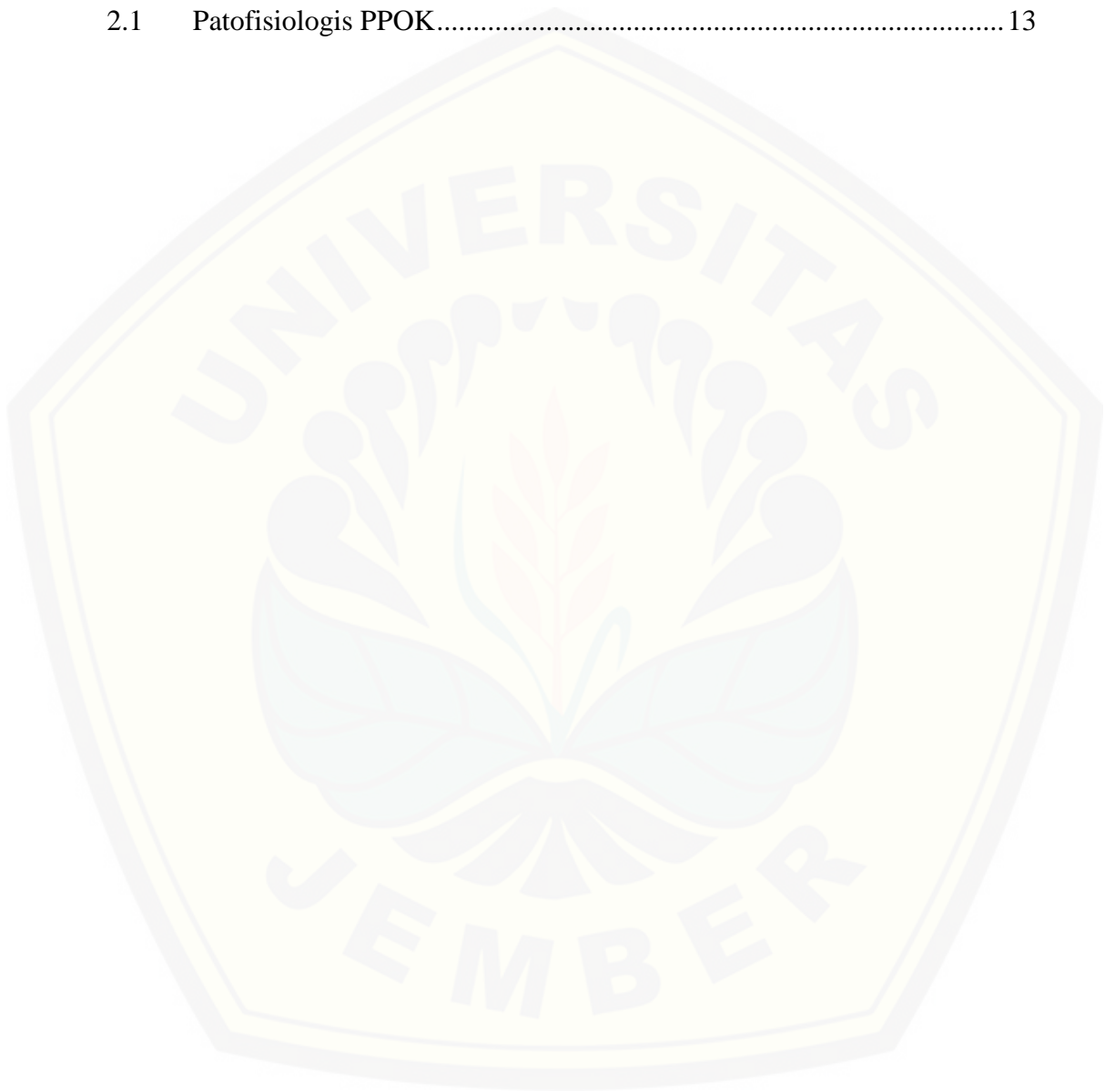
BAB 3 METODE PENULISAN	41
3.1 Desain Penulisan	41
3.2 Batasan Istilah	41
3.3 Partisipan	42
3.4 Lokasi dan Waktu	43
3.5 Pengumpulan Data	43
3.6 Uji Keabsahan Data	45
3.7 Analisa Data	45
3.8 Etika Penulisan	46
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	48
4.1 Gambaran Lokasi Penelitian	48
4.2 Hasil dan Pembahasan	49
4.2.1 Pengkajian	49
4.2.2 Daftar dan Prioritas Diagnosa Keperawatan	87
4.2.3 Penyusunan Rencana Keperawatan.....	87
4.2.4 Implementasi	94
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	105
BAB 5 KESIMPULAN	108
5.1 Kesimpulan	108
5.2 Saran	109
DAFTAR PUSTAKA	110

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1	Klasifikasi derajat PPOK 7
2.2	Tanda dan Gejala Bronkitis dan Emfisema..... 14
2.3	Penatalaksanaan Menurut Derajat PPOK..... 15
4.1	Identitas Partisipan PPOK..... 49
4. 2	Identitas Penanggung Jawab Partisipan PPOK 49
4. 3	Keluhan Utama Partisipan PPOK 51
4. 4	Riwayat Penyakit Sekarang Partisipan PPOK 52
4. 5	Riwayat Penyakit Masa Lalu Partisipan PPOK 55
4. 6	Riwayat Keluarga Partisipan PPOK..... 56
4. 7	Pola Persepsi dan Tatalaksana Kesehatan Partisipan PPOK..... 57
4. 8	Pola Nutrisi Metabolik Partisipan PPOK..... 57
4. 9	Pola Tidur dan Istirahat Partisipan PPOK..... 59
4. 10	Pola Aktivitas dan Istirahat Partisipan PPOK 61
4. 11	Pola Sensoris dan Pengetahuan Partisipan PPOK..... 62
4. 12	Pola Interpersonal dan Peran Partisipan PPOK..... 63
4. 13	Pola Persepsi dan Konsep Diri Partisipan PPOK..... 64
4. 14	Pola Reproduksi dan Seksual Partisipan PPOK..... 67
4. 15	Pola Penanggulangan Stress Partisipan PPOK..... 67
4. 16	Pola Tata Nilai, Kepercayaan, dan Eliminasi Partisipan PPOK. 68
4. 17	Keadaan Umum dan Tanda-tanda Vital Partisipan PPOK..... 69
4. 18	Wicara dan Telinga Hidung Tenggorokan Partisipan PPOK..... 71
4. 19	Sistem Pencernaan Partisipan PPOK 72
4. 20	Sistem Pernapasan Partisipan PPOK..... 73
4. 21	Sistem Kardiovaskular Partisipan PPOK 76
4. 22	Sistem Muskuloskeletal Partisipan PPOK 77
4. 23	Sistem Integumen Partisipan PPOK..... 77
4. 24	Kepala, Rambut, Wajah, Sistem Penglihatan, Persarafan, Endokrin... 78
4. 25	Pemeriksaan Penunjang Partisipan PPOK 79
4. 26	Terapi farmakologis Partisipan PPOK 81
4. 27	Analisa Data Partisipan PPOK..... 84
4. 28	Batasan Karakteristik Partisipan 85
4. 29	Daftar dan Prioritas Diagnosa Keperawatan Partisipan PPOK 87
4. 30	Rencana Keperawatan Partisipan PPOK..... 87
4. 31	Implementasi Keperawatan Pada Pasien 1 94
4. 32	Implementasi Keperawatan Pada Pasien 2 98
4. 33	Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 1 105
4. 34	Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 2..... 106

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Patofisiologis PPOK.....	13



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 Informed Consent.....	115
3.2 Jadwal Penyelenggaraan Karya Tulis Ilmiah.....	117
3.3 Surat Permohonan Pengumpulan Data	118
3.4 Surat Izin Penelitian Bakesbangpol	120
3.5 Surat Kepala Ruang Melati	121
4.1 Analisa Data Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Pasien 1	122
4.2 Analisa Data Ketidakefektifan Pola nafas, Nyeri akut Pasien 2	123
4.3 Daftar Diagnosa Keperawatan lain pada pasien 1 dan pasien 2.....	124
4.4 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Pasien 1	125
4.5 Intervensi Ketidakefektifan Pola nafas, Nyeri akut Pasien 2.....	126
4.6 Implementasi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas pada Pasien 1.....	128
4.7 Implementasi Ketidakefektifan Pola Napas, Nyeri Akut Pasien 2	131
4.8 Evaluasi Masalah Keperawatan pada Pasien 1	134
4.9 Evaluasi Masalah Keperawatan pada Pasien 2	135
4.10 SAP	138

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 Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) pada Tn. S dan Ny. M dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

1.1 Latar Belakang

Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) merupakan salah satu dari kelompok penyakit tidak menular yang telah menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia (Depkes, 2008) dan merupakan penyebab utama morbiditas kronis dan kematian di seluruh dunia (GOLD, 2017). *World Health Organization* (WHO) dalam *Global Status of Non-communicable Diseases* tahun 2010 mengkategorikan PPOK ke dalam empat besar penyakit tidak menular yang memiliki angka kematian yang tinggi setelah penyakit kardiovaskular, keganasan dan diabetes (Soeroto dan Suryadinata, 2014). Salah satu penyebab pasien PPOK rentan terhadap mortalitas (kematian) dan morbiditas karena kondisi pasien yang mengalami masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Fasitasari, 2013).

Kondisi kekurangan nutrisi pada pasien PPOK bisa menyebabkan terjadi penurunan massa sel tubuh yang mencapai >40% dari metabolisme jaringan lunak (tissue) secara aktif. Keadaan ini merupakan manifestasi sistemik yang penting pada PPOK (Oemiati, 2013). Massa lemak bebas yang hilang akan berpengaruh negatif terhadap struktur, elastisitas, dan fungsi paru, kekuatan dan ketahanan otot pernafasan, pengaturan nafas dan mekanisme pertahanan imunitas paru (Fasitasari, 2013). Selain itu pada pasien PPOK terjadi peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler, osteoporosis, depresi dan penurunan berat badan (Oemiati, 2013). Penurunan berat badan pada pasien PPOK ini disebabkan oleh keadaan anoreksia, dimana anoreksia juga mengakibatkan defisiensi protein dan

zat besi sehingga kadar hemoglobin rendah dan membuat kemampuan darah membawa oksigen menurun. Jika kondisi ini tidak dilakukan intervensi keperawatan maka dapat memperburuk prognosis pasien dan cenderung membuat membuat pasien mempunyai masa rawat yang lebih lama dan rentan terhadap kenaikan morbiditas dan mortalitas atau kematian (Fasitasari, 2013).

Secara global, diperkirakan bahwa sekitar tiga juta kematian (5% dari seluruh kematian global) pada tahun 2015 disebabkan oleh PPOK (WHO, 2016). Data Badan Kesehatan Dunia (WHO), juga menunjukkan terjadinya peningkatan angka kematian pada PPOK di dunia pada dekade terakhir. Hal ini dapat dilihat dari data WHO tahun 1990, PPOK berada pada urutan ke enam sebagai penyebab utama kematian di dunia (PDPI, 2011) meningkat menjadi urutan ke empat pada tahun 2015 (WHO, 2017) dan diperkirakan PPOK akan menempati urutan ke tiga penyebab kematian pada tahun 2020 (GOLD, 2017).

Berdasarkan survei yang dilakukan oleh EPIC (*Epidemiology and Impact of COPD*) pada tanggal 1 Februari 2012 dan 16 Mei 2012 di sembilan wilayah Asia-Pasifik yaitu China, Hong Kong, Taiwan, Indonesia, Malaysia, Filipina, Singapura, Thailand dan Vietnam menunjukkan bahwa rata-rata prevalensinya adalah 6,2% dengan prevalensi tertinggi di Taiwan dengan 9,5% dan terendah di negara Filipina dengan 4,2%, dan Indonesia berada pada urutan ke delapan dengan prevelensi 4,5% (Lim, et al., 2015).

Di Indonesia tidak ada data yang akurat tentang kekerapan PPOK (PDPI, 2011). Data dari riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 menyatakan bahwa prevalensi PPOK di Indonesia sebesar 3,7% (Riskesdas, 2013). Prevalensi PPOK di Indonesia memang tidak terlalu tinggi namun diperkirakan akan meningkat sehubungan dengan peningkatan usia harapan hidup penduduk dunia, pergeseran pola dari penyakit infeksi ke penyakit degeneratif serta meningkatnya kebiasaan merokok dan polusi udara (Tjahjono, 2012). Sedangkan hasil survei penyakit tidak menular oleh Direktorat jendral pengendalian penyakit menular (PPM) dan penyehatan lingkungan (PL) di lima rumah sakit propinsi di Indonesia (Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Lampung, dan Sumatera Selatan) pada tahun 2004, menunjukkan PPOK menempati urutan pertama penyumbang angka

kesakitan (35%), diikuti asma bronkial (33%), kanker paru (30%) dan lainnya (2%) (Nasser, Medison, dan Erly, 2016).

Dari hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan penulis pada tanggal 22 Februari 2017 di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang didapatkan hasil bahwa dari bulan Januari sampai Agustus tahun 2016, data pasien yang dirawat dengan diagnosa PPOK sebanyak 77 pasien atau 23% dari 336 pasien penyakit paru (Data Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2016).

PPOK dibagi menjadi tiga yaitu bronkhitis kronis, emfisema dan asma bronkial (Muttaqin, 2008). Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab PPOK, yaitu lingkungan (asap rokok, polusi, infeksi), genetik (defisiensi *alpha 1-antitripsin*), dan faktor lain (keadaan pemicu seperti suhu, olahraga) (Yasmara, 2017). Diantara tiga faktor ini, merokok merupakan penyebab utama PPOK (Hurst, 2015). Komponen - komponen asap rokok merangsang perubahan pada sel-sel penghasil mukus bronkus. Selain itu, silia yang melapisi bronkus mengalami kelumpuhan atau disfungsi serta metaplasia. Perubahan pada sel-sel penghasil mukus dan silia ini mengganggu sistem eskalator mukosiliaris dan menyebabkan penumpukan mukus kental dalam jumlah besar dan sulit dikeluarkan dari saluran napas (Rahmadi, 2015).

Adanya penumpukan mukus mendasari munculnya gangguan yang penting pada PPOK (Muttaqin, 2008). Penumpukan mukus ini mengakibatkan timbulnya manifestasi awal pada pasien PPOK diantaranya batuk-batuk, produksi dahak khususnya yang muncul di pagi hari, napas pendek sedang yang berkembang menjadi napas pendek akut atau hiperventilasi (Rahmadi, 2015). Hiperventilasi paru akan disertai diafragma mendatar dan penurunan volume abdomen. Hal ini menyebabkan rasa kenyang dan kembung ketika makan dan jika pasien makan terlalu banyak, lambung meningkatkan tekanan positif diafragma sehingga napas menjadi sulit (Fasitasari, 2013). Rasa kenyang dan kembung pada pasien PPOK membuatnya tidak mau makan (anoreksia). Kondisi anoreksia pada pasien PPOK akan menyebabkan asupan makan pada pasien tidak adekuat sehingga pasien mengalami masalah keperawatan kekurangan nutrisi.

Intervensi keperawatan *independen* yang bisa dilakukan pada pasien PPOK dengan masalah kekurangan nutrisi adalah dengan terapi nutrisi, dimana beberapa tindakannya adalah mengkaji kebiasaan diet, mengevaluasi berat badan, oral hygiene, mendorong pasien untuk memberikan periode istirahat satu jam sebelum dan sesudah makan (Yasmara, 2017), menghindari makanan dan minuman yang meningkatkan motilitas lambung, memberikan variasi dalam pilihan makanan, dan membatasi makanan tinggi lemak (Doenges, 2015). Selain itu untuk penatalaksanaan diet, Alina Zhukovskaya (2016) seorang spesialis detoksifikasi merekomendasikan diet yang berfokus pada sayuran dan buah-buahan yang kaya akan vitamin A dan C, seperti memberikan diet jus wortel, karena dengan memberikan jus diharapkan pasien mendapatkan semua vitamin dan mineral dalam bentuk cair, sehingga tubuh dapat menyerap nutrisi lebih cepat (National Emphysema Foundation, 2016). Konseling gizi juga perlu dilakukan untuk mengoptimalkan asupan dietnya. Pasien disarankan untuk makan dengan porsi kecil dan sering sehingga dapat mengurangi pembatasan gerakan diafragma akibat lambung penuh sehingga makanan dapat masuk dengan baik (Ariyani, Sarbini, dan Yuliati, 2011).

Berdasarkan latar belakang di atas, didapatkan bahwa masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada pasien PPOK memiliki kontribusi yang cukup besar pada kesembuhan pasien PPOK. Hal ini menimbulkan ketertarikan penulis untuk mengeksplorasi lebih dalam asupan keperawatan ketidakseimbangan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh) pada pasien PPOK di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah eksplorasi asupan keperawatan pasien PPOK pada Tn. S dan Ny. M dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh) di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018?”

1.3 Tujuan Penulisan

Mengeksplorasi asuhan keperawatan pasien PPOK pada Tn. S dan Ny. M dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh) di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan penulisan, maka laporan kasus asuhan keperawatan ini diharapkan memberikan manfaat secara langsung maupun tidak langsung bagi:

1.4.1 Penulis

Asuhan keperawatan ini diharapkan dapat memberikan pengalaman laporan kasus mengenai asuhan keperawatan pasien PPOK dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

1.4.2 Institusi tempat penelitian

Asuhan keperawatan ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan pasien PPOK dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, sehingga dapat meningkatkan kualitas layanan keperawatan pada pasien PPOK.

1.4.3 Penulis Selanjutnya

Sebagai sumber referensi dan bahan perbandingan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penulisan laporan kasus yang serupa tentang proses asuhan keperawatan pada pasien PPOK.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini penulis akan memaparkan konsep teori dari Penyakit Paru Obstruksi Kronis mulai dari definisi, jenis-jenis, klasifikasi derajat PPOK, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, pemeriksaan diagnostik, dan komplikasi. Penulis juga akan memaparkan mengenai konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

2.1 Konsep PPOK

2.1.1 Definisi

Penyakit paru obstruksif kronis (PPOK) adalah suatu istilah yang sering digunakan untuk sekelompok penyakit paru yang berlangsung lama dan ditandai oleh peningkatan resistensi terhadap aliran udara (Padila, 2012). Perkumpulan Dosen Keperawatan Medikal Bedah Indonesia mendefinisikan PPOK sebagai penyakit paru kronik yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran napas yang bersifat progresif nonreversibel atau reversibel parsial (Yasmara, 2017).

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). Istilah lebih umum bronkitis kronis dan emfisema tidak lagi digunakan, tetapi sekarang termasuk dalam diagnosis PPOK (Nasser, Medison, dan Erly, 2016). Sedangkan menurut Reilly Jr, Silverman, dan Shapiro, (2016) PPOK terjadi hanya jika terdapat obstruksi aliran udara yang kronis, bronkitis kronis tanpa obstruksi aliran udara kronis tidak termasuk PPOK.

2.1.2 Jenis-jenis PPOK

Gangguan yang penting pada PPOK dibagi menjadi tiga yaitu bronkitis kronis, emfisema dan asma bronkial (Muttaqin, 2008). Berikut adalah penjelasan dari masing-masing jenis PPOK:

a. Bronkitis Kronis

Bronkitis Kronis adalah gangguan klinis yang ditandai dengan pembentukan mukus yang berlebihan dalam bronkus dan dimanifestasikan dalam bentuk batuk kronis serta membentuk sputum selama tiga bulan dalam setahun, minimal dua tahun berturut-turut (Muttaqin, 2008). Bronkitis kronis dapat didefinisikan sebagai inflamasi luas jalan napas dengan penyempitan atau hambatan jalan napas dan peningkatan produksi sputum mukoid, menyebabkan ketidakcocokan ventilasi-perfusi dan menyebabkan sianosis (Doenges, 2015).

b. Emfisema

Emfisema adalah perubahan anatomi parenkim paru ditandai dengan pelebaran dinding alveolus, duktus alveolar, dan destruksi dinding alveolar atau bisa pula didefinisikan sebagai suatu keadaan abnormal pada anatomi paru dengan adanya kondisi klinis berupa melebarnya saluran udara bagian distal bronkiolus terminal yang disertai dengan kerusakan dinding alveoli (Muttaqin, 2008). Sedangkan menurut Doenges (2015) emfisema merupakan bentuk paling berat dari PPOK yang dikarakteristikan oleh inflamasi berulang yang melukai dan akhirnya merusak dinding alveolar menyebabkan banyak bleb atau bula (ruang udara) kolaps bronkiolus pada ekspirasi (jebakan udara).

c. Asma Bronkial

Asma bronkial adalah suatu penyakit yang ditandai dengan tanggapan reaksi yang meningkat dari trakhea dan bronkus terhadap berbagai macam rangsangan dengan manifestasi berupa kesukaran bernapas yang disebabkan oleh penyempitan menyeluruh dari saluran pernapasan (Muttaqin, 2008). Sedangkan menurut Hurst (2015), asma adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh reaksi berlebihan jalan napas terhadap iritan atau stimulus lain.

2.1.3 Klasifikasi Derajat PPOK

Tabel 2.1 Klasifikasi derajat PPOK Menurut *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2010 dalam PDPI, 2011)

Derajat	Klinis	Faal Paru
	Gejala klinis (batuk, produksi sputum)	Normal
Derajat I :	Gejala batuk kronik dan produksi sputum ada tetapi tidak	VEP1/ KVP < 70 %.

Derajat	Klinis	Faal Paru
PPOK Ringan	sering. Pada derajat ini pasien sering tidak menyadari bahwa fungsi paru mulai menurun.	VEP1 \geq 80% prediksi
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.	VEP1/KVP < 70 % 50% < VEP1 < 80% Prediksi
Derajat III PPOK Berat	Gejala sesak lebih berat, penurunan aktivitas, rasa lelah dan serangan eksaserbasi semakin sering dan berdampak pada kualitas hidup pasien.	VEP1 /KVP < 70 % 30% < VEP1 < 50% Prediksi
Derajat IV: PPOK Sangat Berat	Gejala di atas ditambah tanda tanda gagal napas atau gagal jantung kanan dan ketergantungan oksigen. Pada derajat ini kualitas hidup pasien memburuk dan jika eksaserbasi dapat mengancam jiwa.	VEP1/ KVP < 70 % VEP1 < 30% prediksi atau VEP1 < 50% prediksi disertai gagal napas kronik

2.1.4 Etiologi

Etiologi dari PPOK meliputi faktor lingkungan, faktor genetik, dan faktor lainnya (Yasmara, 2017). Berikut adalah penjelasan dari masing-masing faktor:

a. Faktor lingkungan

1) Asap rokok

Rokok adalah penyebab utama timbulnya PPOK. Terdapat hubungan yang erat antara merokok dan penurunan volume ekspirasi paksa (FEV) (Muttaqin, 2008). Secara patologis rokok berhubungan dengan *hyperplasia* kelenjar mukus bronkus dan metaplasia epitel skuamus saluran pernapasan (Wahid dan Suprpto, 2013).

2) Polusi Udara

Berbagai macam partikel dan gas yang terdapat di udara sekitar dapat menjadi penyebab terjadinya polusi udara (PDPI, 2011). Zat-zat kimia yang dapat memicu terjadinya PPOK adalah zat-zat pereduksi seperti O₂, zat pengoksidasi seperti N₂O, hidrokarbon, aldehid, ozon (Wahid dan Suprpto, 2013). Ukuran dan macam partikel akan memberikan efek yang berbeda terhadap timbulnya dan beratnya PPOK. Agar lebih mudah mengidentifikasi partikel penyebab, polusi udara terbagi menjadi (PDPI, 2011) :

a) Polusi di dalam ruangan

Kayu, serbuk gergaji, batu bara dan minyak tanah yang merupakan bahan bakar kompor menjadi penyebab tertinggi polusi di dalam ruangan. Kejadian polusi di dalam ruangan dari asap kompor dan pemanas ruangan dengan ventilasi kurang baik merupakan faktor risiko terpenting timbulnya PPOK, terutama pada perempuan di negara berkembang (*Case control studies*) (PDPI, 2011).

b) Polusi di luar ruangan

Tingginya polusi udara dapat menyebabkan gangguan jantung dan paru. Mekanisme polusi di luar ruangan seperti polutan di atmosfer dalam waktu lama sebagai penyebab PPOK belum jelas, tetapi lebih kecil prevalensinya jika dibandingkan dengan pajanan asap rokok (PDPI, 2011).

c) Polusi tempat kerja (bahan kimia, zat iritasi, gas beracun)

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 men-capai 19% (Oemiati, 2013).

3) Infeksi saluran napas berulang

Setiap inflamasi akut saluran pernapasan yang tidak berhasil disembuhkan dengan sempurna dalam jangka panjang dapat menyebabkan PPOK. Suatu infeksi saluran pernapasan atas (dibagian mana saja) akan mengakibatkan pengeluaran sekret setempat dimana dengan adanya gaya gravitasi sekret akan cenderung turun kedalam paru dan menimbulkan iritasi kronis. Ditambah lagi dengan kuman-kuman didalamnya, sekret ini akan menyebabkan infeksi sekunder, sehingga akan timbul hipersekresi didalam saluran pernapasan bawah (PDPI, 2011). Bakteri yang di isolasi paling banyak adalah *haemophilus* dan *streptococcus* (Wahid dan Suprpto, 2013). Pada anak-anak infeksi saluran pernapasan akan menyebabkan penurunan fungsi paru dan meningkatkan gejala respirasi pada saat dewasa (PDPI, 2011).

4) Stress Oksidatif

Paru selalu terpajan oleh oksidan endogen dan eksogen. Ketika keseimbangan antara oksidan dan antioksidan berubah bentuk, misalnya akses oksidan dan atau deplesi antioksidan akan menimbulkan stres oksidatif. Stres oksidatif tidak hanya menimbulkan efek kerusakan pada paru tetapi juga menimbulkan aktifitas molekuler sebagai awal inflamasi paru termasuk aktivasi gen inflamasi, inaktivasi antiprotease, stimulasi sekresi lendir, dan stimulasi eksudasi plasma meningkat (PDPI, 2011).

b. Faktor genetik

Faktor genetik yaitu memiliki riwayat keluarga dengan alergi (Yasmara, 2017). Faktor genetik yang menyebabkan PPOK yaitu sebagai berikut:

1) Defisiensi *alpha 1-antitripsin*

Belum diketahui jelas apakah faktor keturunan berperan atau tidak pada PPOK kecuali pada penderita dengan defisiensi enzim *alpha 1-antitripsin*. Kerja enzim ini menetralkan enzim proteolitik yang sering dikeluarkan pada peradangan dan merusak jaringan, termasuk jaringan paru, karena itu kerusakan jaringan lebih jauh dapat dicegah. Defisiensi *alpha 1-antitripsin* adalah suatu kelainan yang diturunkan secara autosom resesif. Orang yang sering menderita PPOK adalah pasien yang memiliki gen S atau Z (Muttaqin, 2008).

2) Hipotesis Elastase-Antielastase

Elastin komponen utama serat elastis merupakan komponen matriks ekstrasel yang sangat stabil dan penting bagi integritas paru (Reilly Jr, *et all*, 2016). Didalam paru terdapat keseimbangan antara enzim *proteolitik elastase* dan *antielastase* agar tidak terjadi kerusakan jaringan (Muttaqin, 2008). Hipotesis elastase: antielastase yang diajukan pada pertengahan tahun 1960an menyatakan bahwa keseimbangan enzim pengurai elastin dan inhibitornya menentukan kerentanan paru terhadap kerusakan yang menyebabkan pelebaran ruang udara (Reilly Jr, Silverman, dan Shapiro, 2016). Perubahan keseimbangan antara keduanya juga akan menyebabkan kerusakan pada jaringan elastisitas paru. Struktur paru akan berubah dan timbulah PPOK. Sumber elastase yang penting adalah pankreas, sel-sel PMN (*polymonuclear*), dan makrofag alveolar

(*Pulmonary Alveolar Macrophage*-PAM). Rangsangan pada paru antara lain oleh asap rokok dan infeksi menyebabkan elastase bertambah banyak. Aktivitas enzim antielastase, yaitu sistem enzim *alpha 1-antitripsin* menjadi menurun. Akibat yang ditimbulkan karena tidak ada lagi keseimbangan antara elastase dan antielastase akan menimbulkan kerusakan jaringan elastis paru dan kemudian PPOK (Muttaqin, 2008).

3) Faktor genetik lain

Faktor genetik lainnya adalah atopi yang ditandai dengan adanya eosinofilia atau peningkatan kadar Imunoglobulin E (IgE) serum, adanya hiperesponsif bronkus, dan riwayat penyakit obstruksi paru pada keluarga (Wahid dan Suprpto, 2013).

c. Faktor lain

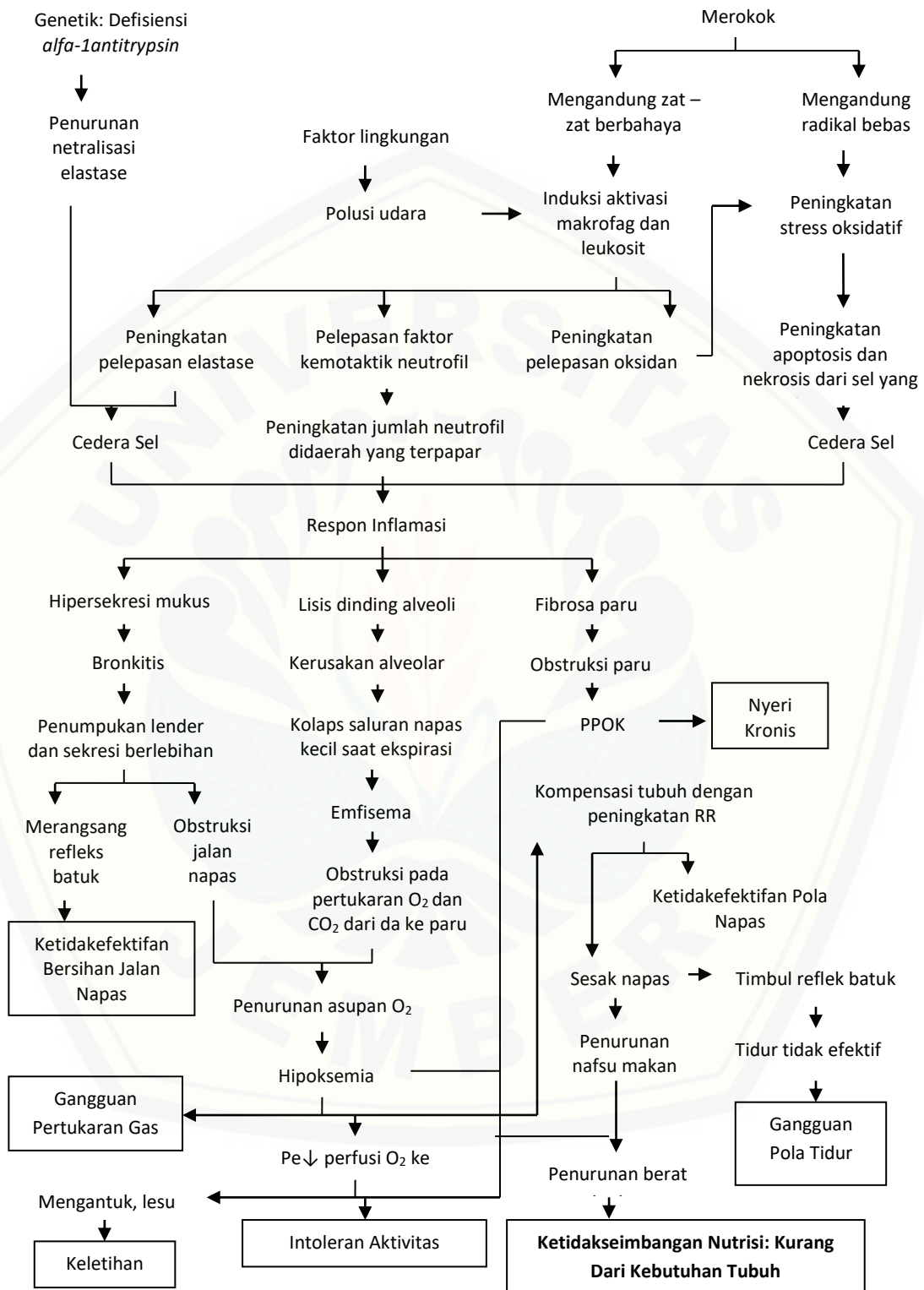
Adanya keadaan pemicu (tertawa, stress, menangis), olahraga, perubahan suhu dan bau-bau menyengat (Dosen Keperawatan Medikal Bedah Indonesia, 2017). Keadaan ini merupakan pencetus kekambuhan pada pasien asma. Asma kemungkinan sebagai faktor risiko terjadinya PPOK walaupun belum dapat disimpulkan (PDPI, 2011).

2.1.5 Patofisiologi

Beberapa faktor seperti lingkungan (asap rokok dan polusi), genetik (defisiensi *alpha 1-antitripsin*, hipotesis *elastase -antielastase*), dan faktor lain (olahraga, suhu) menjadi penyebab PPOK. Adanya faktor lingkungan seperti partikel asap dan polusi yang terhirup dalam waktu yang lama akan mengiritasi jalan napas. Unsur-unsur iritan ini menimbulkan inflamasi pada percabangan trakheobronkial (Kowalak, 2012). Pada iritasi yang konstan akan merangsang perubahan pada sel-sel penghasil mukus bronkus atau kelenjar yang mensekresi mukus dan sel-sel goblet untuk meningkatkan mukus yang dihasilkan (Padila, 2009 dan Rahmadi, 2015). Hipersekresi sel goblet akan menghalangi kebebasan silia yang dalam keadaan normal dapat menyapu debu, iritan, serta mukus yang keluar dari jalan napas (Kowalak, 2012). Sehingga silia yang melapisi bronkus akan mengalami kelumpuhan atau disfungsi serta metaplasia. Perubahan pada

sel-sel penghasil mukus dan silia ini mengganggu sistem eskalator mukosiliaris dan menyebabkan penumpukan mukus kental dalam jumlah besar dan sulit dikeluarkan dari saluran napas (Padila, 2012 dan Rahmadi, 2015). Penumpukan mukus ini mengakibatkan penyempitan atau penyumbatan jalan napas (Kowalak, 2012). Pada penumpukan mukus yang terjadi dalam bronkiolus akan menyebabkan alveoli rusak, hal ini karena letak alveoli yang berdekatan dengan bronkiolus. Alveoli akan membentuk fibrosis dan mengakibatkan perubahan fungsi makrofag alveolar yang berperan penting dalam menghancurkan partikel asing termasuk bakteri. Pasien kemudian menjadi lebih rentan terhadap infeksi pernapasan. Penyempitan bronkial lebih lanjut terjadi sebagai akibat perubahan fibrotik yang terjadi dalam jalan napas. Pada waktunya mungkin terjadi perubahan yang irreversible dan mengakibatkan PPOK (Padila, 2012).

2.1.5.1 Pathway



Gambar 2. 1 Patofisiologis Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) (Muttaqin, 2009 dalam Rahayu, 2016)

2.1.6 Manifestasi Klinis

PPOK memiliki dua manifestasi: ”*pink puffer*” pada pasien emfisema dan ”*blue bloater*” pada pasien bronkitis kronis. Untuk tanda dan gejala karakteristik tipe *pink puffer* dan tipe *blue bloater* harus selalu diingat bahwa penyakit dalam jangka panjang akan menghasilkan bentuk kombinasi yang merupakan karakteristik PPOK (Hurst, 2015).

Tabel 2. 2 Tanda dan Gejala Bronkitis dan Emfisema (Hurst, 2015)

<i>Pink Puffer</i> : Emfisema Pulmonal	<i>Blue Bloater</i> : Bronkitis Kronis
Dispnea, takipnea, penggunaan otot tambahan karena peningkatan kerja pernapasan dan penurunan ventilasi alveolar.	Produksi mukus berlebih: dapat berwarna abu-abu, putih atau kuning
Dada berbentuk tong dengan peningkatan diameter anteroposterior karena paru mengalami hiperinflasi dan terperangkap udara.	Edema, asites karena gagal jantung kanan menyebabkna darah/ cairan mengalir balik ke sirkulasi sistemik.
Ekspirasi memanjang dan mengerang sebagai upaya untuk mempertahankan jalan napas tetap terbuka	Dispnea dan kurangnya toleransi terhadap latihan menyebabkan obstruksi aliran udara
Jari tangan dan jari kaki berbentuk seperti gada karena hipoksia kronis menyebabkan perubahan jari tangan.	Bantalan kuku dan bibir kusam, sianosis karena hipoksia
Mengi saat inspirasi, bunyi meretih karena kolaps bronkiolus	Mengi saat ekspirasi, ronki, meretih (berbunyi seperti daun-daunan basah dibakar).
Batuk dipagi hari karena sekresi terkumpul sepanjang malam saat tidur	Batuk kronis sebagai upaya untuk mengeluarkan kelebihan mukus
Penurunan BB karena pengeluaran energi yang berlebihan karena upaya bernapas dan penurunan asupan kalori karena dispnea	Penambahan BB karena retensi cairan sekunder dari cor pulmonale (gagal jantung kanan) yang disebabkan oleh hipertensi pulmonal.
Duduk tegak dan menggunakan pernapasan ”tiup” dengan mendorong bibir, memberikan tekanan untuk mempertahankan alveoli tetap terbuka (tekanan saluran napas positif)	Dispnea, takipnea dan penggunaan otot tambahan pernapasan karena hipoksia
Penurunan pengembangan dada karena udara terperangkap oleh paru yang kaku	Polisitemia karena hipoksemia kronis yang memicu pelepasan eritropoetin.

Adapun untuk tanda gejala Asma bronkial, sesuai dengan definisi PPOK bahwa istilah lebih umum pada jenis-jenis PPOK tidak lagi digunakan dan untuk menegakkan diagnosis PPOK sendiri terdiri dari dua jenis dari klasifikasi PPOK,

sehingga dapat disimpulkan bahwa tanda gejala PPOK termasuk dalam tanda dan gejala diatas. Hal ini dipertegas oleh Hurst (2015) bahwa dalam jangka panjang tanda dan gejala pada PPOK merupakan kombinasi dari semua tanda dan gejala dari masing-masing klasifikasi PPOK.

2.1.7 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan PPOK mencakup beberapa komponen yaitu mengurangi gejala, mencegah progresifitas penyakit, meningkatkan toleransi latihan, meningkatkan status kesehatan, mencegah dan menangani komplikasi, mencegah dan menangani eksaserbasi, menurunkan kematian. Berikut adalah penatalaksanaan PPOK menurut derajat keparahannya (PDPI, 2011):

Tabel 2. 3 Penatalaksanaan Menurut Derajat PPOK

DERAJAT I VEP1/ KVP <70% VEP > 80% Prediksi	Derajat II* VEP1/KVP < 70% 50% < VEP1 < 80% Prediksi	Derajat III VEP1/KVP ≤ 70% 30% ≤ VEP1 ≤ 50% Prediksi	Derajat IV VEP1/KVP < 70% VEP1 < 30% Prediksi
<ul style="list-style-type: none"> • Hindari faktor risiko: BERHENTI MEROKOK, PAJANAN KERJA • Pertimbangkan pemberian vaksin influenza • Tambahkan Bronkodilator kerja pendek (bila diperlukan) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Berikan pengobatan rutin dengan satu atau lebih bronkodilator kerja lama • Tambahkan rehabilitasi fisis 			
<ul style="list-style-type: none"> • Tambahkan inhalasi glukokortikosteroid jika terjadi eksaserbasi berulang-ulang 			
<ul style="list-style-type: none"> • Tambahkan pemberian oksigen jangka panjang kalau terjadi gagal napas kronik • Lakukan tindakan operasi bila diperlukan 			

a. Penatalaksanaan Nonfarmakologis

1) Edukasi

Edukasi merupakan hal penting dalam pengelolaan jangka panjang pada PPOK stabil. Edukasi yang tepat diharapkan dapat mengurangi kecemasan pasien PPOK, memberikan semangat hidup walaupun dengan keterbatasan aktivitas

(PDPI, 2011). Agar edukasi dapat diterima dengan mudah dan dapat dilaksanakan ditentukan skala prioritas bahan edukasi sebagai berikut (PDPI, 2011):

- a) Berhenti merokok: Disampaikan pertama kali didiagnosis PPOK ditegakkan.
 - b) Penggunaan obat-obatan.
 - c) Penggunaan oksigen: Pastikan kapan oksigen harus digunakan, berapa dosisnya dan mengetahui efek samping kelebihan dosis oksigen.
 - d) Mengenal dan mengatasi efek samping obat atau terapi oksigen.
 - e) Penilaian dini eksaserbasi akut dan pengelolaannya.
 - f) Tanda eksaserbasi: Batuk, sesak dan sputum bertambah berubah warna.
 - g) Mendeteksi dan menghindari pencetus eksaserbasi.
 - h) Menyesuaikan kebiasaan hidup dengan keterbatasan aktivitas.
- 2) Berhenti merokok

Berhenti merokok merupakan satu-satunya intervensi yang paling efektif dalam mengurangi risiko berkembangnya PPOK dan memperlambat progresivitas penyakit (PDPI, 2011). Strategi untuk membantu pasien berhenti merokok 5A: *Ask* (Tanyakan), *Advise* (Nasihati), *Assess* (Nilai keinginan berhenti), *Assist* (Bimbing), *Arrange* (Atur jadwal).

3) Rehabilitasi PPOK

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

4) 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. Terapi oksigen dapat dilaksanakan di rumah maupun di rumah sakit. Terapi oksigen di rumah diberikan kepada penderita PPOK stabil derajat berat dengan gagal napas kronik. Sedangkan di rumah sakit

oksigen diberikan pada PPOK aksesarbsasi akut di unit gawat darurat, ruang rawat ataupun ICU (PDPI, 2011).

5) Ventilasi Mekanik

Ventilasi mekanik pada PPOK digunakan pada eksaserbsasi dengan gagal napas akut, gagal napas akut pada gagal napas kronik atau pada pasien PPOK derajat berat dengan gagal napas kronik. Ventilasi mekanik dapat digunakan di rumah sakit di ruang ICU atau di rumah. Ventilasi mekanik dapat dilakukan dengan cara yaitu ventilasi mekanik tanpa intubasi dan ventilasi mekanik dengan intubasi (PDPI, 2011).

6) Nutrisi

Menurut Mahan dan Stump (2000) dalam Tjahjono (2012), dikatakan bahwa nutrisi yang optimal berfungsi dalam perkembangan dan pengaturan fisiologis sistem pernafasan. Efek merugikan dari penyakit pernafasan pada status nutrisi diantaranya termasuk peningkatan penggunaan energi (akibat meningkatnya kerja pernafasan, infeksi kronis dan pengobatan), penurunan intake makanan (akibat sesak, anoreksia, penurunan saturasi oksigen ketika makan, dan muntah) dan keterbatasan kemampuan dalam menyediakan makanan akibat kelelahan.

Malnutrisi sering terjadi pada PPOK, karena bertambahnya kebutuhan energi akibat kerja muskulus respirasi yang meningkat karena hipoksemia kronik dan hiperkapni menyebabkan terjadi hipermetabolisme. Gangguan ini dapat mengurangi fungsi diafragma. Dianjurkan pemberian nutrisi dengan komposisi seimbang, yaitu porsi kecil dengan waktu pemberian yang lebih. Keseimbangan nutrisi antara protein lemak dan karbohidrat diberikan dalam porsi kecil tetapi sering. Kekurangan kalori dapat menyebabkan meningkatnya derajat sesak (PDPI, 2011).

Tindakan diet seperti meminimalkan asupan produk susu dan garam dapat membantu mengurangi produksi mukosa dan mempertahankan mukus tetap cair. Rekomendasikan tindakan untuk mengganti protein dan kalsium dalam produk susu untuk membantu mempertahankan keseimbangan nutrisi (LeMone, 2016). Alina Zhukovskaya (2016) seorang spesialis detoksifikasi merekomendasikan diet yang berfokus pada sayuran dan buah-buahan yang kaya akan vitamin A dan C,

seperti memberikan jus wortel, karena dengan memberikan jus diharapkan dapat membantu melawan infeksi dan peradangan yang terjadi akibat PPOK, selain itu juga dengan terapi nutrisi dengan jus pasien akan mendapatkan semua vitamin dan mineral dalam bentuk cair, sehingga tubuh dapat menyerap nutrisi lebih cepat (National Emphysema Foundation, 2016). Konseling gizi juga perlu dilakukan untuk mengoptimalkan asupan dietnya. Pasien disarankan untuk makan dengan porsi kecil dan sering sehingga dapat mengurangi pembatasan gerakan diafragma akibat lambung penuh sehingga makanan dapat masuk dengan baik (Ariyani, Sarbini, dan Yuliati, 2011).

b. Penatalaksanaan Farmakologis (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*).

2) Antiinflamasi

Digunakan bila terjadi eksaserbasi akut dalam bentuk oral atau injeksi intravena, berfungsi menekan inflamasi yang terjadi, dipilih golongan metilprednisolon atau prednison. Bentuk inhalasi sebagai terapi jangka panjang diberikan bila terbukti uji kortikosteroid positif yaitu terdapat perbaikan VEPI pasca bronkodilator meningkat $> 20\%$ dan minimal 250 mg. Digunakan pada PPOK stabil mulai derajat III dalam bentuk glukokortikoid, kombinasi LABACs (*Long acting β_2 agonist with corticosteroid*) dan PDE-4 (*phosphodiesterase-4*).

3) Antibiotika

Hanya diberikan bila terdapat eksaserbasi. Pemberian antibiotik di rumah sakit sebaiknya per drip atau intravena.

4) Antioksidan

Antioksidan dapat mengurangi eksaserbasi dan memperbaiki kualitas hidup, digunakan N-asetilsistein. Dapat diberikan pada PPOK dengan eksaserbasi yang sering, tidak dianjurkan sebagai pemberian yang rutin.

5) Mukolitik

Hanya diberikan terutama pada eksaserbasi akut karena akan mempercepat perbaikan eksaserbasi, terutama pada bronchitis kronik dengan sputum yang viscous (misalnya ambroksol, erdostein). Mengurangi eksaserbasi pada PPOK bronchitis kronik, tetapi tidak dianjurkan sebagai pemberian rutin.

6) Antitusif: Diberikan dengan hati-hati.

7) Phosphodiesterase-4 inhibitor

Diberikan kepada pasien dengan derajat III atau derajat IV dan memiliki riwayat eksaserbasi dan bronchitis kronik. Phosphodiesterase-4 inhibitor, roflumilast dapat mengurangi eksaserbasi, diberikan secara oral dengan glukokortikosteroid.

c. Penatalaksanaan Pembedahan

Ketika terapi medis tidak lagi efektif, transplantasi paru dapat menjadi pilihan. Baik transplantasi tunggal maupun bilateral telah dilakukan secara berhasil. 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 (LeMone, 2016).

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

a. Pengukuran Fungsi Paru

Tes fungsi paru dilakukan untuk menentukan penyebab dispnea, memastikan gangguan obstruksi atau restriksi, memperkirakan derajat disfungsi dan untuk mengevaluasi efek terapi (misal: bronkodilator) (Doenges, 2015). Pada emfisema paru kapasitas difusi menurun karena permukaan alveoli untuk difusi berkurang (Wahid dan Suprpto, 2013), didapatkan hasil sebagai berikut (Doenges, 2015):

- 1) Kapasitas inspirasi menurun (emfisema)
- 2) Volume residu meningkat pada semua jenis PPOK

- 3) FEV₁ (*Forced Expiratory Flow*) /FVC (*Forced Vital Capacity*): Rasio volume ekspirasi kuat dengan kapasitas kuat menurun pada bronkhitis dan asma
- 4) TLC (*Total Lung Capacity*): Peningkatan pada luasnya bronkhitis kronis dan kadang-kadang pada asma; penurunan emfisema.

b. Analisa Gas Darah

PaO₂ menurun (normal 80-100 mmHg), PCO₂ meningkat (normal 35-45 mmHg), eritropoiesis bertambah (Wahid dan Suprpto, 2013), sering menurun pada asma. Nilai pH normal, asidosis, alkalosis, respiratorik ringan sekunder (Muttaqin, 2008).

c. Kimia darah

Pemeriksaan kadar defisiensi *alpha 1-antitripsin* dilakukan untuk meyakinkan defisiensi dan diagnosa emfisema primer (Doenges, 2015), terutama pada pasien yang memiliki riwayat keluarga penyakit obstruksi jalan napas, pasien yang memiliki awitan dini, wanita, dan tidak merokok. Kadar serum *alpha 1-antitripsin* pada orang dewasa normal memiliki rentang 80 hingga 260 mg/dL (LeMone, 2016).

d. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil dari pemeriksaan laboratorium (Muttaqin, 2008):

- 1) Hemoglobin dan Hematokrit meningkat pada polisitemia sekunder.
- 2) Jumlah darah merah meningkat.
- 3) Eosinofil dan IgE serum meningkat.
- 4) Pulse oksimetri → Saturasi O₂ oksigenasi menurun.
- 5) Elektrolit menurun karena pemakaian obat diuretik.

e. Pemeriksaan Sputum

Pemeriksaan gram kuman atau kultur adanya infeksi campuran. Kuman patogen yang biasa ditemukan adalah *streptococcus pneumoniae*, *hemophilus influenzae*, dan *morazella catarrhalis* (Muttaqin, 2008). Kultur sputum untuk menentukan infeksi, mengidentifikasi patogen sedangkan pemeriksaan sitolitik untuk mengetahui keganasan atau gangguan alergi (Doenges, 2015).

f. Pemeriksaan radiologi thoraks (Antero Posterior dan lateral)

Menunjukkan adanya hiperinflasi paru, pembesaran jantung, dan bendungan area paru. Pada emfisema paru di dapatkan diafragma dengan letak rendah dan mendatar ruang udara retrosternal $>$ (foto lateral), jantung tampak bergantung, memanjang dan menyempit (Muttaqin, 2008). Sedangkan pada bronkitis kronis ditunjukkan dengan adanya peningkatan bronkovaskuler dan untuk asma hasil normal selama periode remisi (Doenges, 2000).

g. Pemeriksaan Bronkhogram

Menunjukkan dilatasi bronkus, kolaps bronkhiale pada ekspirasi kuat (Muttaqin, 2008). Pemeriksaan bronkogram dapat menunjukkan dilatasi silindris bronkus dan pembesaran duktus mukosa pada bronkitis (Doenges, 2015).

h. Oksimetri Nadi

Digunakan untuk memonitor kadar saturasi oksigen darah. Obstruksi jalan napas nyata dan hipoksemia seringkali menyebabkan kadar saturasi oksigen kurang dari 95%. Oksimetri nadi dapat dimonitor secara terus menerus untuk mengkaji kebutuhan oksigen tambahan (LeMone, 2016).

i. Elektro Kardiogram (EKG)

Kelainan EKG yang paling awal terjadi adalah rotasi *clock wise* jantung. Bila sudah terdapat kor pulmonal, terdapat deviasi aksis kekanan dan P-Pulmonal pada hantaran II, III, dan aVF. Voltase QRS rendah. Di V1 rasio R/S lebih dari 1 dan di V6 V 1 rasio R/S kurang dari 1. Sering terdapat RBBB (*Right Bundle Branch Block*) inkomplet (Muttaqin, 2008). Pada EKG biasanya ditemukan disritmia atrial (bronkitis), peninggian gelombang P pada lead II, III, AVF (bronkitis, emfisema) dan aksis vertikal QRS (emfisema) (Doenges, 2015).

2.1.9 Komplikasi

Menurut Barnes (2010) dalam Tjahjono (2012), beberapa penelitian melaporkan bahwa inflamasi sistemik pada pasien PPOK menyebabkan arterosklerosis, peningkatan prevalensi infark miokard dan gagal jantung. Lebih lanjut dijelaskan, inflamasi sistemik menyebabkan resistensi insulin sehingga meningkatkan risiko terjadinya diabetes mellitus. Pasien PPOK juga beresiko

mengalami sindroma metabolik yang ditunjukkan dengan adanya hipertensi dan hiperlipidemia. Komplikasi PPOK pada sistem muskuloskeletal ditunjukkan dengan meningkatnya prevalensi osteoporosis dan fraktur kompresi vertebral.

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

a. Gagal napas, meliputi (PDPI, 2011):

1) Gagal napas kronik

Hasil analisis gas darah $PO_2 < 60$ mmHg dan $PCO_2 > 60$ mmHg, dan pH normal, penatalaksanaan: Jaga keseimbangan PO_2 dan PCO_2 , bronkodilator adekuat, terapi oksigen yang adekuat terutama waktu aktivitas atau waktu tidur, antioksidan, latihan pernapasan dengan *pursed lips breathing*.

2) Gagal napas akut pada gagal napas kronik

Tanda-tanda pada pasien meliputi sesak napas dengan atau tanpa sianosis, sputum bertambah dan purulen, demam, kesadaran menurun.

3) Infeksi berulang

Pada pasien PPOK produksi sputum yang berlebihan menyebabkan terbentuk koloni kuman, hal ini memudahkan terjadinya infeksi berulang, pada kondisi kronik ini imunitas menjadi lebih rendah, ditandai dengan menurunnya kadar limfosit darah (PDPI, 2011).

b. Kor pulmonal

Ditandai oleh P pulmonal pada EKG, hematokrit $> 50\%$, dapat disertai gagal jantung kanan (PDPI, 2011).

2.2 Asuhan Keperawatan Pada Pasien PPOK dengan Ketidakseimbangan Nutrisi (Kurang dari kebutuhan tubuh)

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi inisial pasien, usia, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, status, golongan darah, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis.

PPOK seringkali timbul pada usia pertengahan (40 tahun keatas) akibat merokok dalam waktu yang lama (PDPI, 2011). Berdasarkan semua survei, laki-laki lebih sering menderita dibandingkan perempuan (Ingram, 2015), namun prevalensi PPOK pada wanita juga meningkat seiring dengan berkurangnya perbedaan gender dalam merokok lima puluh tahun terakhir (Reilly Jr, Silverman, dan Shapiro, 2016). Walaupun perokok merupakan faktor etiologi yang paling penting, pemaparan akibat kerja dan lingkungan sekarang mendapat perhatian yang cukup banyak, terutama sebagai unsur penambah bagi efek yang ditimbulkan oleh merokok (Ingram, 2015).

PPOK juga lebih sering ditemukan pada pekerja yang berhubungan dengan debu organik atau anorganik atau terhadap gas beracun misalnya pekerja dipabrik plastik yang terpajan oleh toluene diisocyanida dan pekerja di ruangan pengepakan pada pabrik pemintalan kapas (Ingram, 2015). Pekerja yang bertempat tinggal atau bekerja dengan polusi udara berat juga menjadi faktor penyebab PPOK (Muttaqin, 2008).

b. Keluhan Utama

Keluhan pada pola nutrisi pasien diantaranya adalah mual/muntah, nafsu makan buruk/ anoreksia (emfisema), ketidakmampuan untuk makan karena distress pernapasan (Doenges, 2000).

Dispnea adalah keluhan utama pada PPOK (Muttaqin, 2008). Tiga gejala tersering pasien PPOK antara lain batuk, produksi sputum (terutama pada saat bangun), dan *dyspnea d'effort* (dispnea saat beraktivitas). *Dyspnea d'effort* yang sering diungkapkan pasien sebagai peningkatan upaya bernapas, rasa berat, kehabisan napas, atau terengah-engah dapat muncul perlahan-lahan (Reilly Jr, Silverman, dan Shapiro, 2016). Dispnea akan bertambah berat bila beraktivitas, kadang-kadang disertai mengi dan rasa berat di dada (PDPI, 2011).

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Perawat perlu mengkaji adanya faktor pencetus eksaserbasi yang meliputi alergen, stress emosional, peningkatan aktivitas fisik yang berlebihan, terpapar dengan polusi udara, infeksi saluran pernapasan (Muttaqin, 2008), riwayat pajanan perokok pasif dan polutan pekerjaan (LeMone, 2016). Perawat juga perlu

mengkaji tentang pola makan pasien beberapa hari terakhir dan jenis makanan yang dimakan.

d. Riwayat Penyakit Masa Lalu

Riwayat merokok atau bekas perokok dengan atau tanpa gejala pernapasan, riwayat merokok (dalam bungkus setiap tahun- bungkus perhari sejumlah tahun yang merokok) (LeMone, 2016). Riwayat pneumonia berulang, terpajan pada polusi kimia/ iritan pernapasan dalam jangka panjang (misalnya rokok sigaret) atau debu/ asap (misalnya: asbes, debu batubara, rami katun, serbuk gergaji) (Doenges, 2000). Terdapat faktor predisposisi pada masa bayi/anak, misalnya berat badan lahir rendah (BBLR), infeksi saluran napas berulang (PDPI, 2011), riwayat asma pada anak-anak (Muttaqin, 2008). Batuk atau produksi sputum selama beberapa hari \pm 3 bulan dalam setahun dan paling sedikit dalam dua tahun berturut-turut (Somantri, 2012).

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat alergi pada keluarga (Muttaqin, 2008) dan riwayat penyakit emfisema pada keluarga (PDPI, 2011),

f. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan

Kebiasaan merokok berhubungan dengan kejadian PPOK dan merupakan satu-satunya penyebab terpenting, jauh lebih penting dari faktor penyebab lainnya. PPOK pada perokok tergantung dari dosis rokok yang dihisap, usia mulai merokok, jumlah batang rokok pertahun dan lamanya merokok (Indeks Brinkman) (PDPI, 2011).

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Mual/ muntah, nafsu makan buruk/ anoreksia (emfisema), ketidakmampuan untuk makan karena distress pernapasan, penurunan berat badan menetap (emfisema), peningkatan berat badan menunjukkan edema (bronkhitis) (Doenges, 2000). Kaji pola makan (jumlah, jenis, dan frekuensi), alergi makanan, pantangan terhadap makanan (misalnya makanan karbonasi, lemak, sayuran).

3) Pola Eliminasi

Kaji urin pada warna, jumlah, frekuensi. Kaji pola buang air besar (kaji feses: warna, konsistensi, jumlah) dan juga kaji adanya konstipasi terkait makanan yang dikonsumsi pasien.

4) Pola Tidur dan Istirahat.

Ketidakmampuan tidur, tidur dalam posisi duduk tinggi, dan dispnea pada saat istirahat, aktivitas atau latihan, dimana tanda yang terlihat pada pasien adalah insomnia (Doenges, 2000).

5) Pola Aktifitas dan Istirahat

Keletihan, kelelahan, malaise, ketidakmampuan melakukan aktivitas karena sulit bernapas Penurunan kemampuan/ peningkatan kebutuhan bantuan melakukan aktivitas sehari-hari. Tanda yang terlihat pada pasien adalah gelisah, kelemahan umum/ kehilangan massa otot (Doenges, 2000).

6) Pola sensori dan pengetahuan

Pada pola sensori dan pengetahuan pada pasien PPOK tidak terdapat gangguan. Kaji kemampuan pasien berkomunikasi, orientasi, dan kemampuan penginderaan (penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, perabaan).

7) Pola hubungan interpersonal dan peran

Hubungan ketergantungan, kurang sistem pendukung, kegagalan dukungan dari/ terhadap pasangan/ orang terdekat, dan penyakit lama atau ketidakmampuan membaik (Doenges, 2000). Menurut Bergs (2002) dalam Tjahjono, (2012), pasien PPOK diyakini mengalami kehilangan peran sosial dan cenderung menarik diri serta menghindari interaksi sehingga menjadi terasing.

8) Pola persepsi dan konsep diri

Beddoe (2010) dalam Tjahjono, (2012), mengatakan bahwa pasien PPOK berisiko mengalami depresi, kecemasan dan kepanikan dimana prevalensinya lebih tinggi dibandingkan dengan penyakit kronis lain. Pasien PPOK juga kehilangan kontrol terhadap aktifitas perawatan diri, pembatasan

rekreasi, kehilangan kebebasan, kurang berperan dalam keluarga, mengalami gangguan gambaran diri dan harga diri rendah (Tjahjono, 2012).

9) Pola reproduksi dan seksual

Gejala pada pola reproduksi adalah penurunan libido (Doenges, 2000).

10) Pola penanggulangan stres

Gejalanya berupa peningkatan faktor risiko dan perubahan pola hidup. Sedangkan tanda yang bisa dilihat pada pasien adalah ansietas, ketakutan, peka rangsang. Ketidakmampuan untuk membuat/ mempertahankan suara karena distress pernapasan membuat pasien kesulitan dalam memecahkan masalah (Doenges, 2000).

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Pasien kesulitan beribadah karena kelemahan dan ketidakmampuan beraktivitas karena kesulitan bernapas (dispnea) (Doenges, 2000).

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum Pasien

Keadaan umum pasien PPOK seringkali mengalami keletihan, kelelahan, dan malaise (Doenges, 2000).

2) Tanda-Tanda Vital Pasien

Peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi jantung/ takikardi berat, disritmia, pernapasan biasanya cepat, dapat lambat. Penurunan berat badan massa otot/ lemak sub kutan (Doenges, 2000).

3) Pemeriksaan Fisik (Kepala, Rambut, Wajah)

Tidak terdapat perubahan ataupun lesi pada kepala (simetris), rambut, atau wajah pasien PPOK.

4) Sistem Penglihatan

Tidak terdapat perubahan ataupun gangguan pada sistem penglihatan. Conjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterus, pelpebra tidak cowong, pupil isokor.

5) Wicara dan Telinga Hidung Tenggorokan (THT)

- a) Wicara : Kesulitan bicara kalimat atau lebih dari empat atau lima kata sekaligus. Ketidakmampuan untuk membuat/ mempertahankan suara karena distress pernapasan (Doenges, 2000).
- b) THT : Distensi vena leher (penyakit berat). Vena jugularis mungkin mengalami distensi selama ekspirasi (Doenges, 2000). Tidak ditemukan deviasi trakhea (Trakhea berada digaris tengah) (Bickley, 2012).

6) Sistem Pencernaan

- a) Inspeksi : Higiene buruk (mulut kotor), abdomen kembung.
- b) Palpasi : Palpitasi abdominal dapat menyatakan hepatomegali (bronkhitis).
- c) Perkusi : Suara hipertimpani.
- d) Auskultasi : Bising usus terdengar.

7) Sistem Pernapasan

- a) Inspeksi : Sianosis pada bibir, pernapasan biasanya cepat, dapat lambat, fase ekspirasi memanjang dengan mendengkur napas bibir (emfisema). Terlihat adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernapasan serta penggunaan otot bantu napas misalnya meninggikan bahu, retraksi fossa supraklavikularis, melebarkan hidung (Doenges, 2000), duduk dalam posisi “tripod” yang khas untuk mempermudah kerja otot sternokleidomastoideus, skalneus, dan interkostalis (Reilly Jr, Silverman, dan Shapiro, 2016). Bentuk dada *barrel chest* akibat udara yang terperangkap, penipisan massa otot dan bernapas dengan bibir yang dirapatkan, dan bernafas abnormal yang tidak efektif (Muttaqin, 2008).
- b) Palpasi : Pada palpasi ekspansi meningkat dan taktil fremitus biasanya menurun (Muttaqin, 2008).
- c) Perkusi : Didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma mendatar/ menurun (Muttaqin, 2008), bunyi pekak pada area paru (misalnya konsolidasi, cairan mukosa) (Doenges, 2000).
- d) Auskultasi: Sering didapatkan adanya bunyi napas ronki dan wheezing sesuai tingkat keparahan obstruksi pada bronkiolus (Muttaqin, 2008).

Bunyi napas mungkin redup dengan ekspirasi mengi (emfisema), menyebar, lembut, atau krekels lembab kasar (bronkhitis kronis), ronki, mengi sepanjang area paru pada ekspirasi dan kemungkinan selama inspirasi berlanjut sampai penurunan atau tidak adanya bunyi napas (asma) (Doenges, 2000).

8) Sistem Kardiovaskuler

Bunyi jantung redup (yang berhubungan dengan peningkatan diameter anteroposterior dada) (Doenges, 2000).

9) Sistem Persarafan: Nervus cranialis I-XII berfungsi dengan baik, GCS (*Glaucoma Scale*) E4V5M6, orientasi waktu dan tempat baik.

10) Sistem Endokrin: Sistem endokrin berfungsi dengan baik ditandai dengan tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

11) Sistem Genitourinari: Tidak ada perubahan warna pada genetalia, tidak ada nyeri tekan pada suprapubic.

12) Sistem Muskuloskeletal: Pembengkakan pada ekstermitas bawah, edema dependen, tidak berhubungan dengan penyakit jantung (Doenges, 2000).

13) Sistem Integumen

a) Inspeksi (Warna kulit/ membran mukosa): normal atau abu-abu/ sianosis bibir, kuku tabuh (*clubbing fingers*) sebagai dampak dari hipoksemia yang berkepanjangan (Muttaqin, 2008) dan sianosis perifer, warna kulit pucat menunjukkan anemia, edema dependen, Pasien dengan emfisema sering disebut “pink puffer” karena warna kulit normal meski pertukaran gas tidak normal dan frekuensi napas cepat (Doenges, 2000).

b) Palpasi: Turgor kulit buruk, berkeringat (Doenges, 2000).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

a. Definisi:

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (Wilkinson dan Ahern, 2015).

b. Batasan karakteristik:

Penulis menyarankan penggunaan diagnosis ini hanya jika terdapat satu diantara tanda NANDA berikut:

- a) Berat badan kurang dari 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi badan dan rangka tubuh.
- b) Asupan makanan kurang dari kebutuhan metabolic, baik kalori total maupun zat gizi tertentu (non-NANDA International).
- c) Kehilangan berat badan dengan asupan makanan adekuat
- d) Melaporkan asupan makana yang tidak adekuat kurang dari *recommended daily allowance* (RDA)

1) Subjektif:

- a) Kram abdomen
- b) Nyeri abdomen (dengan atau tanpa penyakit)
- c) Indigesti
- d) Persepsi ketidakmampuan untuk mencerna makanan
- e) Melaporkan perubahan sensasi rasa
- f) (Melaporkan) kurang makanan
- g) Merasa cepat kenyang setelah mengonsumsi makanan.

2) Objektif:

- a) Berat badan kurang dari 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal
- b) Pembuluh kapiler rapuh
- c) Diare atau steatore
- d) (Adanya bukti kekurangan makanan)
- e) Kehilangan rambut yang berlebihan
- f) Bising usus hiperaktif
- g) Kurang informasi, informasi yang salah
- h) Kurang minat terhadap makanan
- i) Salah paham
- j) Membran mukosa pucat
- k) Tonus otot buruk

- l) Menolak untuk makan
 - m) Rongga mulut terluka (inflamasi) (Wilkinson dan Ahern, 2011).
- c. Faktor yang berhubungan
- 1) Ketidakmampuan menyerap nutrisi akibat faktor biologis, psikologis atau ekonomi, termasuk beberapa diantaranya (Wilkinson dan Ahern, 2011):
 - 2) Ketergantungan zat kimia
 - 3) Penyakit kronis (sebutkan)
 - 4) Faktor ekonomi
 - 5) Intoleransi makanan
 - 6) Kebutuhan metabolik tinggi
 - 7) Kurang pengetahuan dasar tentang nutrisi
 - 8) Akses terhadap makanan terbatas
 - 9) Hilang nafsu makan
 - 10) Mual dan muntah.
 - 11) Gangguan psikologis
- Doenges, (2000) menambahkan beberapa faktor yang dapat dihubungkan yaitu dispnea, kelemahan, efek samping obat, produksi sputum.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

- a. Hasil NOC
- 1) Selera makan: keinginan untuk makan ketika dalam keadaan sakit atau sedang menjalani pengobatan
 - 2) Pembentukan Pola menyusui bayi: Bayi melekat dan mengisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama menyusui
 - 3) Status Gizi: Pengukuran biokimia: komponen dan kimia cairan tubuh yang mengindikasikan status nutrisi
 - 4) Status Gizi: Asupan makanan dan Cairan: Jumlah makanan dan cairan yang dikonsumsi tubuh selama 24 jam
 - 5) Status Gizi: Asupan Gizi: keadekuatan pola asupan zat gizi yang biasanya

- 6) Perawatan Diri: Makan: Kemampuan untuk mempersiapkan dan mengingestikan makanan dan cairan secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.
 - 7) Berat badan: Massa tubuh: Tingkat kesesuaian berat badan, otot, dan lemak dengan tinggi badan, rangka tubuh, jenis kelamin dan usia.
- b. Tujuan/ Kriteria Evaluasi
- 1) Memperlihatkan status gizi: Asupan makanan dan cairan, yang di buktikan oleh indikator sebagai berikut (tidak adekuat, sedikit adekuat, cukup adekuat, adekuat, sangat adekuat).
 - 2) Makanan oral, pemberian makanan slang, atau nutrisi parenteral total.
 - 3) Asupan cairan oral atau IV
 - a) Mempertahankan berat badan ... kg atau bertambah ... kg pada (sebutkan tanggalnya)
 - b) Menjelaskan komponen diet bergizi adekuat
 - c) Mengungkapkan tekad untuk mematuhi diet
 - d) Menoleransi diet yang dianjurkan
 - e) Mempertahankan massa tubuh dan berat badan dalam batas normal
 - f) Memiliki nilai laboratorium (misalnya, transerin, albumin, dan elektrolit) dalam batas normal.
 - g) Melaporkan tingkat energi yang adekuat (Wilkinson dan Ahern, 2011).
- c. Intervensi Keperawatan
- 1) Intervensi *Nursing Intervention Classification* (NIC)
 - a) Manajemen gangguan makan: mencegah dan menangani pembatasan diet yang sangat ketat dan aktivitas berlebihan atau memasukkan makanan dan minuman dalam jumlah yang banyak kemudian berusaha mengeluarkan semuanya
 - b) Manajemen Elektrolit: Meningkatkan keseimbangan elektrolit dan pencegahan komplikasi akibat dari kadar elektrolit serum yang tidak normal atau diluar harapan.
 - c) Pemantauan elektrolit: Mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan elektrolit

- d) Pemantauan cairan: Pengumpulan dan menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan
 - e) Manajemen Elektrolit/ Cairan: Mengatur dan mencegah komplikasi akibat perubahan kadar cairan dan elektrolit
 - f) Manajemen nutrisi: membantu atau menyediakan asupan makanan dan cairan diet seimbang.
 - g) Terapi Nutrisi: Pemberian makanan dan cairan untuk mendukung proses metabolik pasien yang malnutrisi atau berisiko tinggi terhadap malnutrisi
 - h) Pemantauan Nutrisi: Mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk mencegah dan meminimalkan kurang gizi.
 - i) Bantuan perawatan-Diri: Makan: Membantu individu untuk makan
 - j) Bantuan menaikkan berat badan: Memfasilitasi pencapaian kenaikan berat badan (Wilkinson dan Ahern, 2011).
- 2) Aktivitas Keperawatan (Wilkinson dan Ahern, 2011):
- a) Aktivitas umum untuk semua ketidakseimbangan nutrisi
 - a) Pengkajian
 - (1) Tentukan motivasi pasien untuk mengubah kebiasaan makan
 - (2) Pantau nilai laboratorium, khususnya transferin, albumin, dan elektrolit
 - (3) Manajemen Nutrisi (NIC):
 - (a) Ketahui makanan kesukaan pasien
 - (b) Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.
 - (c) Pantau kandungan nutrisi dan kalori pada catatan asupan
 - (d) Timbang pasien pada interval yang tepat.
 - b) Penyuluhan untuk pasien/ keluarga
 - (1) Ajarkan metode untuk perencanaan makan
 - (2) Ajarkan pasien/ keluarga tentang makanan yang bergizi dan tidak mahal

- (3) Manajemen Nutrisi (NIC): Berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya.
- c) Aktivitas Kolaboratif
- (1) Diskusikan dengan ahli gizi dalam menentukan kebutuhan protein pasien yang mengalami ketidakadekuatan asupan protein atau kehilangan protein (misal, pasien anoreksia nervosa atau pasien penyakit, glomerular/ dialisis peritoneal)
 - (2) Diskusikan dengan dokter kebutuhan stimulasi nafsu makan, makanan pelengkap, pemberian maanan melalui slang, atau nutrisi parenteral total agar asupan kalori yang adekuat dapat dipertahankan.
 - (3) Rujuk dokter untuk menentukan penyebab gangguan nutrisi
 - (4) Rujuk program gizi di komunitas tepat, jika pasien tidak dapat membeli atau menyiapkan makanan yang adekuat.
 - (5) Manajemen nutrisi (NIC): Tentukan dengan melakukan kolaborasi bersama ahli gizi, jika diperlukan, jumlah kalori dan jenis zat gizi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (khususnya untuk pasien dengan kebutuhan energi tinggi, seperti pasien pasca bedah dan luka bakar, trauma, demam, dan luka).
- d) Aktivitas Lain
- (1) Buat perencanaan makan dengan pasien yang masuk dalam jadwal makan, lingkungan makan, kesukaan dan ketidaksukaan pasien, serta suhu makanan.
 - (2) Dukung anggota keluarga untuk membawa makanan kesukaan pasien dari rumah.
 - (3) Bantu pasien menulis tujuan mingguan yang realistis untuk latihan fisik dan asupan makanan.
 - (4) Anjurkan pasien untuk menampilkan tujuan makan dan latihan fisik di lokasi yang terlihat jelas dan kaji ulang setiap hari.
 - (5) Tawarkan makanan porsi besar di siang hari ketika nafsu makan tinggi.

- (6) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan untuk makan (misalnya, pindahkan barang-barang dan cairan yang tidak sedang dipandang).
- (7) Hindari prosedur invasive
- (8) Suapi pasien jika perlu
- (9) Manajemen Nutrisi (NIC):
 - (a) Berikan pasien minuman dan kudapan bergizi, tinggi protein, tinggi kalori yang siap dikonsumsi, bila memungkinkan.
 - (b) Ajarkan pasien tentang cara membuat catatan harian makanan, jika perlu.

2) Kesulitan Menguyah dan Menelan

- a) Pengkajian
Kaji dan dokumentasikan derajat kesulitan menguyah dan menelan.
- b) Aktivitas Kolaboratif
Konsultasikan dengan ahli terapi okupasi
- c) Aktivitas Lain
 - (1) Yakinkan pasien dan berikan lingkungan yang tenang selama makan.
 - (2) Siapkan kateter pengisap disamping tempat tidur dan alat pengisap selama makan, bila diperlukan
 - (3) Ubah posisi pasien semi fowler atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan; biarkan pasien dalam posisi ini dalam 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi.
 - (4) Letakkan makanan pada bagian mulut yang tidak bermasalah untuk memudahkan menelan.
 - (5) Manajemen Nutrisi (NIC): Anjurkan pasien untuk menggunakan gigi palsu yang sesuai atau melakukan perawatan gigi.

3) Mual/ Muntah

- a) Pengkajian
 - (1) Identifikasi faktor pencetus mual muntah
 - (2) Catat warna, jumlah dan frekuensi muntah.
- b) Penyuluhan untuk Pasien/ Keluarga

Instruksikan pasien agar menarik napas dalam, perlahan, dan menelan secara sadar untuk mengurangi mual dan muntah.

c) Aktivitas Kolaboratif

Berikan obat antiemetik dan/ atau analgesik sebelum makan atau sesuai dengan jadwal yang dianjurkan.

d) Aktivitas lain

(1) Minimalkan faktor yang dapat menimbulkan mual dan muntah.

(2) Tawarkan kain basah, dingin untuk diletakkan diatas dahi atau dibelakang leher.

(3) Tawarkan higiene mulut sebelum makan.

(4) Batasi diet terhadap es batu dan air putih jika gejala parah; tingkatkan diet bila perlu.

4) Kehilangan Selera Makan

a) Pengkajian

b) Identifikasi faktor yang mempengaruhi kehilangan selera makan pasien (seperti obat, dan masalah emosi).

c) Aktivitas lain

(1) Berikan umpan balik positif kepada pasien yang menunjukkan peningkatan selera makan

(2) Berikan makanan sesuai pilihan pribadi, budaya, dan agama pasien.

(3) Manajemen nutrisi (NIC)

(a) Tawarkan kudapan (misalnya, minuman dan buah-buahan segar atau jus buah segar) bila perlu.

(b) Berikan makanan yang bergizi, tinggi kalori, dan bervariasi yang dapat dipilih oleh pasien.

5) Gangguan makan

a) Pengkajian

Pantau perilaku pasien yang berhubungan dengan penurunan berat badan.

b) Aktivitas Kolaboratif

- (1) Konsultasikan pada ahli gizi untuk menentukan asupan kalori harian dibutuhkan untuk mencapai berat badan target
- (2) Laporkan kepada dokter jika pasien menolak makan.
- (3) Bekerja sama dengan dokter, ahli gizi, dan pasien untuk merencanakan tujuan asupan dan berat badan.
- (4) Rujuk untuk memperoleh perawatan kesehatan jiwa.

c) Aktivitas Lain

- (1) Bina hubungan saling percaya dan mendukung dengan pasien.
- (2) Komunikasikan harapan terhadap kesesuaian asupan makanan dan cairan serta jumlah latihan fisik.
- (3) Pertahankan makan pasien sesuai jadwal makan dan kudapan.
- (4) Temani pasien ke kamar mandi setelah makan/ mengudap untuk mengobservasi adanya muntah yang disengaja.
- (5) Kembangkan program modifikasi perilaku yang spesifik terhadap kebutuhan pasien.
- (6) Berikan penguatan positif untuk pencapaian berat badan dan perilaku makan yang tepat, tetapi jangan memfokuskan interaksi pada makan atau makanan.
- (7) Gali bersama pasien dan orang terdekat isu pribadi (misalnya citra tubuh) yang mempengaruhi perilaku makan.
- (8) Komunikasikan bahwa pasien bertanggung jawab terhadap aktivitas fisik dan makan.
- (9) Diskusikan keuntungan perilaku makan yang sehat dan dampak ketidakpatuhan (Wilkinson dan Ahern, 2011).

6) Perawatan di Rumah

- a) Semua intervensi diatas sesuai, atau dapat diadaptasi untuk perawatan di rumah.
- b) Apabila ada diagnosa depresi, rujuk ke layanan perawatan kesehatan (Wilkinson dan Ahern, 2011).

7) Lansia (Lanjut Usia)

- a) Kaji kemampuan kognitif dan fungsional yang dapat mengganggu kemampuan pasien untuk mempersiapkan makanan dan memakan makanan (mis: kemampuan mencapai rak tempat makanan disimpan, untuk membuka kaleng, untuk berdiri didekat kompor, kondisi gigi geligi atau gigi palsu).
- b) Kaji apakah pasien dapat membeli makanan yang cukup.
- c) Jika pasien hidup seorang diri, bantu dalam menemukan sumber bantuan komunitas yang dapat menyediakan makanan untuk lansia setidaknya satu kali sehari, atau minimal daftarkan pasien untuk program *meals on wheels*.
- d) Atur transportasi jika diperlukan.
- e) Kaji pasien terhadap kurang protein dan energi yang umum terjadi pada lansia
- f) Atur untuk memperoleh suplemen tinggi protein sesuai kebutuhan, tawarkan suplemen cair jika dibutuhkan.
- g) Kaji apakah depresi menjadi penyebab kehilangan selera makan.
- h) Kaji kemungkinan efek samping obat yang mungkin menyebabkan kehilangan selera makan (Wilkinson dan Ahern, 2011).

Menurut Doenges, (2000) intervensi keperawatan khusus pada pasien PPOK dengan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh diantaranya:

- a. Dorong periode istirahat satu jam sebelum dan sesudah makan.
Rasional: Membantu menurunkan kelemahan selama waktu makan, dan memberikan kesempatan untuk meningkatkan masukan kalori total.
- b. Berikan makanan dalam porsi kecil namun sering (6/ hari ditambah makanan ringan)
Rasional: Mengurangi pembatasan gerakan diafragma akibat lambung penuh (kembung) sehingga makanan dapat masuk dengan baik.
- c. Hindari makanan penghasil gas dan minuman berkarbonat.
Rasional: Dapat menghasilkan distensi abdomen yang mengganggu napas abdomen dan gerakan diafragma dan dapat meningkatkan dispnea.

Selain yang tersebut diatas, Doenges (2015) juga menambahkan beberapa intervensi keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, yaitu sebagai berikut:

- a. Batasi makanan tinggi lemak
Rasional: Makanan tinggi lemak dapat menyebabkan cepat kenyang
- b. Dorong variasi dalam pilihan makanan, tekstur dan rasa yang beragam (misalnya manis, segar, metode memasak)
Rasional: Meningkatkan kepuasan makanan dan merangsang nafsu makan.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Rohmah dan Walid, 2014). Pada tahap ini, perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi pasien dalam tindakan keperawatan yang berpengaruh pada hasil yang dicapai (Mahardika, 2016).

Dalam implementasi keperawatan pada pasien PPOK dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, tindakan perawat dapat secara independen atau berkolaborasi baik dengan keluarga maupun tenaga medis lain. Implementasi akan dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya oleh perawat dan juga sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Selain itu juga akan dilakukan intervensi tambahan yaitu diet yang berfokus pada sayuran dan buah-buahan yang kaya akan vitamin A dan C, seperti memberikan diet jus wortel, karena dengan memberikan jus diharapkan pasien mendapatkan semua vitamin dan mineral dalam bentuk cair, sehingga tubuh dapat menyerap nutrisi lebih cepat (National Emphysema Foundation, 2016). Hal ini sesuai dengan pernyataan Foltz (1997) dalam Carpenito, (2009) bahwa dengan menyeruput minuman dengan perlahan melalui sedotan akan meningkatkan asupan makanan dan merangsang nafsu makan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah dan Walid, 2014). Evaluasi merupakan proses yang interaktif dan berkelanjutan, karena setiap tindakan keperawatan, respon pasien dicatat dan dievaluasi dalam hubungannya dengan hasil yang diharapkan. Kemudian berdasarkan respon dari pasien kemungkinan dilakukan revisi intervensi keperawatan/ hasil pasien yang mungkin diperlukan (Wahid dan Suprpto, 2013). Beberapa aspek yang perlu diperhatikan pada evaluasi terapi nutrisi pada pasien PPOK diantaranya respon pasien terhadap intervensi, penyuluhan, dan tindakan yang dilakukan, hasil dari menimbang berat badan, pencapaian atau kemajuan kearah hasil yang diharap (Doenges, 2015). Tahap evaluasi pada pasien PPOK dengan masalah nutrisi kurang mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan yaitu status nutrisi pasien membaik/ terpenuhi dengan indikator kriteria hasil:

- a. Memperlihatkan status gizi: Asupan makanan dan cairan, yang di buktikan oleh indikator sebagai berikut (tidak adekuat, sedikit adekuat, cukup adekuat, adekuat, sangat adekuat)
- b. Mempertahankan berat badan ... kg atau bertambah ... kg pada (sebutkan tanggalnya)
- c. Menjelaskan komponen diet bergizi adekuat
- d. Mengungkapkan tekad untuk mematuhi diet
- e. Menoleransi diet yang dianjurkan
- f. Mempertahankan massa tubuh dan berat badan dalam batas normal
- g. Memiliki nilai laboratorium (misalnya, transerin, albumin, dan elektrolit) dalam batas normal
- h. Melaporkan tingkat energi yang adekuat

2.2.6 Diagnosa Keperawatan Lain

Selain masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, pasien juga bisa mengalami beberapa masalah keperawatan sebagai berikut:

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan merokok/ perokok pasif, mukus berlebihan, sekresi tertahan, eksudat didalam alveoli, PPOK, spasme jalan napas, jalan napas alergi (Yasmara, 2017).
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (sekresi tertahan, bronkospasme, udara terperangkap), perubahan membrane kapiler alveolar (Yasmara, 2017).
- c. Ketidakefektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan defisiensi pengetahuan, kompleksitas regimen terapeutik, kesulitan ekonomi, persepsi keuntungan/ keseriusan (Yasmara, 2017).
- d. Gangguan ADL berhubungan dengan kelemahan fisik (Muttaqin, 2008).
- e. Cemas berhubungan dengan adanya ancaman kematian yang dibayangkan (ketidakmampuan untuk bernapas) (Wahid dan Suprpto, 2013).
- f. Intoleran aktivitas berhubungan dengan dispnea, kelemahan dan keletihan, ketidakadekuatan oksigenasi, ansietas, dan insomnia (Wilkinson dan Ahern, 2015).
- g. Ketidakbedayaan berhubungan dengan program penanganan, penyakit kronis, perubahan gaya hidup, kehilangan kendali (misalnya “sudah terlambat” untuk meningkatkan fungsi paru) (Wilkinson dan Ahern, 2015).
- h. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan, intoleran aktivitas (Wilkinson dan Ahern, 2015).
- i. Disfungsi seksual/ Ketidakefektifan pola seksualitas berhubungan dengan dispnea, kurang energi, dan perubahan berhubungan (Wilkinson dan Ahern, 2015).
- j. Insomnia berhubungan dengan ansietas, program medis (misalnya penanganan paru), ketidakmampuan untuk mengambil posisi tidur yang biasa dilakukan karena dispnea, lingkungan rumah sakit yang tidak familier, batuk (Wilkinson dan Ahern, 2015).

BAB 3. METODE PENULISAN

Pada bab tiga (3) ini diuraikan tentang metode yang digunakan dalam menyelesaikan pengambilan data laporan kasus terhadap asuhan keperawatan pasien PPOK pada Tn. S dan Ny. M.

3.1 Desain Penulisan

Desain penulisan dalam laporan tugas akhir ini menggunakan desain laporan kasus. Laporan kasus dalam karya tulis ini adalah untuk mengeksplorasi proses asuhan keperawatan pasien PPOK pada Tn. S dan Ny. M dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

3.2 Batasan Istilah

Dalam batasan istilah penulis menjelaskan tentang istilah kunci yang menjadi fokus dalam penulisan laporan kasus. Adapun istilah-istilah yang digunakan dalam laporan kasus ini meliputi asuhan keperawatan pada pasien PPOK dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3.2.1 Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan pada pasien PPOK adalah melakukan penerapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi pada Tn. S dan Ny. M yang didiagnosa PPOK dalam rekam medik pasien dan mengalami masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

3.2.2 Pasien PPOK yang mengalami masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Pasien PPOK yang dimaksud dalam laporan kasus ini adalah Tn. S dan Ny. M dengan diagnosa PPOK pada rekam medik dan memenuhi dua atau lebih dari batasan karakteristik berikut: kram abdomen, nyeri abdomen (dengan atau tanpa penyakit), persepsi ketidakmampuan untuk mencerna makanan, melaporkan

perubahan sensasi rasa, (melaporkan) kurang makanan, merasa cepat kenyang setelah mengonsumsi makanan, berat badan kurang dari 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal, kurang informasi atau informasi yang salah, kurang minat terhadap makanan, salah paham, membran mukosa pucat, tonus otot buruk, menolak untuk makan, rongga mulut terluka (inflamasi).

3.3 Partisipan

Partisipan pada laporan kasus ini adalah dua pasien (Tn. S dan Ny. M) yang memenuhi kriteria:

3.3.1 Didiagnosa PPOK dalam rekam medik pasien.

3.3.2 Pasien PPOK yang termasuk dalam derajat II (sedang) dan III (berat).

3.3.3 Mengalami masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan memenuhi minimal dua batasan karakteristik, sebagai berikut:

a. Subjektif:

- 1) Kram abdomen
- 2) Nyeri abdomen (dengan atau tanpa penyakit)
- 3) Indigesti
- 4) Persepsi ketidakmampuan untuk mencerna makanan
- 5) Melaporkan perubahan sensasi rasa
- 6) (Melaporkan) kurang makanan
- 7) Merasa cepat kenyang setelah mengonsumsi makanan

b. Objektif:

- a. Berat badan > 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal
- b. Pembuluh kapiler rapuh
- c. Diare atau steatore
- d. (Adanya bukti kekurangan makanan)
- e. Kehilangan rambut yang berlebihan
- f. Bising usus hiperaktif
- g. Kurang informasi, informasi yang salah
- h. Kurang minat terhadap makanan

- i. Membran mukosa pucat
 - j. Tonus otot buruk
 - k. Menolak untuk makan
 - l. Rongga mulut terluka (inflamasi) (Wilkinson dan Ahern, 2011).
- 3.3.4 Menjalani rawat inap di ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang maksimal hari ke dua saat pengumpulan data.
- 3.3.5 Bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent* (Lampiran 3.1).

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Lokasi yang digunakan adalah ruang Melati RSUD Dr. Haryoto, Lumajang. Pada pasien pertama (Tn. S) di ruang Melati 11C, dan pasien kedua (Ny. M) di ruang Melati 9D.

3.4.2 Waktu

Waktu pengambilan data untuk pasien pertama (Tn. S) dimulai dari tanggal 2 Februari sampai 4 Februari 2018 selama 3 hari. Sedangkan untuk pasien kedua (Ny. M) dimulai dari tanggal 4 Februari sampai 6 Februari 2018 selama 3 hari (Lampiran 3.2).

3.5 Pengumpulan Data

Pada penulisan, metode pengumpulan data dalam keperawatan yang digunakan terdiri dari proses dan teknik sebagai berikut:

3.5.1 Proses Pengambilan Data

Proses diawali dari permohonan izin pengambilan data penulis kepada koordinator program studi D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang (pada saat itu Direktur Akper) untuk dilaksanakan proses pengambilan data (Lampiran 3.3 Surat Permohonan Izin Pengambilan Data). Setelah mendapatkan izin, penulis melanjutkan meminta izin kepada Bakesbangpol (Badan Kesatuan Bangsa dan Politik) kabupaten Lumajang sebagai badan yang bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pengambilan data laporan kasus di

Kabupaten Lumajang. Izin yang dikeluarkan oleh Bakesbangpol terdiri dari tujuh tebusan diantaranya yang perlu ditindak lanjuti adalah kepada direktur RSUD Dr. Haryoto Lumajang sebagai lokasi pengambilan data laporan kasus penulis (Lampiran 3.4 Surat Izin Penelitian Bakesbangpol). Setelah itu, kepala bagian pendidikan dan latihan dan penelitian dengan atas nama direktur RSUD Dr. Haryoto Lumajang mengeluarkan izin pengambilan data yang ditujukan kepada Kepala ruang Melati sebagai lokasi pengambilan data penulis (Lampiran 3.5 Surat Pengambilan data kepala ruang Melati).

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

Teknik yang digunakan dalam pengambilan data laporan kasus ini yaitu wawancara, observasi, dan studi dokumentasi (Afiyanti dan Rachmawati, 2014):

a. Wawancara

Wawancara merupakan pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung atau kepada keluarga yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung. Dalam metode wawancara ini, dapat digunakan instrumen berupa pedoman wawancara kemudian daftar periksa atau checklist (Hidayat, 2007). 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 merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Dalam metode observasi ini, instrument yang dapat digunakan, adalah lembar observasi, panduan pengamatan (observasi), atau lembar *checklist* (Hidayat, 2007).

Observasi pada laporan pengambilan data ini berupa pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh pasien. Observasi yang dilakukan oleh penulis saat melakukan pengambilan yaitu berat badan dan IMT dengan menggunakan timbangan berat badan, lingkaran lengan atas (LLA) dengan

menggunakan midline, bising usus dan suara napas tambahan dengan menggunakan stetoskop, *respiration rate* dengan menggunakan jam tangan, dan untuk bentuk dada, hipoksia, sianosis, adanya retraksi dinding dada, posisi duduk, taktil fremitus dan observasi lain terkait sistem pencernaan dan pernapasan alat yang digunakan dalam observasi adalah penulis sebagai bagian dari instrument pengambilan data.

c. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli (Hidayat, 2007). Data yang diperoleh dari dokumentasi adalah: hasil dari pemeriksaan laboratorium, catatan rekam medik pasien, lembar advis dokter.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data pasien PPOK dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dimaksudkan untuk menguji data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validasi tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan:

3.6.1 Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber utama yaitu: pasien, perawat, dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa Data

Analisis data dilakukan penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori

yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data adalah:

3.7.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dan dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data

Penyajian data dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan, dan teks naratif. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari pasien dengan inisial (Tn. S dan Ny. M).

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika Penulisan

Pada etika penulisan beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh penulis diantaranya (Hidayat, 2012):

3.8.1 *Informed consent* (persetujuan menjadi pasien)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara penulis dengan partisipan dengan memberikan lembar persetujuan kepada partisipan. Tujuan *Informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan laporan kasus, serta mengetahui dampaknya. Pada laporan kasus ini penulis meminta persetujuan kepada pasien sebelum dilakukan pengambilan data dengan terlebih dahulu memberikan penjelasan.

3.8.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek pengambilan data laporan kasus dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil laporan kasus yang disajikan. Pada laporan kasus ini penulis tidak mencantumkan nama pasien dan hanya mencantumkan inisial yaitu Tn. S dan Ny. M.

3.8.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil laporan kasus, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh penulis, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah ini. Selain itu penulis wajib menyimpan seluruh dokumentasi hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan dan data-data tersebut hanya bisa diakses oleh penulis.

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab 4 ini penulis akan memaparkan hasil laporan kasus (kasus) pada 2 orang pasien dengan diagnosa Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dengan masalah keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang ditampilkan sesuai tahapan dalam asuhan keperawatan. Selanjutnya langsung dilakukan pembahasan pada setiap tahap dengan membandingkan antara fakta dalam kasus dikaitkan dengan teori yang relevan.

4.1 Gambaran Lokasi Laporan Kasus

Laporan kasus dilaksanakan di ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang. Ruang Melati merupakan ruang perawatan kelas tiga penyakit dalam baik wanita maupun laki-laki dewasa yang berusia diatas 12 tahun. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis pada bulan April 2018 yang didapat dari buku data Rawat Inap ruang Melati dari 1 Januari 2018 sampai 4 April 2018, 10 penyakit terbanyak yang terdapat di ruang Melati dengan urutan sebagai berikut *Cerebro Vaskuler Accident* (CVA), Gagal ginjal, Diabetes Mellitus (DM), *Congestive Heart Failure* (CHF), Hipertensi, Tuberculosis, PPOK, Gastroenteritis, Ulkus DM, dan Asma. Dari data ini dapat disimpulkan bahwa PPOK berada pada urutan ke 7 dan termasuk dalam 10 penyakit terbanyak. Kapasitas Ruang Melati adalah 57 tempat tidur yang tersebar di 14 kamar, mulai dari Melati 2 hingga Melati 15 dimana masing-masing kamar terdiri 3 – 5 tempat tidur. Kasus ini dilakukan di Melati 9 dan Melati 11.

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. M Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Data yang didapatkan pada pengkajian pasien adalah pasien Tn. S berjenis kelamin laki-laki berusia 66 tahun dan Ny. M berjenis kelamin perempuan berusia 80 tahun. Keluhan utama pada Tn. S adalah batuk dan sesak dan tidak nafsu makan sejak ± 2 hari yang lalu sedangkan pada Ny. M adalah sesak napas, nyeri perut dan tidak nafsu makan sejak ± 7 hari lalu. Adapun pada kedua pasien pada riwayat penyakit masa lalu didapatkan memiliki riwayat batuk dan sesak sejak ± 2 tahun yang lalu pada Tn. S dan batuk dan sesak napas ± 3 tahun pada pasien Ny. M. Sedangkan penyakit keluarga kedua pasien tidak ditemukan riwayat keluarga.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan utama pada kedua pasien adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dengan enam batasan karakteristik pada Tn. S dan delapan batasan karakteristik pada Ny. M. Adapun batasan karakteristik yang tidak muncul pada Tn S adalah 14 indikator, sedangkan pada Ny. M adalah 12 indikator batasan karakteristik.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada prinsipnya tidak mengalami perbedaan antara teori dan fakta. Penulis menggunakan intervensi yang mengacu pada Wilkinson dan Ahern (2011) ditambahkan Doenges (2000) dan Doenges (2015) dengan fokus pada terapi nutrisi yaitu makanan porsi kecil dan sering dan modifikasi

intervensi berdasarkan National Emphysema Foundation (2016) yaitu dengan fokus pada terapi sayur dan buah yang kaya akan vitamin A dan C.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi meliputi terapi nutrisi yang terdiri dari 39 indikator Adapun terapi yang berfokus pada buah dengan pemberian jus jambu hanya diimplementasikan pada Tn. S sedangkan pada Ny.M tidak dilakukan karena pasien menolak dan tidak menyukai buah sehingga perawat menggantinya dengan pemberian penyuluhan terapi nutrisi dan dampaknya bagi kesehatan.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang digunakan mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang sudah dirumuskan penulis berdasarkan Wilkinson dan Ahern (2011). Adapun hasil evaluasi pada pasien pertama Tn. S dan pasien kedua Ny. M adalah tujuan tercapai sebagian, Pada kedua pasien pada hari ketiga penelitian telah menunjukkan peningkatan berat badan 0,5 kg selama tiga hari penelitian. Adapun kriteria yang tidak tercapai adalah hasil laboratorium Hb dimana pada kedua pasien tidak dilakukan pemeriksaan darah sehingga tidak melakukan evaluasi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Perawat

Perawat diharapkan meningkatkan frekuensi advokasi nutrisi kepada pasien sejak awal pasien dirawat dengan berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya untuk memonitor progresifitas penyakit, meminimalkan terjadinya komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

5.2.2 Bagi Keluarga

Keluarga pasien diharapkan untuk lebih memperhatikan terkait pola makan pasien di rumah baik saat dalam kondisi sehat maupun sakit.

5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya

Pada penulis selanjutnya mengenai PPOK dengan masalah keperawatan yang sama diharapkan pada peneliti untuk lebih memfokuskan pada diet sayur dan buah-buahan serta mengembangkan intervensi terapi nutrisi yaitu dengan pemberian suplemen penambah nafsu makan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbas, A., Shahid, S., Sabah, A., Tanwir, S., Ahmed, S. W., Kashif, M., et al.2013. An Insight to Chronic Obstructive Pulmonary Disorder COPD and its Pharmacotherapy. *British Biomedical Bulletin* , 1-19.
- Afiyanti, Y., dan Rachmawati, I. N. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Agustian, D. M., Andayani, N., dan Wahyuniati, N.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 Ilmiah Medisia Volume 2 Nomor 3* , 24-29.
- Anggreini, S. T.2017. Hubungan Antara Asupan Energi dan Asupan Protein dengan Status Gizi pada pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) Rawat Jalan Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga. *Eprint Ums* , 1-25.
- Ariyani, D. R., Sarbini, D., dan Yuliati, R.2011. Hubungan antara Status Gizi dan Pola Makan dengan Fungsi Paru pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Balai besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. *Prosiding Seminar Nasional: Food Habit and Degenerative Diseases* , 95-100.
- Baret, K., Brooks, Boitano, dan Barman.2015. *Review of Medical Physiology*. United State of America: McGraw-Hill Education.
- Bickley, L.2012. *Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Bickley, L. S.2015. *Bates Buku Ajar Pemeriksaan fisik dan Riwayat Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Cafarella, P. A., Effing, T. W., Usmani, Z. A., dan Frith, P. A.2012. Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A literature review. *Asian Pacific Society of Respiriology* , 627-638.
- Carpenito, L. J.2009. *Diagnosis Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik*. Jakarta: EGC.
- Depkes.2008. *Pedoman Pengendalian Penyakit Paru Obstruksi Kronis*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Doenges, M. E.2000. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E.2015. *Manual Diagnosis Keperawatan: Rencana, Intervensi, dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.

- Fasitasari, M.2013. Terapi Gizi pada Lanjut Usia dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik. *Portal Garuda* , 50-60.
- Febraska, A. I.2014. Pemberian Posisi Semi Fowler terhadap Penurunan Sesak Nafas pada Asuhan Keperawatab Tn. A dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Bangsal Mawar 1 RSUD Karang Anyar. *Jurnal Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Kusuma Husada Surakarta* , 1-62.
- Fitria, A. P.2017. Hubungan Kecemasan Tentang Proses Penyakit Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok)Di Poliklinik Rumah Sakit Khusus Paru Sumatera Barat Tahun 2016. *Repository Universitas Andalas* , 1-9.
- Ghofar, A.2014. Hubungan Perilaku Merokok dengan Kejadian PPOK di Paviliun Cempaka RSUD Jombang. *Jurnal EduHealth Volume 4* , 19-23.
- GOLD.2017. *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention, A Guide for Health Care Professionals 2017 edition*. Retrieved Maret 06, 2017, from <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>
- Hidayat, A. A.2007. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A.2012. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hurst, M.2015. *Belajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Idapola, S. S.2009. Hubungan Indeks Massa Tubuh. *Library Universitas Indonesia* , 6-20.
- Ingram, R. H.2015. Bronkitis Kronis, Emfisema dan Obstruksi Jalan Napas. In K. J. Isselbacher, *Harrison Prinsip-prinsip Ilmu Penyakit Dalam* (pp. 1347-1357). Jakarta: EGC.
- Kerkar, P. 2018. *Abdominal Pain When Coughing*. Retrieved Mei 15, 2018, from <https://www.epainassist.com/abdominal-pain/coughing-causing-pain-in-abdomen>
- Khasanah, S., dan Maryoto, M. 2015. Pengaruh Posisi Condong Ke Depan (Ckd) Dengan Pursed Lips Breathing (Plb) Terhadap Peningkatan Kondisi Pernafasan Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). *Viva Medika / VOLUME 08/NOMOR 14* , 53-67.
- Kowalak, J. P.2012. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Legg, T.2017. *What happens after you quit smoking?* Retrieved Mei 15, 2018, from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/317956.php>

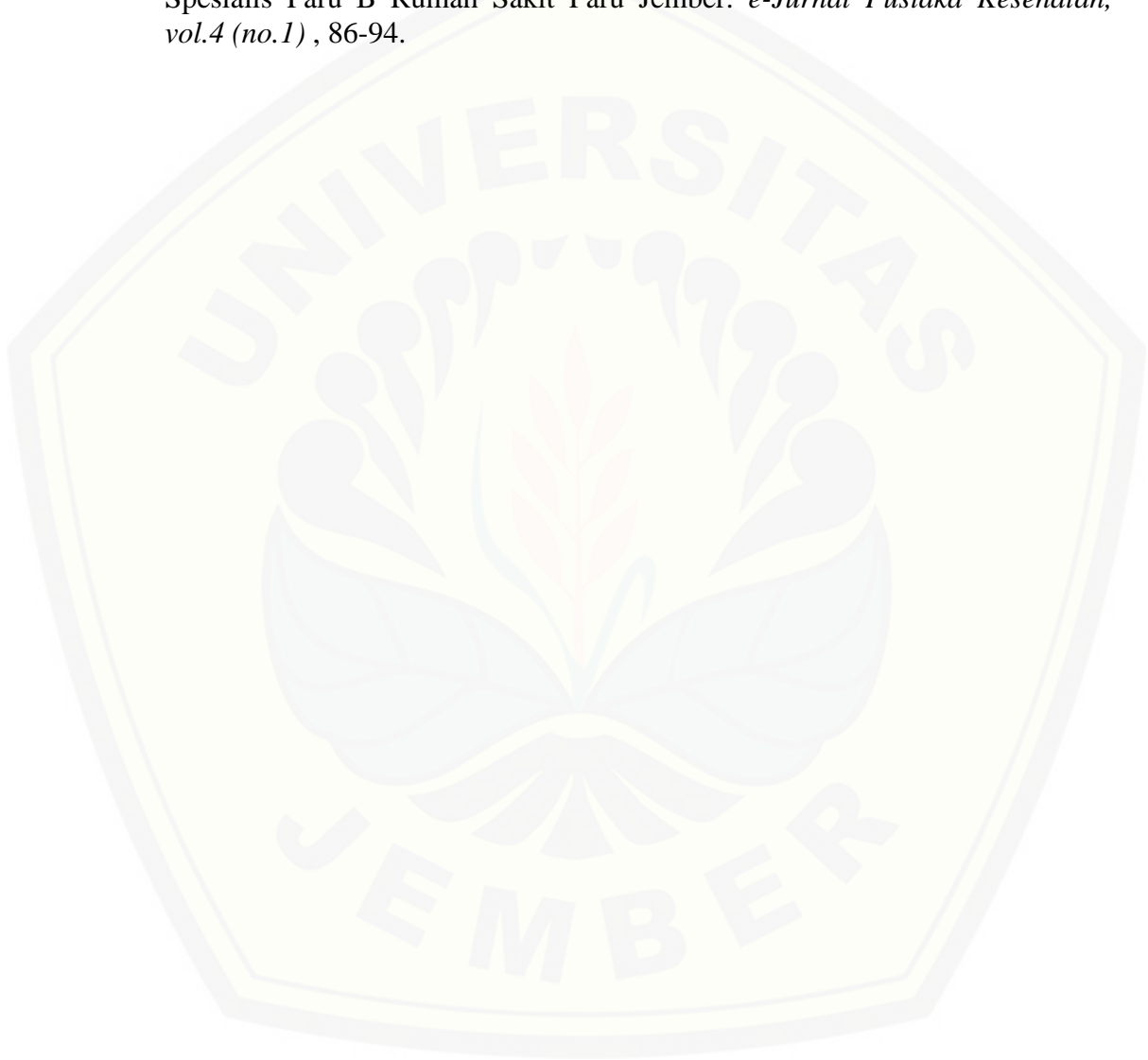
- LeMone, P.2016. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Vol. 2 Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Lim, S., Lam, D. C.-L., Muttalif, A. R., Yunus, F., Wongkiat, S., Lan, L. T., et al.2015. Impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the Asia-Pacific region: the EPIC Asia population-based survey. *Asia Pasific Family Medicine* , 1-11.
- Mahardika, P.2016. *Diktat Perkuliahan Dokumentasi Keperawatan Akper Pemkab Lumajannng 2016*. Lumajang: Akper Pemkab Lumajang.
- Muttaqin, A.2008. *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Sistem Pernpasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nasser, F. e., Medison, I. M., dan Erly.2016. Gambaran Derajat Merokok Pada Penderita PPOK di Bagian Paru RSUP Dr. M. Djamil. *Jurnal Kesehatan Andalas* , 306-311.
- National Emphysema Foundation.2016. *The Importance of Good Nutrition for Chronic Lung Condition Patient*. Retrieved April 8, 2017, from <http://www.emphysemafoundation.org/index.php/component/content/article/91-nutrition-articles/198-the-importance-of-good-nutrition-for-chronic-lung-condition-patients>
- Oemiati.2013. Kajian Epidemiologis Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). *Media Litbangkes* , 82-88.
- Oktariyani.2012. Gambaran Status Gizi Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulya 1 dan 3 Jakarta Timur. *Library UI* , 1-110.
- Padila.2012. *Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- PDPI.2011. *Diagnosis dan Penatalaksanaan Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.
- Price, D. B., Yawn, B., dan Jones, R.2010. Improving the Differential Diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Primary Care. *MayoClinicProcceding* , 1122-1129.
- Purwaningsih, S.2017. Pengaruh Penambahan Positioning dan Pursed Lip Breathing pad aTerapi Nebulizer terhadap penurunan Derajat Sesak napas Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis di BBKPM Surakarta. *EPRINTS UMS* , 1-17.
- Rahayu, I. S.2016. Asuhan Keperawatan Pada Tn. U Dengan Gangguan Sistem Pernapasan : Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Di Ruang Kenanga RSUD Ciamis Tanggal 17-21 Juni Tahun 2016 . *Journal Stikes Muhammadiyah Ciamis* , 1-47.

- Rahmadi, Y.2015. Asuhan Keperawatan pada Tn. W dengan Gangguan Sistem Pernapasan: Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) di Ruang Anggrek Bougenville RSUD Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Universitas Muhammadiyah Surakarta* , 1-15.
- Reilly Jr, J. J., Silverman, E. K., dan Shapiro, S. D.2016. Penyakit Paru Obstruksi Kronis. In J. Loscalzo, *Horison Pulmonologi dan Penyakit Kritis* (pp. 167-177). Jakarta: EGC.
- Retnaningsih, D., Kustriyani, M., dan Sanjaya, B. T.2015. Perilaku Merokok dan Kejadian Hipertensi pada Lansia. *Media Neliti* , 122-130.
- Riskesdas.2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Bakti Husada.
- Rogers, G.2017. *What to know about jugular vein distention (JVD)*. Retrieved Mei 17, 2018, from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/320320.php>
- Rohmah, N., dan Walid, S.2014. *Proses Keperawatan, Teori dan Praktik*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Rondriguez, M., Rui, J., Narvaiza, L., dan Baron, C.2013. Normal respiratory rate and peripheral blood oxygen saturation in the elderly population. . *Journal of the American Geriatrics Society* , 2238-2240.
- Soeroto, A. Y., dan Suryadinata, H.2014. Update Knowledge in Respirology, Penyakit Paru Obstruktif Kronik. *Ina J Chest Crit and Emerg Med* , 83-87.
- Somantri, I.2012. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan, Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Susanti, P. F.2015. Influence Of Smoking On Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Jurnal Majority* , 67-35.
- Tjahjono, H. D.2012. Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nafsu Makan ada Pasien dengan Penyakit Pernapasan Obstruksi Kronis di RSUD dr. Soewandhie Surabaya. *Jurnal FIK UI* , 1-103.
- Wahid, A., dan Suprpto, I.2013. *Keperawatan Medikal Bedah, Asuhan Keperawatan pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: Trans Info Media.
- WHO.2006. *About the BMI Database*. Retrieved Mei 18, 2018, from http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- WHO.2016. *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved Maret 6, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>
- WHO. 2017. *The top 10 causes of death*. Retrieved Februari 23, 2017, from <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

Wilkinson, J. M., dan Ahern, N. R.2011. *Buku Saku Dignosis Keperawatan Edisi 9*. Jakarta: EGC.

Yasmara, D.2017. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah: Diganosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta: EGC.

Yatun, R. U., Widayati, N., dan Purwandari, R.2016. Hubungan Nilai Aliran Puncak Ekspirasi (APE) dengan Kualitas Tidur pada Pasien PPOK di Poli Spesialis Paru B Rumah Sakit Paru Jember. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, vol.4 (no.1) , 86-94.



Lampiran 3.1 Informed Consent

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

Surat Persetujuan Partisipan :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Partisipan

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Pekerjaan :

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

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)
dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari
Kebutuhan Tubuh di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto
Lumajang Tahun 2018”

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

Lumajang,

Mengetahui,
Penanggung Jawab

Yang Menyetujui,
Partisipan

Risah Ismi Sholikhah
NIM. 152303101021

(.....)

**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 : 66 tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Alamat : Desa Klanting Kec. Supadono Lumajang
 Pekerjaan : Pejani

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

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)
 dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari
 Kebutuhan Tubuh di Ruang Melati 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.

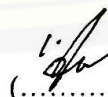
Lumajang, 2 Februari 2018

Mengetahui,
 Penanggung Jawab Penelitian



Risah Ismi Sholikhah
 NIM. 15022

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 : Ny. M
 Umur : 80 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Alamat : Ds Bence . Kecamatan Kedungjajang Lumajang
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

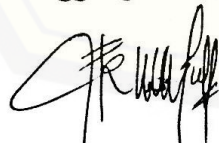
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)
 dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari
 Kebutuhan Tubuh di Ruang Melati 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, 4 Februari 2018

Mengetahui,
 Penanggung Jawab Penelitian



Risah Ismi Sholikhah
 NIM. 15022

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				FEB				MAR-APR				MEI				JUN				JUL			
	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	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 KTI																												■												
Revisi																												■	■	■										
Pengumpulan Laporan Kasus																																							■	

Lampiran 3.3 Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data

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 : Risah Ismi Sholikhah
 NPM : 15.022
 Prodi : D3 Keperawatan
 Tempat/ Tgl lahir : Lumajang/ 15 September 1997
 Alamat : Desa Karangbendo RT 004 RW 005 – Kecamatan Tekung –
 Kabupaten Lumajang

Telah mendapatkan ijin menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul :
“Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh 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 terpuhinya permohonan ini, saya haturkan terimakasih

Mengetahui
 Pembimbing,



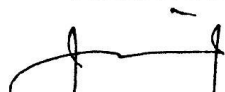
Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep
 NIP. 19720519 199703 2 003

Hormat Kami
 Pemohon,



Risah Ismi Sholikhah
 NPM. 15.022

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 : 188.4/44/427.55.28/2017

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 : Risah Ismi Sholikhah
Nomor Pokok Mahasiswa : 15. 022
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 15 September 1997
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat/ Semester : III/ V (lima)
Alamat : Desa Karangbendo RT 004 RW 005– Kecamatan Tekung –
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 Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh 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 Surat Izin Penelitian Bakesbangpol



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : ksbangpol@lumajang.go.id

LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
 Nomor : 072/076/427/75/2018

- 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 : 422/415/427/55/28/2017 tanggal 29 Desember 2017, perihal Izin Pengambilan Data atas nama RISAH ISMI SHOLIKHAH.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : RISAH ISMI SHOLIKHAH
2. Alamat : Ds. Karangbendo Rt/Rw. 004/005 Kec. Tekung Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Akademi Keperawatan/15 022
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan :

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh 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 3.4 Surat Kepala Ruang Melati



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

Lumajang, 11 Januari 2018

Nomor : 445/ 62 /427.77/2018
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Pengambilan Data

Kepada
 Yth. Ka. Ruang Melati
 RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang
 di

LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Direktur Akper Pemkab Lumajang tanggal 29 Desember 2017 Nomor : 422/415/427.55.28/2017 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 09 Januari 2018 Nomor : 072/076/427.75/2018 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 : RISAH ISMI SHOLIKHAH

NIM : 15.022

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Paru Opstruksi Kronis (PPOK) Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh 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

Kasubag. Diklat dan Penelitian



Ns. RUDIAH ANGGRAENI

Penata Tk. I

NIP. 19671209 199203 2 004

Lampiran 4.1 Analisa Data Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas dan Insomnia pada Pasien 1

Tabel 4.35 Analisis data masalah keperawatan lain yang muncul pada pasien 1 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Analisis	Pasien 1
Data	<p>Data Subyektif: Pasien mengatakan masih batuk berdahak sejak 3 hari yang lalu, sesak napas masih ada namun berkurang dari yang kemarin.</p> <p>Data Obyektif: <ul style="list-style-type: none"> - Tanda vital: RR= 26 x/menit - Pasien kesulitan berbicara lama (4-5 kata) karena batuk - I: Terlihat ada peningkatan usaha penggunaan otot bantu napas dengan meninggkan bahu, retraksi fosa supraklafikularis, melebarkan hidung - P: taktil fremitus makin kebawah makin kuat, kanan lebih terasa dari kiri. - Auskultasi: Terdengar suara napas tambahan Rh ++/++++, Wh: ---/+++ </p>
Etiologi	Obstruksi Jalan Napas
Problem	Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas
Data	<p>Data Subyektif: Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan tidur saat malam hari, sering terbangun tengah malam karena batuk yang datang tiba-tiba, tidur \pm3-4 jam/ hari. Tidur siang juga terganggu karena batuknya yang membangunkanya, tidur siang biasanya \pm1 jam/ hari saat di RS.</p> <p>Data Obyektif: Inspeksi wajah: Tampak hitam pada pelpebra di bawah area mata.</p>
Etiologi	Ketidaknyamanan fisik sekunder terhadap batuk berdahak.
Problem	Insomnia

Lampiran 4.2 Analisa Data Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas, Nyeri akut dan Insomnia pada Pasien 2

Tabel 4.36 Analisis data masalah keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas, Nyeri akut dan Insomnia pada pasien 2 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Analisis	Pasien 2
Data	<p>Data Subyektif: Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh sesak napas sejak 3 hari yang lalu.</p> <p>Data Obyektif: - Tanda vital: RR = 30 x/menit - Inspeksi Paru: terlihat ada peningkatan usaha penggunaan otot bantu napas yaitu retraksi fosa supraklafikularis, duduk posisi tripod, posisi pasien semi dan high fowler. - Palpasi: taktil fremitus kiri lebih terasa dari kanan, pada bagian kiri makin kebawah makin kuat, pada bagian kanan makin kebawah makin redup getarannya - Auskultasi: Wh ---/----, Rh +++/+++ , vocal fremitus: kiri lebih kuat.</p>
Etiologi	Hiperventilasi
Problem	Ketidakefektifan Pola Napas
Data	<p>Data Subyektif: Keluarga pasien mengatakan nyeri perut di bagian atas (regio 1, 2, 3), skala nyeri 4-5, nyeri seperti di remas-remas, nyeri hilang timbul.</p> <p>Data Obyektif: - Pasien memegang perut. - Ekspresi menyeringai saat perut ditekan</p>
Etiologi	Agen Cedera Biologis
Problem	Nyeri Akut
Data	<p>Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan sejak 3 hari yang lalu pasien kesulitan tidur, tidur dalam posisi duduk. Tidur sering terbangun tengah malam, tidur hanya \pm3-4 jam/ hari.</p> <p>Data Objektif: Inspeksi wajah: Tampak hitam pada pelpebra di bawah area mata.</p>
Etiology	Ketidaknyamanan fisik sekunder terhadap sesak napas
Problem	Insomnia

Lampiran 4.3 Daftar Diagnosa Keperawatan lain pada pasien 1 dan pasien 2

Tabel 4. 37 Daftar Diagnosa Keperawatan lain Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018.

Pasien	Diagnosa Keperawatan
1	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas ditandai dengan batuk berdahak 3 hari, sesak napas, Rh +/+, Wz +/+, Adanya peningkatan penggunaan otot bantu napas. 3. Insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik sekunder terhadap batuk berdahak ditandai dengan kesulitan tidur saat malam hari, inspeksi mata pelpebra hitam.
2	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan Hiperventilasi ditandai dengan sesak sejak 3 hari lalu, RR 30 x/ menit, adana peningkatan penggunaan otot bantu napas. 3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis ditandai dengan nyeri perut regio1, 2, 3, nyeriseperti diremas-remas, skala nyeri 7,painen tampak menyeringai saatpeut dipegang. 4. Insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik sekunder terhadap sesak napas ditandai dengan kesulitan memulai tidur dimalam hari, sering terbangun, tidur malam ±3-4 jam/hari, tampak hitam dibawah mata.

Lampiran 4.4 Intervensi Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas dan Insomnia pada Pasien 1

Tabel 4.38 Intervensi masalah keperawatan ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas dan Insomnia pada pasien 1 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan
1	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas ditandai dengan batuk berdahak, sesak napas, RR: 26 x/ menit,kesulitan berbicara (4-5 kata), terdengar Rh ++/+++, Wh ---/+++.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3x24 jam diharapkan pasien menunjukkan status pernapasan: kepatenan jalan napas yang dibuktikan oleh indikator: 1. Batuk efektif 2. Pada pemeriksaan auskultasi, memiliki suara napas jernih	1) Pengkajian (1) Kaji dan dokumentasikan frekuensi, kedalaman, upaa pernapasan, faktor yang berhubungan seperti batuk tidak efektif, mukus kental, dan keletihan. (2) Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan vetilasi dan adanya suara napas tambahan. 2) Penyuluhan untuk Pasien dan Keluarga (1) Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang laranagn merokok di dalam ruang perawatan, beri penyuluhan tentang pentingnya berhenti merokok. (2) Instruksika pasien napas dalam dan batuk efektif untuk pengeluaran sekret. 3) Aktifitas Kolaboratif (1) Berikan udara/ oksigeb yyang telah dihumidifikasi (dilembapkan) sesuai dengan kebijakan. (2) Lakukan atau bantu dalam terapi aerosol, nebulizer ultrasonik, dan perawatan paru lainnya dengan kepijakan dan protocol. 4) Aktivitas lain (1) Atur posisi pasien yang memungkina untuk pengembangan maksimal rongga bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45° kecuali ada kontraindikasi).
2	Insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik sekunder terhadap batuk berdahak ditandai dengan kesulitan memulai tidur dimalam hari, sering terbangun, tidur malam ±3-4 jam/hari, tampak hitam dibawah mata.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3x24 jam diharapkan pasien memperlihatkan tidur yang dibuktikan oleh indikator: 1. Jumlah jam tidur 2. Pola, kualitas, dan rutinitas tidur	1) Pengkajian (1) Pantau pola tidur dan catat hubungan faktor-faktor fisik (misalnya batuk berdahak) yang dapat mengganggu pola tidur pasien. 2) Penyuluhan (1) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat selama sakit dn stress psikososial 3) Aktivitas lain (1) Bantu pasien mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin menyebabkan kurang tidur. (2) Hindari penggunaan lampu saat tidur malam, ciptakan lingkungan yang damai, tenang, dan minimalkan lingkungan (3) Peningkatan tidur (NIC): Berikan atau lakukan tindakan kenyamanan seperti masase, pengaturan, posisi, dam sentuhan efektif.

Lampiran 4.5 Intervensi Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas, Nyeri akut dan Insomnia pada Pasien 2

Tabel 4.39 Intervensi masalah keperawatan Ketidakefektifan Pola nafas, Nyeri akut dan Insomnia pada pasien 2 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan
1	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien menunjukkan status pernapasan: kepatenan jalan napas yang dibuktikan oleh indikator: 1. Batuk efektif 2. Pada pemeriksaan auskultasi, memiliki suara napas jernih	1) Pengkajian (1) Kaji dan dokumentasikan frekuensi, kedalaman, upaya pernapasan, faktor yang berhubungan seperti batuk tidak efektif, mukus kental, dan keletihan. (2) Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara napas tambahan. 2) Penyuluhan untuk Pasien dan Keluarga (1) Informasikan kepada pasien dan keluarga tentang larangan merokok di dalam ruang perawatan, beri penyuluhan tentang pentingnya berhenti merokok. (2) Instruksika pasien untuk napas dalam dan batuk efektif untuk pengeluaran sekret. 3) Aktifitas Kolaboratif (1) Berikan udara/ oksigeb yyang telah dihumidifikasi (dilembapka) sesuai dengan kebijakan. (2) Lakukan atau bantu dalam terapi aerosol, nebulizer ultrasonik, dan perawatan paru lainnya dengan kepijakan dan protocol. 4) Aktivitas lain (1) Atur posisi pasien yang memungkina untuk pengembangan maksimal rongga dada (misalnya bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45° kecuali ada kontraindikasi).
3	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Biologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri perut, nyeri seperti diremas-remas, hilang timbul, skala nyeri 4-5, menyeringa saat ditekan abdomen regio atas.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang yag dibuktikan oleh indikator: 1. Ekspresi wajah tidak menyeringai 2. Memperlihatkan teknik relaksasi yang efektif 3. Mempertahankan tingkat nyeri pada skala 1-2	1) Pengkajian (1) Lakukan pengkajian neyri secara komprehensif meliputi lokasi, (karakteristik, awitan, dan durasim frekuensi, kualitas, intensitas, atau keparahan nyeri) (2) Observasi isyarat non verbal ketidaknyamanan khususnya pada mereka yang tidak bisa bicara efektif 2) Penyuluhan (1) Berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berlangsung, da antisipasi ketidaknyamanan. (2) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (misalnya umpan balik relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi music, distraksi, kompres hangat, dingin, dan masase) sebelum, setelah, dan jika memungkinkan selama aktivitas yang

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan
			<p>menimbulkan nyeri; sebelum nyeri meningkat dan bersama penggunaan tindakan peredaan nyeri yang lain</p> <p>3) Aktivitas Kolaboratif (1) Kolaborasi dengan tim medis (dokter) dalam pemberian analgesic</p> <p>4) Aktivitas lain (1) Bantu pasien mengidentifikasi tindakan kenyamanan yang efektif di masa lalu, seperti distraksi, relaksasi, atau kompres hangat atau dingin (2) Lakukan perubahan posisi, masase punggung dan relaksasi (3) Libatkan pasien dalam pengambilan keputusan (4) Gunakan pendekatan yang positif untuk mengoptimalkan respon pasien terhadap analgesic (5) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan)</p>
4	<p>Insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik sekunder terhadap sesak napas ditandai dengan kesulitan memulai tidur dimalam hari, sering terbangun, tidur malam $\pm 3-4$ jam/hari, tampak hitam dibawah mata.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien memperlihatkan tidur yang dibuktikan oleh indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah jam tidur 2. Pola, kualitas, dan rutinitas tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pengkajian (1) Pantau pola tidur dan catat hubungan faktor-faktor fisik (misalnya batuk berdahak) yang dapat mengganggu pola tidur pasien. 2) Penyuluhan Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat selama sakit dan stress psikososial 3) Aktivitas lain (1) Bantu pasien mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin menyebabkan kurang tidur. (2) Hindari penggunaan lampu saat tidur malam, ciptakan lingkungan yang damai, tenang, dan minimalkan lingkungan (3) Peningkatan tidur (NIC): Berikan atau lakukan tindakan kenyamanan seperti masase, pengaturan, posisi, dan sentuhan efektif.

Lampiran 4.6 Implementasi Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas dan Insomnia pada Pasien 1

Tabel 4.40 Implementasi masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas pada pasien 1 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Hari 1 (2 Februari 2018)		Hari 2 (3 Februari 2018)		Hari 3 (4 Februari 2018)	
Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
12.50 WIB	1) Pengkajian (1) Mengkaji dan mendokumentasikan frekuensi, kedalaman, upaya pernapasan, faktor yang berhubungan seperti batuk tidak efektif, mukus kental, dan kelelahan. Hasil: RR: 26 x/menit, Terlihat ada peningkatan usaha penggunaan otot bantu napas dengan meninggikan bahu, retraksi fosa supraklafikularis, melebarkan hidung	08.15 WIB	1) Pengkajian (1) Mendokumentasikan frekuensi, kedalaman, upaya pernapasan. Hasil: RR: 26 x/menit, Terlihat ada peningkatan usaha penggunaan otot bantu napas dengan meninggikan bahu, retraksi fosa supraklafikularis, melebarkan hidung	08.15 WIB	1) Pengkajian (1) Mendokumentasikan frekuensi, kedalaman, upaya pernapasan. Hasil: RR: 24 x/menit, Terlihat ada peningkatan usaha penggunaan otot bantu napas dengan meninggikan bahu, retraksi fosa supraklafikularis.
	(2) Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara napas tambahan. Hasil: terdengar suara napas tambahan Rh ++/+++; Wh ---/+++; taktil fremitu makin kebawah makin kuat.	10.00 WIB	(2) Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara napas tambahan. Hasil: terdengar suara napas tambahan Rh ++/+++; Wh ---/+++.	08.15 WIB	(2) Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara napas tambahan. Hasil: terdengar suara napas tambahan Rh ++/+++; Wh ---/+++.
	2) Penyuluhan untuk Pasien dan Keluarga (1) Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang larangan merokok di dalam ruang perawatan, beri penyuluhan tentang pentingnya berhenti merokok. Hasil: keluarga dan pasien mengerti tentang bahaya merokok dan telah berhenti menjadi perokok aktif sejak ±2 tahun	08.15 WIB	2) Penyuluhan untuk Pasien dan Keluarga (1) Mengajarkan pasien untuk napas dalam dan batuk efektif untuk pengeluaran sekret. Hasil: Pasien dapat mempraktekkan batuk efektif yang diajarkan kemarin dan secret dapat keluar.	11.00 WIB	2) Penyuluhan untuk Pasien dan Keluarga (1) Mengevaluasi tindakan napas dalam dan batuk efektif untuk pengeluaran sekret. Hasil: Pasien dapat mempraktekkan batuk efektif yang diajarkan kemarin dan secret dapat keluar.
13.00 WIB	(2) Mengajarkan pasien untuk napas		3) Aktifitas Kolaboratif 1) Memberikan udara oksigen yang telah dihumidifikasi	09.00 WIB	3) Aktifitas Kolaboratif (1) Memberikan udara oksigen yang telah dihumidifikasi (dilembapkan) sesuai dengan kebijakan. Hasil: pasien terpasang O ₂ masker 7 lpm
				08.15 WIB	(2) Membantu pasien minum obat

Hari 1 (2 Februari 2018)		Hari 2 (3 Februari 2018)		Hari 3 (4 Februari 2018)	
Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
16.30 WIB	dalam dan batuk efektif untuk pengeluaran sekret. Hasil: Pasien dapat mengikuti instruksi perawatan namun kesulitan dalam melakukan batuk efektif Karena batuk-batuk makin parah, dahak keluar dengan hanya napas dalam saja. (5) Melakukan fisioterapi dada yaitu clapping dan vibrating		(dilembapkan) sesuai dengan kebijakan. Hasil: pasien terpasang O ₂ masker 7 lpm 2) Lakukan atau bantu dalam terapi aerosol, nebulizer ultrasonik, dan perawatan paru lainnya dengan kepipakan dan protocol. Hasil: dilakukan nebulizer dengan combivent ½		sirup OBH Combi. Hasil: Pasien minum obat OBH combi 1 sdm. (3) Membantu pasien mengonsumsi obat inhaler. Hasil: pasien menghirup inhaler Salmeterol Xifonate, Fluticasone propionate 50/100 mcg sebanyak 1 digit.
13.00 WIB	hasil: Pasien kooperatif, dilakukan fisioterapi dada pada paru kiri.	4) Aktivitas lain (1) Mengatur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal rongga dada (misalnya bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45° kecuali ada kontraindikasi). Hasil: dilakukan nebulizer dengan combivent ½		4) Aktivitas lain (1) Mengatur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal rongga dada (misalnya bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45° kecuali ada kontraindikasi). Hasil: Pasien duduk high fowler, dan ditambahkan bantal saat tidur.	
12.45 WIB	3) Aktifitas Kolaboratif (1) Memberikan udara oksigen yang telah dihumidifikasi (dilembapkan) sesuai dengan kebijakan. Hasil: pasien terpasang O ₂ masker 7 lpm				
12.45 WIB	4) Aktivitas lain (1) Atur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal rongga dada (misalnya bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45° kecuali ada kontraindikasi). Hasil: Pasien duduk high fowler, dan ditambahkan bantal saat tidur.				

Tabel 4.41 Implementasi masalah keperawatan Insomnia pada pasien 1 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Hari 1 (2 Februari 2018)		Hari 2 (3 Februari 2018)	
Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
	<p>1) Pengkajian</p> <p>(1) Memantau pola tidur dan catat hubungan faktor-faktor fisik (misalnya batuk berdahak) yang dapat mengganggu pola tidur</p> <p>Hasil: Sebelum Sakit; Keluarga pasien mengatakan saat dirumah pasien dapat tidur nyenyak saat mala hari, tidur $\pm 6-7$ jam/ hari dari pukul 21.00-05.00 WIB. Tidur siang $\pm 1,5$ jam/ hari.</p> <p>Saat Sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan tidur saat malam hari, sering terbangun tengah malam karena batuk yang datang tiba-tiba, tidur $\pm 3-4$ jam/ hari. Tidur siang juga terganggu karena batuknya yang membangunkannya, tidur siang biasanya ± 1 jam/ hari saat di RS.</p> <p>2) Penyuluhan</p> <p>(1) Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat selama sakit Hasil: Pasien dan keluarga memperhatikan pebjelasan dan mengatakan kan ingin tidur juga tapi batuk yang membangunkannya tengah malam</p> <p>3) Aktivitas lain.</p> <p>(1) Hindari penggunaan lampu saat tidur malam, ciptakan lingkungan yang damai, tenang, dan minimalkan lingkungan. Hasil: Pasien mengatakan saat tidur lampu dimatikan, dan suasana kamar melati akan tenang saat malam, hanya keluhan batuk yang terus menerus pada pasien menyebabkan pasien kesulitan memulai tidur.</p> <p>(2) Peningkatan tidur (NIC): Memberikan atau lakukan tindakan kenyamanan seperti masase, pengaturan, posisi, dam sentuhan efektif. Hasil: Pasien tidur dalam posisi semi fowler saat todur dengan meninggikan tempat tidur dan menambahkan bantal.</p>		<p>1) Pengkajian</p> <p>(1) Memantau pola tidur dan catat hubungan faktor-faktor fisik (misalnya batuk berdahak) yang dapat mengganggu pola tidur pasien.</p> <p>Hasil: Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mulai bisa tidur saat malam hari, tidak sering terbangun tengah malam, batuk berkurang, tidur $\pm 6-7$ jam/ hari.</p> <p>(2) Penyuluhan</p> <p>(3) Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat selama sakit Hasil: Pasien dan keluarga memperhatikan pebjelasan dan mengatakan kan ingin tidur juga tapi batuk yang membangunkannya tengah malam</p> <p>2) Aktivitas lain.</p> <p>(1) Hindari penggunaan lampu saat tidur malam, ciptakan lingkungan yang damai, tenang, dan minimalkan lingkungan. Hasil: Pasien mengatakan saat tidur lampu dimatikan, dan suasana kamar melati akan tenang saat malam, hanya keluhan batuk yang terus menerus pada pasien menyebabkan pasien kesulitan memulai tidur.</p> <p>(2) Peningkatan tidur (NIC): Memberikan atau lakukan tindakan kenyamanan seperti masase, pengaturan, posisi, dam sentuhan efektif. Hasil: Pasien tidur dalam posisi semi fowler saat todur dengan meninggikan tempat tidur dan menambahkan bantal.</p>

Lampiran 4.7 Implementasi Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Pola Napas, Nyeri Akut dan Insomnia pada Pasien 2

Tabel 4.42 Implementasi masalah keperawatan Ketidakefektifan Pola Napas pada pasien 2 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Hari 1 (4 Februari 2018)		Hari 2 (5 Februari 2018)		Hari 3 (6 Februari 2018)	
Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
	<p>1) Pengkajian</p> <p>(1) Mengkaji dan dokumentasikan frekuensi, kedalaman, upaya pernapasan, faktor yang berhubungan seperti batuk tidak efektif, mukus kental, dan kelelahan. Hasil: pasien sesak napas sejak 2 hari yang lalu</p> <p>(2) Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara napas tambahan Hasil: Terdengar suara napas tambahan di lobus kanan yaitu Rhonchi.</p> <p>2) Penyuluhan untuk Pasien dan Keluarga</p> <p>(1) Memberikan Informasi kepada pasien dan keluarga tentang larangan merokok di dalam ruang perawatan, beri penyuluhan tentang pentingnya berhenti merokok. Hasil: Keluarga mengatakan dalam rumah sudah tidak ada yang merokok semenjak pasien sering sakit sesak napas.</p> <p>(2) Instruksikan pasien untuk napas dalam dan batuk efektif untuk pengeluaran sekret. Hasil: Pasien mengikuti instruksi perawat untuk melaksanakan batuk</p>		<p>1) Pengkajian</p> <p>(1) Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara napas tambahan Hasil: Terdengar suara napas tambahan di lobus kanan yaitu Rhonchi.</p> <p>2) Penyuluhan untuk Pasien dan Keluarga</p> <p>(1) Instruksikan pasien untuk napas dalam dan batuk efektif untuk pengeluaran sekret. Hasil: Pasien mengikuti instruksi perawat untuk melaksanakan batuk efektif</p> <p>3) Aktifitas Kolaboratif</p> <p>(1) Berikan udara/ oksigen yang telah dihumidifikasi (dilembapkan) sesuai dengan kebijakan. Hasil: Pasien terpasang O₂ nasal 3 lpm</p> <p>(2) Lakukan atau bantu dalam terapi aerosol, nebulizer ultrasonik, dan perawatan paru lainnya dengan kepijakan dan protocol. Hasil: Pasien mendapat terapi nebul 3x1 hari</p> <p>4) Aktivitas lain</p> <p>Mengatur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan</p>		<p>2) Pengkajian</p> <p>(1) Auskultasi bagian dada anterior dan posterior untuk mengetahui penurunan atau ketiadaan ventilasi dan adanya suara napas tambahan Hasil: Terdengar suara napas tambahan di lobus kanan yaitu Rhonchi mulai berkurang.</p> <p>2) Penyuluhan untuk Pasien dan Keluarga</p> <p>(1) Instruksikan pasien untuk napas dalam dan batuk efektif untuk pengeluaran sekret. Hasil: pasien dapat melakukan batuk efektif seperti yang diajarkan perawat</p> <p>3) Aktifitas Kolaboratif</p> <p>(1) Berikan udara/ oksigen yang telah dihumidifikasi (dilembapkan) sesuai dengan kebijakan. Hasil: Pasien terpasang O₂ nasale 4 lpm</p> <p>(2) Lakukan atau bantu dalam terapi aerosol, nebulizer ultrasonik, dan perawatan paru lainnya dengan kepijakan dan protocol. Hasil: Pasien mendapat terapi nebul 3x1 hari</p> <p>4) Aktivitas lain</p> <p>Mengatur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal rongga</p>

Hari 1 (4 Februari 2018)		Hari 2 (5 Februari 2018)		Hari 3 (6 Februari 2018)	
Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
	efektif		maksimal rongga dada (misalnya bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45° kecuali ada kontraindikasi).		dada (misalnya bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45° kecuali ada kontraindikasi).
3)	Aktifitas Kolaboratif		Hasil: pasien duduk dalam posisi tripod sejak pertama datang		Hasil: pasien duduk dalam posisi tripod sejak pertama datang
(1)	Berikan udara/ oksigen yang telah dihumidifikasi (dilembapkan) sesuai dengan kebijakan. Hasil: Pasien terpasang O ₂ masker 6-7 lpm				
(2)	Lakukan atau bantu dalam terapi aerosol, nebulizer ultrasonik, dan perawatan paru lainnya dengan kepijakan dan protocol. Hasil: Pasien mendapat terapi nebul 3x1 hari				
4)	Aktivitas lain				
	Atur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal rongga dada (misalnya bagian kepala tempat tidur ditinggikan 45° kecuali ada kontraindikasi). Hasil: pasien duduk dalam posisi tripod sejak pertama datang				

Tabel 4.43 Implementasi masalah keperawatan Nyeri Akut pada pasien 2 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Hari 1 (4 Februari 2018)		Hari 2 (5 Februari 2018)		Hari 3 (6 Februari 2018)	
Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
	<p>1) Pengkajian</p> <p>(1) Mengkaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, (karakteristik, awitan, dan durasim frekuensi, kualitas, intensitas, atau keparahan nyeri) Hasil: Nyeri pada region 1,2,3 dengan sekala nyeri 4-5, nyeri hilang timbul.</p> <p>(2) mengobservasi isyarat non verbal ketidaknyamanan Hasil: Pasien menyeringai saat dipegang bagian perut</p> <p>2) Penyuluhan</p> <p>(1) Memberikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berlangsung.. Hasil: pasien dan keluarga mendengarkan penjelasan perawat</p> <p>(2) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis dengan relaksasi Hasil: pasien diajarkan nafas dalam dan mengikuti instruksi perawat</p> <p>3) Aktivitas lain</p> <p>(1) Gunakan pendekatan yang positif untuk megoptimalkan respon pasien terhadap analgesic Hasil: Perawat memberikan edukasi dengan sikap positif</p> <p>(2) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya suhu ruangan, pencahayaan,) Hasil: perawat mengajarkan menutup sketsel dan pintu jika akan tidur</p>		<p>1) Pengkajian</p> <p>(1) Mengkaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, (karakteristik, awitan, dan durasim frekuensi, kualitas, intensitas, atau keparahan nyeri) Hasil: Nyeri pada region 1,2,3 dengan sekala nyeri 4-5, nyeri hilang timbul.</p> <p>(2) mengobservasi isyarat non verbal ketidaknyamanan Hasil: Pasien menyeringai saat dipegang bagian perut atas</p> <p>2) Penyuluhan</p> <p>(1) Memberikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berlangsung.. Hasil: pasien dan keluarga mendengarkan penjelasan perawat</p> <p>(2) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis dengan relaksasi Hasil: pasien diajarkan nafas dalam dan mampu mengikuti instruksi perawat</p> <p>3) Aktivitas lain</p> <p>(1) Gunakan pendekatan yang positif untuk megoptimalkan respon pasien terhadap analgesic Hasil: Perawat menggunakan komunikasi terapeutik saat berkomunikasi dan melakukan tindakan kepada pasien</p>		<p>1) Pengkajian</p> <p>(1) Mengkaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, (karakteristik, awitan, dan durasim frekuensi, kualitas, intensitas, atau keparahan nyeri) Hasil: Nyeri pada region 1,2,3 dengan sekala nyeri 3-4, nyeri hilang timbul.</p> <p>2) Penyuluhan</p> <p>(1) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis dengan relaksasi Hasil: pasien diajarkan nafas dalam dan mampu mengikuti instruksi perawat</p> <p>3) Aktivitas lain</p> <p>(1) Menggunakan pendekatan yang positif untuk megoptimalkan respon pasien terhadap analgesic Hasil: Perawat menggunakan komunikasi terapeutik saat berkomunikasi dan melakukan tindakan kepada pasien</p> <p>(3) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan Hasil: perawat mengajarkan pasien untuk menutup sketsel dan pintu jika akan tidur</p>

Tabel 4.44 Implementasi masalah keperawatan Insomnia pada pasien 2 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Hari 1 (4 Februari 2018)	Hari 2 (5 Februari 2018)
Jam	Jam
Implementasi	Implementasi
<p>1) Pengkajian</p> <p>(1) Memantau pola tidur dan catat hubungan faktor-faktor fisik (misalnya batuk berdahak) yang dapat mengganggu pola tidur pasien. Hasil: Sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan saat dirumah pasien dapat tidur nyenyak saat malam hari, tidur $\pm 7-8$ jam/hari dari pukul 21.00 – 04.30 WIB. Dan pasien tidak pernah tidur siang. Saat Sakit: Keluarga pasien mengatakan sejak 3 hari yang lalu pasien kesulitan tidur, tidur dalam posisi duduk. Tidur sering terbangun tengah malam, tidur hanya $\pm 3-4$ jam/ hari.</p> <p>2) Penyuluhan</p> <p>(1) Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat selama sakit Hasil: Pasien dan keluarga memperhatikan penjelasan dan mengatakan kan ingin tidur juga tapi sesak yang membangunkannya tengah malam dan membuat sulit tidur</p> <p>3) Aktivitas lain.</p> <p>(1) Hindari penggunaan lampu saat tidur malam, ciptakan lingkungan yang damai, tenang, dan minimalkan lingkungan. Hasil: Pasien mengatakan saat tidur lampu dimatikan, dan suasana kamar melati akan tenang saat malam,</p> <p>(2) Peningkatan tidur (NIC): Memberikan atau lakukan tindakan kenyamanan seperti masase, pengaturan, posisi, dan sentuhan efektif. Hasil: Pasien tidur dalam posisi tripod saat tidur</p>	<p>1) Pengkajian</p> <p>(1) Memantau pola tidur dan catat hubungan faktor-faktor fisik (misalnya batuk berdahak) yang dapat mengganggu pola tidur pasien. Hasil: Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mulai bisa tidur saat malam hari, tidak sering terbangun tengah malam, batuk berkurang, tidur ± 7 jam/ hari.</p> <p>(2) Penyuluhan</p> <p>(3) Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat selama sakit Hasil: Pasien dan keluarga memperhatikan penjelasan dan mengatakan kan ingin tidur juga tapi seringkali sesak yang membangunkannya tengah malam</p> <p>2) Aktivitas lain.</p> <p>(1) Hindari penggunaan lampu saat tidur malam, ciptakan lingkungan yang damai, tenang, dan minimalkan lingkungan. Hasil: Pasien mengatakan saat tidur lampu dimatikan, dan suasana kamar melati akan tenang saat malam, hanya keluhan sesak yang terus menerus pada pasien menyebabkan pasien kesulitan memulai tidur.</p> <p>(2) Peningkatan tidur (NIC): Memberikan atau lakukan tindakan kenyamanan seperti masase, pengaturan, posisi, dan sentuhan efektif. Hasil: Pasien tidur dalam posisi tripod</p>

Lampiran 4.8 Evaluasi Masalah Keperawatan pada Pasien 1

Tabel 4.45 Evaluasi masalah keperawatan Ketidakefektifan bersihan Jalan Napas pada pasien 1 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Evaluasi (SOAP)		
Hari 1 (2 Februari 2018)	Hari 2 (3 Februari 2018)	Hari 3 (4 Februari 2018)
<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien sesak sejak 2 hari yang lalu.</p> <p>O : Keadaan umum cukup Auskultasi pernapasn: Rh ++/+++, Wz: --/++ Tanda vital: TD: 110/70 mmHg N: 86 x/m (reguler, +3) S: 36,5 °C (axilla) RR: 26x/menit</p> <p>A : Tujuan belum tercapai P : Lanjutkan intervensi semua indikator</p>	<p>S : Keluarga pasien mengatakan sesak masih ada tapi sudah berkurang</p> <p>O : Keadaan umum cukup Rh ++/++, Wz --/-- Tanda vital: TD: 90/60 mmHg N: 86 x/m (reguler, +3) S: 36,5°C (axilla) RR: 24x/menit</p> <p>A : . Tujuan tercapai sebagian P : Lanjutkan intervensi semua indikato</p>	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berdahak mulai berkurang dan sudah tidak sesak napas lagi.</p> <p>O : Keadaan umum cukup Rh +/+, Wz --/-- Tanda vital: TD: 120/80 mmHg N: 88 x/m (reguler, +3) S: 37°C (axilla) RR: 24x/menit</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian P : Lanjutkan intervensi semua indikator</p>

Tabel 4.46 Evaluasi masalah keperawatan Insomnia pada pasien 1 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Evaluasi (SOAP)	
Hari 1 (2 Februari 2018)	Hari 2 (3 Februari 2018)
<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien masih kesulitan dalam memulai tidurnya</p> <p>O : Keadaan umum cukup Inspeksi wajah tampak pelpevra bawah bata hitam</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi semua indikator</p>	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien bisa tidur nyenyak tidak terbangun</p> <p>O : Keadaan umum cukup Inspeksi wajah tidak ditemukan hitam pada pelpebra</p> <p>A : Masalah teratasi P : Lanjutkan intervensi (follow up)</p>

Lampiran 4.9 Evaluasi Masalah Keperawatan pada Pasien 2

Tabel 4.47 Evaluasi masalah keperawatan Ketidakefektifan Pola Napas pada pasien 2 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Evaluasi (SOAP)		
Hari 1 (4 Februari 2018)	Hari 2 (5 Februari 2018)	Hari 3 (6 Februari 2018)
<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien masih batuk berdahak dan sesak sejak 2 hari yang lalu.</p> <p>O : Keadaan umum cukup Auskultasi pernapasn: Rh ++/+++, Wz: --/++ Tanda vital: RR: 30x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi semua indikator</p>	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berdahak mulai berkurang dan sudah tidak sesak napas lagi.</p> <p>O : Keadaan umum cukup Rh ++/++, Wz --/-- Tanda vital: RR: 28x/menit</p> <p>A : .Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi semua indikato</p>	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien batuk berdahak mulai berkurang dan sudah tidak sesak napas lagi.</p> <p>O : Keadaan umum cukup Rh +/+, Wz --/-- Tanda vital: RR: 28x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi semua indikator</p>

Tabel 4.48 Evaluasi masalah keperawatan Nyeri Akut pada pasien 2 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Evaluasi (SOAP)		
Hari 1 (4 Februari 2018)	Hari 2 (5 Februari 2018)	Hari 3 (6 Februari 2018)
<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada region 1,2,3 dengan skala nyeri 4-5, nyeri hilang timbul.</p> <p>O : Keadaan umum cukup Wajah menyeringai saat dipegang perut bagian atas Tanda vital: TD: 140/70 mmHg N: 100 x/m (reguler, +3)</p> <p>A : Tujuan belum tercapai P : Lanjutkan intervensi semua indikator</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada region 1,2,3 dengan skala nyeri 4-5, nyeri hilang timbul.</p> <p>O : Keadaan umum cukup Wajah menyeringai saat dipegang perut bagian atas Tanda vital: TD: 130/70 mmHg N: 98x/m (reguler, +3)</p> <p>A : Tujuan belum tercapai P : Lanjutkan intervensi semua indikator</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang pada region 1,2,3 dengan skala nyeri 3-4, nyeri hilang timbul..</p> <p>O : Keadaan umum cukup Tanda vital: TD: 120/80 mmHg N: 88 x/m (reguler, +3)</p> <p>A : Tujuan tercapai sebagian P : Lanjutkan intervensi semua indikator</p>

Tabel 4.49 Evaluasi masalah keperawatan Insomnia pada pasien 2 Partisipan PPOK Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Pada Bulan Februari 2018

Evaluasi (SOAP)	
Hari 1 (4 Februari 2018)	Hari 2 (5 Februari 2018)
<p>S : Keluarga pasien mengatakan sejak 3 hari yang lalu pasien kesulitan tidur, tidur dalam posisi duduk. Tidur sering terbangun tengah malam, tidur hanya ±3-4 jam/ hari</p> <p>O : Keadaan umum cukup Inspeksi wajah tampak pelpebra bawah bata hitam</p> <p>A : Tujuan belum tercapai P : Lanjutkan intervensi semua indikator</p>	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mulai bisa tidur saat malam hari, tidak sering terbangun tengah malam, batuk berkurang, tidur ±7 jam/ hari</p> <p>O : Keadaan umum cukup Inspeksi wajah tidak ditemukan hitam pada pelpebra</p> <p>A : Tujuan tercapai P : Lanjutkan intervensi (follow up)</p>

SATUAN ACARA PENYULUHAN

NUTRISI PADA PASIEN PPOK



Disusun Oleh:

Risah Ismi Sholikhah
NIM. 152303101021

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Jalan Brigjend Katamso Telp (0334) 882262 Lumajang 67311

Tahun Akademik 2017/ 2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	:	Terapi Nutrisi pada Pasien PPOK
Sasaran	:	Pasien dan keluarga pasien PPOK dengan Masalah Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari kebutuhan Tubuh
Hari, tanggal	:	, Februari 2018
Waktu	:	± 15 menit
Tempat	:	Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang

I. ANALISA SITUASI

1) Sasaran/ Peserta penyuluh

- 1) Pasien dan keluarga pasien PPOK
- 2) Jumlah peserta ± 4 orang

2) Penyuluh

- 1) Mahasiswi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Semester VI (Enam).
- 2) Mampu berkomunikasi dengan baik
- 3) Mempunyai kemampuan ilmu tentang Terapi Nutrisi pada PPOK.
- 4) Mampu membuat peserta penyuluh paham tentang Terapi Nutrisi pada PPOK

3) Ruangan

- 1) Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
- 2) Ruangan cukup baik, dapat menampung ±15 orang
- 3) Penerangan, ventilasi, dan fasilitator cukup baik yang disertai suasana kondusif untuk terlaksananya kegiatan penyuluhan.

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Nutrisi pada PPOK” diharapkan pasien dan keluarganya dapat mengerti tentang Terapi Nutrisi pada Pasien PPOK.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Nutrisi pada PPOK” diharapkan Pasien dan keluarganya mampu untuk:

1. Menyebutkan pengertian PPOK
2. Menyebutkan penyebab PPOK
3. Menyebutkan tanda dan gejala PPOK
4. Menyebutkan Pengobatan pada PPOK
5. Menyebutkan terapi nutrisi pada PPOK
6. Menyebutkan Dampak terapi Nutrisi pada PPOK

II. MATERI PENYULUHAN

(Terlampir).

III. MEDIA

1. Leaflet

IV. METODE

1. Diskusi
2. Ceramah
3. Tanya Jawab

V. PENYULUH

Pemateri: Risah Ismi Sholikhah

VI. KEGIATAN PENYULUHAN

No	Tahap Kegiatan	TIK	Kegiatan		Metode	Waktu
			Penyuluh	Peserta		
1	Pendahuluan	1. Mengucapkan salam 2. Menggali pengetahuan 3. Apersepsi dan Relevansi 4. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus	1. Perkenalan 2. Menanyakan kepada peserta mengenai tingkat pengetahuan 3. Menyamakan persepsi dengan peserta 4. Menjelaskan tujuan umum dan khusus	1. Mendengarkan 2. Memperhatikan dan Menjawab pertanyaan 3. Menjawab pertanyaan 4. Mendengarkan dan Memperhatikan	Ceramah	3 Menit
2	Penyajian	1. Pengertian PPOK 2. Penyebab PPOK 3. Tanda dan gejala PPOK 4. Pengobatan PPOK	1. Menyebutkan pengertian PPOK 2. Menyebutkan penyebab PPOK 3. Menyebutkan tanda dan gejala PPOK 4. Menyebutkan pengobatan	Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah	10 menit

		5. Terapi Nutrisi PPOK 6. Dampak kurang Nutrisi pada PPOK	5. Menyebutkan Terapi nutrisi PPOK 6. Menyebutkan dampak kurang nutrisi PPOK			
3	Penutup	1. Evaluasi kegiatan 2. Membuat kesimpulan 3. Tindak lanjut	1. Mengevaluasi kegiatan 2. Menyampaikan kesimpulan 3. Menindaklanjuti kepehaman mengenai penyusun yang telah disampaikan	1. Mendengarkan dan menjawab 2. Mendengarkan kesimpulan 3. Sanggup mengaplikasikan dan menggunakan	Tanya jawab dan diskusi	2 Menit

VII. EVALUASI

Dilakukan secara lisan dengan berisi tujuh pertanyaan:

1. Sebutkan pengertian PPOK?
2. Sebutkan penyebab PPOK?
3. Sebutkan tanda dan gejala PPOK?
4. Sebutkan pengobatan PPOK?
5. Sebutkan Terapi Nutrisi pada PPOK?
6. Sebutkan Dampak kurang Nutrisi pada PPOK?

VIII. DAFTAR PUSTAKA

- Ariyani, D. R., Sarbini, D., dan Yulianti, R. (2011). Hubungan antara Status Gizi dan Pola Makan dengan Fungsi Paru pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) di Balai besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. *Prosiding Seminar Nasional: Food Habit and Degenerative Diseases* , 95-100.
- Doenges, M. E. (2015). *Manual Diagnosis Keperawatan: Rencana, Intervensi, dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Fasitasari, M. (2013). Terapi Gizi pada Lanjut Usia dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik. *Portal Garuda* , 50-60.
- Hurst, M. (2015). *Belajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- LeMone, P. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Vol. 2 Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- National Emphysema Foundation. (2016). *The Importance of Good Nutrition for Chronic Lung Condition Patient*. Retrieved April 8, 2017, from <http://www.emphysemafoundation.org/index.php/component/content/article/91-nutrition-articles/198-the-importance-of-good-nutrition-for-chronic-lung-condition-patients>
- Oemiati. (2013). Kajian Epidemiologis Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). *Media Litbangkes* , 82-88.
- Padila. (2012). *Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- PDPI. (2011). *Diagnosis dan Penatalaksanaan Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia.
- Wahid, A., dan Suprpto, I. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, Asuhan Keperawatan pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Yasmara, D. (2017). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah: Diganosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta: EGC.

Lampiran SAP**PEMBAHASAN MATERI****I. Definisi PPOK**

Penyakit paru obstruksif kronis (PPOK) adalah suatu istilah yang sering digunakan untuk sekelompok penyakit paru yang berlangsung lama dan ditandai oleh peningkatan resistensi terhadap aliran udara (Padila, 2012). 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).

II. Penyebab PPOK

Etiologi dari PPOK meliputi faktor lingkungan, faktor genetik, dan faktor lainnya (Yasmara, 2017). Berikut adalah penjelasan dari masing-masing faktor:

a. Faktor lingkungan**1) Asap rokok**

Rokok adalah penyebab utama timbulnya PPOK. Terdapat hubungan yang erat antara merokok dan penurunan volume ekspirasi paksa (FEV) (Muttaqin, 2008). Secara patologis rokok berhubungan dengan *hyperplasia* kelenjar mukus bronkus dan metaplasia epitel skuamus saluran pernapasan (Wahid dan Suprpto, 2013).

2) Polusi Udara

Berbagai macam partikel dan gas yang terdapat di udara sekitar dapat menjadi penyebab terjadinya polusi udara (PDPI, 2011). Zat-zat kimia yang dapat memicu terjadinya PPOK adalah zat-zat pereduksi seperti O_2 , zat pengoksidasi seperti N_2O , hidrokarbon, aldehyd, ozon (Wahid dan Suprpto, 2013). Ukuran dan macam partikel akan memberikan efek yang berbeda

terhadap timbulnya dan beratnya PPOK. Agar lebih mudah mengidentifikasi partikel penyebab, polusi udara terbagi menjadi (PDPI, 2011) :

- a. Polusi di dalam ruangan
 - b. Polusi di luar ruangan
 - c. Polusi tempat kerja (bahan kimia, zat iritasi, gas beracun)
- 3) Infeksi saluran napas berulang

Setiap inflamasi akut saluran pernapasan yang tidak berhasil disembuhkan dengan sempurna dalam jangka panjang dapat menyebabkan PPOK. Suatu infeksi saluran pernapasan atas (dibagian mana saja) akan mengakibatkan pengeluaran sekret setempat dimana dengan adanya gaya gravitasi sekret akan cenderung turun ke dalam paru dan menimbulkan iritasi kronis. Ditambah lagi dengan kuman-kuman didalamnya, sekret ini akan menyebabkan infeksi sekunder, sehingga akan timbul hipersekresi di dalam saluran pernapasan bawah (PDPI, 2011).

4) Stress Oksidatif

Paru selalu terpajan oleh oksidan endogen dan eksogen. Ketika keseimbangan antara oksidan dan antioksidan berubah bentuk, misalnya akses oksidan dan atau deplesi antioksidan akan menimbulkan stres oksidatif. Stres oksidatif tidak hanya menimbulkan efek kerusakan pada paru tetapi juga menimbulkan aktifitas molekuler sebagai awal inflamasi paru termasuk aktivasi gen inflamasi, inaktivasi antiprotease, stimulasi sekresi lendir, dan stimulasi eksudasi plasma meningkat (PDPI, 2011).

b. Faktor genetik

Faktor genetik yaitu memiliki riwayat keluarga dengan alergi (Yasmara, 2017).

Faktor genetik yang menyebabkan PPOK yaitu sebagai berikut:

1) Defisiensi *alpha 1-antitripsin*

Belum diketahui jelas apakah faktor keturunan berperan atau tidak pada PPOK kecuali pada penderita dengan defisiensi enzim *alpha 1-antitripsin*.

Kerja enzim ini menetralkan enzim proteolitik yang sering dikeluarkan pada peradangan dan merusak jaringan, termasuk jaringan paru, karena itu kerusakan jaringan lebih jauh dapat dicegah. Defisiensi *alpha 1-antitripsin* adalah suatu kelainan yang diturunkan secara autosom resesif. Orang yang sering menderita PPOK adalah pasien yang memiliki gen S atau Z (Muttaqin, 2008).

2) Hipotesis Elastase-Antielastase

Sumber elastase yang penting adalah pankreas, sel-sel PMN (*polymonuclear*), dan makrofag alveolar (*Pulmonary Alveolar Macrophage-PAM*). Rangsangan pada paru antara lain oleh asap rokok dan infeksi menyebabkan elastase bertambah banyak. Aktivitas enzim antielastase, yaitu sistem enzim *alpha 1-antitripsin* menjadi menurun. Akibat yang ditimbulkan karena tidak ada lagi keseimbangan antara elastase dan antielastase akan menimbulkan kerusakan jaringan elastis paru dan kemudian PPOK (Muttaqin, 2008).

3) Faktor genetik lain

Faktor genetik lainnya adalah atopi yang ditandai dengan adanya eosinofilia atau peningkatan kadar Imunoglobulin E (IgE) serum, adanya hiperresponsif bronkus, dan riwayat penyakit obstruksi paru pada keluarga (Wahid dan Suprpto, 2013).

5) 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. Asma kemungkinan sebagai faktor risiko terjadinya PPOK walaupun belum dapat disimpulkan (PDPI, 2011).

III. Tanda dan Gejala PPOK

PPOK memiliki dua manifestasi: ”*pink puffer*” pada pasien emfisema dan ”*blue bloater*” pada pasien bronkitis kronis. Untuk tanda dan gejala karakteristik tipe *pink puffer* dan tipe *blue bloater* harus selalu diingat bahwa penyakit dalam jangka panjang akan menghasilkan bentuk kombinasi yang merupakan karakteristik PPOK (Hurst, 2015).

Tabel 2. 4 Tanda dan Gejala Bronkitis dan Emfisema (Hurst, 2015)

<i>Pink Puffer</i> : Emfisema Pulmonal	<i>Blue Bloater</i> : Bronkitis Kronis
Dispnea, takipnea, penggunaan otot tambahan karena peningkatan kerja pernapasan dan penurunan ventilasi alveolar.	Produksi mukus berlebih: dapat berwarna abu-abu, putih atau kuning
Dada berbentuk tong dengan peningkatan diameter anteroposterior karena paru mengalami hiperinflasi dan terperangkap udara.	Edema, asites karena gagal jantung kanan menyebabkan darah/ cairan mengalir balik ke sirkulasi sistemik.
Ekspirasi memanjang dan mengerang sebagai upaya untuk mempertahankan jalan napas tetap terbuka	Dispnea dan kurangnya toleransi terhadap latihan menyebabkan obstruksi aliran udara
Jari tangan dan jari kaki berbentuk seperti gada karena hipoksia kronis menyebabkan perubahan jari tangan.	Bantalan kuku dan bibir kusam, sianosis karena hipoksia
Mengi saat inspirasi, bunyi meretih karena kolaps bronkiolus	Mengi saat ekspirasi, ronki, meretih (berbunyi seperti daun-daunan basah dibakar).
Batuk dipagi hari karena sekresi terkumpul sepanjang malam saat tidur	Batuk kronis sebagai upaya untuk mengeluarkan kelebihan mukus
Penurunan BB karena pengeluaran energi yang berlebihan karena upaya bernapas dan penurunan asupan kalori karena dispnea	Penambahan BB karena retensi cairan sekunder dari cor pulmonale (gagal jantung kanan) yang disebabkan oleh hipertensi pulmonal.
Duduk tegak dan menggunakan pernapasan ”tiup” dengan mendorong bibir, memberikan tekanan untuk mempertahankan alveoli tetap terbuka (tekanan saluran napas positif)	Dispnea, takipnea dan penggunaan otot tambahan pernapasan karena hipoksia
Penurunan pengembangan dada karena udara terperangkap oleh paru yang kaku	Polisitemia karena hipoksemia kronis yang memicu pelepasan eritropoetin.

IV. PENGOBATAN

7) Berhenti merokok

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

(PDPI, 2011). Strategi untuk membantu pasien berhenti merokok 5A: *Ask* (Tanyakan), *Advise* (Nasihati), *Assess* (Nilai keinginan berhenti), *Assist* (Bimbing), *Arrange* (Atur jadwal) (PDPI, 2011).

8) Rehabilitasi PPOK

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

9) Nutrisi

Menurut Mahan dan Stump (2000) dalam Tjahjono (2012), dikatakan bahwa nutrisi yang optimal berfungsi dalam perkembangan dan pengaturan fisiologis sistem pernafasan. Efek merugikan dari penyakit pernafasan pada status nutrisi diantaranya termasuk peningkatan penggunaan energi (akibat meningkatnya kerja pernafasan, infeksi kronis dan pengobatan), penurunan intake makanan (akibat sesak, anoreksia, penurunan saturasi oksigen ketika makan, dan muntah) dan keterbatasan kemampuan dalam menyediakan makanan akibat kelelahan.

10) Obat

Adapun beberapa obat yang digunakan pada pasien PPOK adalah sebagai berikut (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*).

(2) Antiinflamasi

Digunakan bila terjadi eksaserbasi akut dalam bentuk oral atau injeksi intravena, berfungsi menekan inflamasi yang terjadi, dipilih golongan metilprednisolon atau prednison. Bentuk inhalasi sebagai terapi jangka panjang diberikan bila terbukti uji kortikosteroid positif yaitu terdapat perbaikan VEP1 pasca bronkodilator meningkat > 20% dan minimal 250 mg. Digunakan pada PPOK stabil mulai derajat III dalam bentuk glukokortikoid, kombinasi LABACs (*Long acting β 2 agonist with corticosteroid*) dan PDE-4 (*phosphodiesterase-4*).

(3) Antibiotika

Hanya diberikan bila terdapat eksaserbasi. Pemberian antibiotik di rumah sakit sebaiknya per drip atau intravena.

(4) Antioksidan

Antioksidan dapat mengurangi eksaserbasi dan memperbaiki kualitas hidup, digunakan N-asetilsistein. Dapat diberikan pada PPOK dengan eksaserbasi yang sering, tidak dianjurkan sebagai pemberian yang rutin.

(5) Mukolitik

Hanya diberikan terutama pada eksaserbasi akut karena akan mempercepat perbaikan eksaserbasi, terutama pada bronchitis kronik dengan sputum yang viscous (misalnya ambroksol, erdostein).

V. Terapi Nutrisi pada PPOK

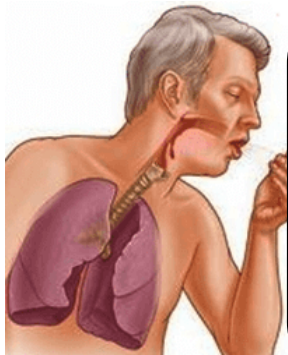
Tindakan diet seperti meminimalkan asupan produk susu dan garam dapat membantu mengurangi produksi mukosa dan mempertahankan mukus tetap cair. Rekomendasikan tindakan untuk mengganti protein dan kalsium dalam produk susu untuk membantu mempertahankan keseimbangan nutrisi (LeMone, 2016). Alina Zhukovskaya (2016) seorang spesialis detoksifikasi merekomendasikan diet yang berfokus pada sayuran dan buah-buahan yang kaya akan vitamin A dan C, seperti memberikan jus wortel, karena dengan memberikan jus diharapkan dapat membantu melawan infeksi dan peradangan yang terjadi akibat PPOK, selain itu juga dengan

terapi nutrisi dengan jus pasien akan mendapatkan semua vitamin dan mineral dalam bentuk cair, sehingga tubuh dapat menyerap nutrisi lebih cepat (National Emphysema Foundation, 2016). Konseling gizi juga perlu dilakukan untuk mengoptimalkan asupan dietnya. Pasien disarankan untuk makan dengan porsi kecil dan sering sehingga dapat mengurangi pembatasan gerakan diafragma akibat lambung penuh sehingga makanan dapat masuk dengan baik (Ariyani, Sarbini, dan Yuliati, 2011). Mendorong pasien untuk memberikan periode istirahat satu jam sebelum dan sesudah makan (Yasmara, 2017), menghindari makanan dan minuman yang meningkatkan motilitas lambung, memberikan variasi dalam pilihan makanan, dan membatasi makanan tinggi lemak (Doenges, 2015).

VI. Dampak Kurang Nutrisi pada PPOK

Kondisi kekurangan nutrisi pada pasien PPOK bisa menyebabkan terjadi penurunan massa sel tubuh yang mencapai >40% dari metabolisme jaringan lunak (tissue) secara aktif. Keadaan ini merupakan manifestasi sistemik yang penting pada PPOK (Oemiati, 2013). Massa lemak bebas yang hilang akan berpengaruh negatif terhadap struktur, elastisitas, dan fungsi paru, kekuatan dan ketahanan otot pernafasan, pengaturan nafas dan mekanisme pertahanan imunitas paru (Fasitasari, 2013). Selain itu pada pasien PPOK terjadi peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler, osteoporosis, depresi dan penurunan berat badan (Oemiati, 2013). Penurunan berat badan pada pasien PPOK ini disebabkan oleh keadaan anoreksia, dimana anoreksia juga mengakibatkan defisiensi protein dan zat besi sehingga kadar hemoglobin rendah dan membuat kemampuan darah membawa oksigen menurun. Jika kondisi ini tidak dilakukan intervensi keperawatan maka dapat memperburuk prognosis pasien dan cenderung membuat membuat pasien mempunyai masa rawat yang lebih lama dan rentan terhadap kenaikan morbiditas dan mortalitas atau kematian (Fasitasari, 2013).

Apa PPOK?



Istilah yang sering digunakan untuk sekelompok penyakit paru yang berlangsung lama dan ditandai oleh peningkatan resistensi terhadap aliran udara.

PPOK → Penyakit Paru Obstruksi Kronis

Penyebab



1. Lingkungan

- Asap Rokok → penyebab utama
- Polusi Udara
- Debu, asap kayu bakar
- Infeksi saluran napas
- Stress



2. Faktor lain

Memiliki riwayat keluarga dengan alergi, riwayat asma.



3. Genetik

Adanya keadaan pemicu (tertawa, stress, menangis), olahraga, perubahan suhu dan bau-bau menyengat.



Tanda Dan Gejala

Berikut adalah gejala dari PPOK yang perlu diwaspadai:



Batuk berdahak yang tidak kunjung sembuh.



Makin sering tersengal-sengal, bahkan saat melakukan aktivitas fisik yang ringan, seperti memasak atau mengenakan pakaian.



Mengi atau napas sesak dan berbunyi.



Lemas.



Sering mengalami infeksi paru.



Penurunan berat badan.

PENGOBATAN PPOK

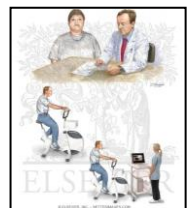
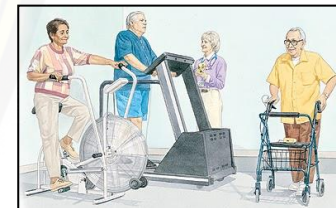
Berhenti Merokok



Obat-obatan



Rehabilitasi PPOK



Nutrisi



TERAPI NUTRISI PPOK

Diit Sayur dan Buah kaya vitamin A dan C



Makan porsi kecil dan sering



Hindari makanan mengandung gas



Membatasi makanan tinggi lemak dan garam



Variasi makanan



DAMPAK

Kurang Nutrisi Pada PPOK



SATUAN ACARA PENYULUHAN

“NUTRISI PADA PPOK”

DI RUANG MELATI
RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG



Oleh:
Risah Ismi Sholikhah
NIM. 152303101021

PRODI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG
TAHUN 2018