

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Setelah dilakukan penerapan asuhan keperawatan pada Tn.Z dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) diruang rawat inap Jasmin RSUD Arifin Achmad pada hari Senin tanggal 13 April sampai tanggal 15 April 2020. Maka pada BAB pembahasan penulis akan menjabarkan adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada pasien antara teori dengan studi kasus. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Budiono, 2015).

Pengkajian keperawatan dilakukan diruang rawat inap Jasmin RSUD Arifin Achmad pada hari Senin tanggal 13 April 2020. Menurut teori penderita PPOK akan mengalami hiperkapnia sampai pada gangguan kognitif. Batuk kronik merupakan batuk yang hilang timbul 3 bulan yang tidak hilang dengan pengobatan yang diberikan. Berdahak kronik, kadang-kadang pasien menyatakan hanya berdahak terus menerus tanpa disertai batuk (Ling & Huang, 2012). Berdasarkan studi kasus keluhan yang dirasakan pada Tn.Z batuk yang berdahak serta kadang tidak berdahak, sesak setelah melakukan aktifitas dan penurunan nafsu makan. Tn.Z tidak mengalami hiperkapnia dan gangguan kognitif. Hal ini

terlihat, Tn.Z hasil PaCO<sub>2</sub> rendah, mampu menjawab pertanyaan perawat dan menceritakan keluhan dengan spontan.

Bedasarkan hasil pemeriksaan analisa gas darah pada Tn.Z hasil Ph : 7,362, HCO<sup>3-</sup> : 15,3 mmol/L, PaO<sub>2</sub> : 26,5 mmHg dan PaCO<sub>2</sub> : 137,7 mmHg yang menunjukana hasil asidosis metabolik terkompensasi. Sedangkan menurut Muwarni, 2012 hasil analisa gas darah pada PPOK adalah PaO<sub>2</sub> rendah (normal 80-100 mmHg) dan PaCO<sub>2</sub> tinggi (normal 35-45 mmHg) yang menunjukan hasil asidosis respiratorik. Ditemukan kesenjangan antara hasil analisa gas darah pada teori dan hasil studi kasus.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan kasus ini, penulis membandingkan antara diagnosa yang terdapat pada teori dengan yang ditegakkan studi kasus dilapangan. Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok agar dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan. (Budiono, 2015).

Menurut Bahtiar Nur Abdillah, 2014 terdapat 6 diagnosa utama PPOK antara lain: ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan penumpukan sekret dijalan nafas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler, ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan elastisitas paru dalam melakukan ekspansi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakinginan untuk makan (anoreksia), intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigenasi dan resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: penyakit kronis.

Dari hasil studi kasus dan teori ada 2 diagnosa yang penulis tidak tegakan dilapangan yaitu:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler.

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak menunjukkan tanda dan gejala masalah gangguan pertukaran gas, seperti:  $PCO_2$  (meningkat/menurun),  $PO_2$  menurun dan takikardia.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko:penyakit kronis.

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak ditemukan tanda-tanda infeksi penyakit lainnya, di ruang rawat telah memisahkan penderita penyakit menular dari pasien lainnya dan menjaga alat kesehatan yang digunakan tetap steril untuk mencegah resiko infeksi.

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan intervensi pada teori dan studi kasus penulis membandingkan intervensi pada teori dan intervensi studi kasus yang penulis temukan dilapangan. Dimana penulis menambahkan intervensi lain yang dibutuhkan melihat keluhan pada pasien dilapangan. Berdasarkan *Nursing Intervention Classification* (NIC), 2015 pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan terdapat 11 intervensi keperawatan. Pada studi kasus, penulis menambahkan intervensi menganjurkan makan sedikit tapi sering dan menganjurkan diet tinggi serat pada Tn.Z. Hal ini dilakukan kerna Tn.Z tampak menolak saat di ajak makan, makanan ½ porsi yang disediakan rumah sakit tidak dihabis, pernah mengeluhkan kesulitan dalam buang air besar (BAB) 3 hari setelah masuk rumah sakit dan pemberian obat laxadine dari rumah sakit. Berdasarkan *Nursing Intervention Classification*

(NIC), 2015 pada diagnoasa intoleransi aktifitas terdapat 8 intervensi keperawatan. Pada studi kasus penulis menambahkan menganjurkan melakukan pergerakan mika-miki dan ubah posisi setiap 2 jam pada klien untuk mencegah adanya ulkus dukubitus atau *pressure ulcer* akibat penekanan yang lama pada area kulit yang tertekan karena berbaring. Hal ini dilakukan kerena pada studi kasus Tn.Z tampak hanya berbaring ditempat tidur tanpa melakukan aktifitas ringan yang beresiko munculnya ulkus dukubitus.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 13-15 April 2020 dimana semua tindakan berorientasi dari intervensi keperawatan yang telah dibuat. Pada implementasi keperawatan yang ditetapkan, tidak semua dilaksanakan pada pasien setiap harinya. Implementasi dilakukan mengikuti perkembangan pasien.

Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas, dihari pertama penulis melakukan: mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi (posisi semifowler), melakukan fisioterapi dada dengan teknik postural drainase dan fibrasi dada, mengajarkan cara mengeluarkan sekret dengan cara batuk efektif, melakukan auskultasi suara nafas, mencatat adanya suara tambahan, melakukan pengaturan intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan (menginstruksikan untuk meminum air hangat), melakukan pemantauan respirasi dan status O<sub>2</sub> (melakukan pemeriksaan RR dan alat oksimetri untuk menilai kualitas O<sub>2</sub> jika terpasang), mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret (menganjurkan keluarga memberikan air minum 8 gelas/hari, memberikan infus dan monitor adanya tanda-tanda dehidrasi) dan menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan

peralatan O<sub>2</sub>. Namun dihari kedua dan ketiga penulis tidak melakukan menjelaskan pada pasien tentang penggunaan peralatan O<sub>2</sub> karena peralatan oksigenasi nasal kanul telah terpasang dihari pertama hanya perlu pemantauan aliran oksigenansi disetiap implementasi pada Tn.Z.

Pada diangnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas, dihari pertama penulis melakukan: mempertahankan jalan nafas yang paten (teknik pemeriksaan jalan nafas dan pemberian oksigenasi), mengatur peralatan oksigenasi (atur oksigen, humidiflier, bubungkan kanul dengan selang oksigenasi ke humidiflier dengan aliran oksigenasi rendah, berikan jelly pada kedua ujung kanul, masukan kanul ke lubang hidung, fiksasi dan alirkan oksigen sesuai yang diinginkan), melakukan monitor aliran oksigen (pemantau kecepatan sesuai kebutuhan selama 1-6 jam liter/menit dan observasi air gelembung pada humidifier), mempertahankan posisi pasien (posisi semifowler), melakukan observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi dan melakukan monitor tanda-tanda vital (nadi, suhu, pernafasan dan tekanan darah).Namun setelah hari kedua dan tiga penulis tidak melakukan implementasi mempertahankan jalan nafas yang paten dan mengatur peralatan oksigenansi karena peralatan oksigenansi telah terpasang dihari pertama, hanya perlu melakukan implementasi lainya utuk menjaga pola nafas tetap efektif.

Pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dihari pertama penulis melakukan penimbangan berat badan pasien dengan interval yang sesuai, melakukan pemonitoran adanya penurunan berat badan, melakukan pemonitoran interaksi anak atau orang tua selama makan, melakukan pengawasan tipe dan jumlah aktivitas yang dilakukan (memilihkan

aktifitas yang bisa dilakukan seperti : duduk secara mandiri, makan sendiri dan jumlah aktifitas yang bisa dilakukan untuk mengurangi sesak), memonitor adanya kulit kering dan perubahan pigmentasi, melakukan pemantauan turgor kulit, melakukan pengawasan kadar albumin, total protein, Hb dan kadar Ht, melakukan monitor pada gejala pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva, melakukan monitor kalori, mencatat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral, menganjurkan diet terdiri dari makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi dan menganjurkan klien makan sedikit tapi sering. Namun dihari kedua dan ketiga penulis tidak melakukan penimbangan berat badan setiap harinya, hanya perlu pemantauan adanya penurunan berat badan dan pemenuhan nutrisi yang adekuat untuk mengatasi masalah ketidakseimbangan nutrisi pada Tn.Z.

Pada diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas, dihari pertama penulis membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan, membantu untuk memilih aktifitas konsisten yang sesuai dengan (kemampuan fisik, psikologi dan sosial), membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktifitas yang diinginkan, membantu untuk mendapatkan bantuan alat bantu aktifitas yang disukai, membantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang, membantu pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas, melakukan pemantauan (respon fisik, emosi, sosial dan spiritual) dan menganjurkan mika-miki pada klien (mengubah posisi setiap 2 jam). Pada hari kedua dan ketiga penulis tetap melakukan implementasi yang sama seperti dihari pertama karena semua implementasi perlu dilakukan pada Tn.Z masih mengeluhkan kesulitan dalam

melakukan aktifitas seperti biasanya dan hanya bisa berbaring ditempat tidur.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan dilakukan pada hari Senin tanggal 13 April 2020, setelah 3 hari implementasi. Menurut Budiono, 2015 semua tindakan keperawatan akan di evaluasi dengan metode SOAP (subjektif, objektif, assessment, planning). Penulis melakukan perbandingan antara kriteria hasil pada teori dengan hasil yang diperoleh dari studi kasus.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas masalah teratasi sebagian pada tanggal 15 April 2020. Berdasarkan *Nursing Outcomes Classification* (NOC), 2015 pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas kriteria hasil mampu melakukan batuk efektif, suara nafas yang bersih, saturasi O<sub>2</sub> dalam batas normal dan menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas frekuensi pernafasan dalam rentang normal (16-20 x/menit) jika masalah sudah teratasi. Dari hasil studi kasus Tn.Z sudah mampu melakukan batuk efektif secara mandiri, suara nafas ronkhi, tidak terpasang oksigenansi, frekuensi pernafasan 24x/menit dan pasien masih mengeluarkan batuk masih sesekali muncul dan sedikit mengganggu aktifitas.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas masalah sudah teatasi pada tanggal 14 April 2020. Berdasarkan *Nursing Outcomes Classification* (NOC), 2015 pada diagnosa ketidakefektifan pola nafas kriteria hasil menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas frekuensi pernafasan dalam rentang normal (16-20 x/menit), O<sub>2</sub> dalam batas normal dan tanda-tanda vital

dalam rentang normal (tekanan darah, nadi pernafasan). Dari hasil studi kasus Tn.Z sudah tidak sesak, oksigenasi sudah dihentikan, RR: 24 x/menit, TD:140/80 mmHg, N : 85x/menit.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh masalah sudah teratasi pada tanggal 14 April 2020. Berdasarkan *Nursing Outcomes Classification* (NOC), 2015 pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh kriteria hasil diharapkan adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan, mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, tidak ada tanda-tanda malnutrisi, tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. Dari hasil studi kasus, Tn.Z tampak sudah mulai nafsu makan, berat badan mengalami peningkatan 3 kg, mampu menghabiskan makanan lebih dari biasanya dan tidak ada tanda-tanda malnutrisi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 pada diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas masalah sudah teratasi sebagian pada tanggal 15 April 2020. Berdasarkan *Nursing Outcomes Classification* (NOC), 2015 pada diagnosa intoleransi aktifitas kriteria hasil mampu berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan TTV (nadi, pernafasan dan tekanan darah), mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLS) secara mandiri, mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat. Dari hasil studi kasus, Tn.Z masih mengeluhkan kesulitan dalam melakukan aktifitas kerna sesak yang ia rasakan, RR: 24 x/menit, TD:140/80 mmHg, N : 85x/menit dan masih perlu pemantauan keluarga dalam aktifitas sehari-hari Tn.Z untuk mencegah kelelahan.