PENATALAKSANAAN FISIOTERAPI PADA *BRONKIEKSTASIS* DI RS PARU Dr. ARIO WIRAWAN SALATIGA

Oleh :

FEBRI ARIDIYANSYAH

J100110060

Naskah Publikasi

Diajukan Guna Melengkapi Tugas dan Memenuhi

Syarat-syarat Untuk Menyelesaikan Program

Pendidikan Diploma III Fisioterapi

PROGRAM STUDI DIPLOMA III FISIOTERAPI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA

2014

THE IMPLEMENTATION OF PHISIOTHERAPY ON THE PULMONARY BRONKHIECTASIS AT RS. PARU Dr. ARIO WIRAWAN SALATIGA

(FebriArdiyansyah, 2014, 39 pages)

Abstract

Background : Bronchiectasis is an abnormal dilatation of bronchi that occur due to an infection which makes the inflammation and destruction of breath way. Usually the most infection that causing the bronchiectasis is cystic fibrosis infection. The breath way will easily widen and get kholaps, so bronchiectasis can be considered as chronic obstructive pulmonary disease. Physiotherapy as health workers play a role in dealing with cases Bronchiectasis, with the aim to restore lung function and reduce the problems that exist. In this case the problem of physiotherapy include impraiment, functional limitation and disability. In the face of this physiotherapy using infrared ray modalities and therapeutic exercise in the form of cuffing and Breathing Exercise.

Objectives : To investigate the implementation of physiotheraphy in reducing shortness of breath, increase the expansion of the thoracic cage, and relaxes muscle spasms at bronchiectasis with modilities infra red (IR), breathing exercise (BE), and Cuffing.

Result: After treatment for 6 times results obtained in thoracic cage expansion at axilla TI ; 2 cm become T6 ; 2 cm, in procesus xypoideus T1 ; 2cm become T6 ; 2cm, decreasing shortness of breath T1 : value of 3 (moderate) become T6 : value of 2 (light), decreasing spasme at sternocledomastoideus T1 : spasme kinda hard become T6 : spasme is gone, upper trapezius T1 : spasme kinda hard become T6 : spasme is gone.

Conclusion : Infra Red, Breathing exercise, and Cuffing at lung bronchietasis, able to increase the expansion of thoracic cage in lung tuberculosis, able to relaxing the muscle spasms in the chest due to lung bronchietasis, able to reduce the shortness breath at lung bronchietasis.

Keyword : Bronkiekstasis, Infra Red (IR), Breathing Exercise (BE), and Cuffing.

PENGESAHAN NASKAH PUBLIKASI

Naskah Publikasi Ilmiah dengan judul "PENATALAKSANAAN FISIOTERAPI PADA *BRONKIEKSTASIS* PARU DI RS PARU Dr. ARIO WIRAWAN SALATIGA"

Naskah Publikasi Ilmiah telah disetujui oleh pembimbing KTI untuk di publikasikan di Universitas Muhammadiyah Surakarta

Diajukan Oleh :

NAMA : Febri Ardiyansyah

NIM : J100110060

Pembimbing

(Isnaini Herawati, S.Fis, S.Pd, M.Sc)

Mengetahui ,

Ka. Prodi Fisioterapi FIK UMS

(Isnaini Herawati, S.Fis, S.Pd, M.Sc)

PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA TULIS ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama	: Febri Ardiyansyah
Nim	: J100110060
Fakultas/Jurusan	: FIK/Fisioterapi D3
Jenis Publikasi	: Karya Tulis Ilmiah
Judul	: Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Bronkiekstasis Paru Di RS Paru Dr. Ario Wirawan Salatiga

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalty kepada perpustakaan UMS atas Karya Tulis Ilmiah saya, demi mengembangkan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/pengalih formatkan.
3. Mengelola dalam bentuk data (data base), mendistribusikannya serta menampilkan dalam bentuk soft copy untuk kepentingan akademis kepada perpustakaan UMS, tanpa perlu minta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.

Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan UMS dari segala bentuk hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya tulis ini.

Demikian pernyataan yang saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, 12 Desember 2014

Yang menyatakan,

(Febri Ardiyansyah)

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Riwayat penyakit bronkiektasis pertama kali dikemukakan oleh Laennec di tahun 1819, kemudian diperinci oleh Sir William Osler pada akhir 1800, dan ditetapkan lebih lanjut oleh Reid pada tahun 1950, bronkiektasis telah mengalami perubahan yang signifikan dalam hal prevalensi, etiologi, presentasi, dan pengobatan (Emmons,dkk,2008).

Penelitian pada tahun 2005 didapatkan sekitar 110.000 pasien dengan bronkiektasis di Amerika serikat. Pada tahun 2005 penyakit ini sering terjadi pada usia tua dengan dua pertiga adalah wanita. Weycker et al melaporkan prevalensi bronkiektasis di amerika serikat 4,2 per 100.00 orang dengan usia 18-34 tahun dan 272 per 100.000 orang dengan usia 75 tahun. Sedangkan di Auckland, New Zealand terdapat 1 per 6.000 penderita bronkiektasis (Syahrul,2011).

Indonesia sendiri belum ada laporan tentang angka-angka yang pasti mengenai penyakit ini. Kenyataannya penyakit ini cukup sering ditemukan di rumah sakit dan di klinik-klinik dan diderita oleh laki-laki maupun perempuan. Penyakit ini dapat diderita mulai sejak anak-anak, bahkan dapat merupakan kelainan konginetal.

Bronkiektasis kongenital biasanya mempengaruhi bayi dan anak-anak. Kasus-kasus bentuk *Acquired* sering terjadi pada orang dewasa dan anak-anak yang lebih tua dan memerlukan suatu penanganan agar tidak terjadi penularan, gangguan drainase, dan obstruksi jalan napas.

Jaringan dapat terjadi kerusakan oleh *respon host protease neutrophilic, sitokin inflamasi, oksida nitrat, dan radikal oksigen*. Hal ini menyebabkan kerusakan pada komponen otot dan elastis dinding bronkus. Selain itu, jaringan alveolar peribronchial mungkin rusak, sehingga fibrosis difus *peribronchial* (Emmons,dkk,2008).

Bernapas merupakan proses yang vital bagi makhluk hidup. Seluruh makhluk hidup bernapas untuk memenuhi kebutuhan hidupnya, tidak terkecuali manusia. Manusia bernapas untuk memenuhi kebutuhan kadar oksigen yang diperlukan oleh tubuhnya. Oksigen tersebut digunakan oleh setiap sel dalam tubuh manusia untuk melakukan metabolismenya, sehingga ada zat sisa berupa karbondioksida dan air yang harus dihilangkan. Pada proses pernafasan hal ini berlangsung bergantian, pertama manusia menghirup udara untuk memperoleh oksigen dan kedua menghembuskan nafas untuk mengeluarkan karbondioksida dan air. Manusia bernafas dengan organ paru-paru, untuk struktur jalan salur nafas, yaitu : hidung, faring, laring, trakea, bronkus dan bronkeolus. Proses bernapasa terjadi antara sadar dan tidak sadar, karna dalam bernapas merupakan proses yang otomatis.

Pernapasan tersusun atas organ yang berbeda, tidak menutup kemungkinan organ ini dapat mengalami masalah yang bisa mengganggu proses pernafasan baik itu ringan ataupun berat. Gangguan ini akan menyebabkan kesulitan bernapas pada penderitanya dan dalam jangka waktu yang panjang gangguan ini akan mempengaruhi metabolisme tubuh

si penderitanya. Gangguan pada paru dapat berupa yang obstruktif ataupun restriktif. Gangguan paru obstruktif biasanya terjadi pada jalan nafas itu sendiri atau organ paru itu sendiri, dikenal dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). Sedangkan retriksi gangguannya berasal dari luar atau dalam paru-paru. Dikenal dengan Penyakit Paru Restriksi (PPR). Masing-masing penyakit ini memiliki karakteristiknya tersendiri.

Fisioterapi sebagai tenaga kesehatan ikut berperan dalam menangani kasus Bronkiektasis, dengan tujuan untuk mengembalikan fungsi paru dan mengurangi problematika yang ada. Dalam kasus ini problematika fisioterapi meliputi *impraiment*, *functional limitation* dan *disability*. Dalam mengatasi hal ini fisioterapi menggunakan modalitas sinar infra merah dan terapi latihan berupa *Cuffing* dan *Breathing Exercise.*

Keadaan di atas dapat disimpulkan bahwa penyakit Bronkiekstasis walaupun masih sangat jarang dijumpai akan tetapi kasus bronkiekstasis ini masih menjadi masalah di dunia. Disini penulis sebagai seorang fisioterapi, yang mempunyai peran dalam menangani pasien dengan penyakit Bronkiekstasis dalam, memelihara fungsi pernafasan, dan untuk meningkatkan keadaan fisik dan psikologis pasien sehingga dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari. Dalam karya tulis ilmiah ini akan dibahas lebih dalam lagi mengenai penyakit bronkiekstasi paru yang berkaitan dengan seorang pasien yang kasusnya saya angkat dalam karya tulis ilmiah ini.

B. Rumusan Masalah

Dalam rumusan masalah kasus ini adalah:

1. Apakah *Infra Red* (IR), *Cuffing,* dan *Breathing Exercise,* dapat mengurangi derajat sesak nafas pada pasien Bronkiekstasis ?
2. Apakah IR, *Cuffing,* dan *Breathing Exercise*, dapat meningkatkan ekspansi sangkar thoraks pada kasus Bronkiekstasis ?
3. Apakah IR, *Cuffing,* dan *Breathing Exercise,* dapat merelaksasikan otot dada karena spasme pada kasus Bronkiekstasis ?

C. Tujuan Pembuatan Karya Tulis Ilmiah

Adapun tujuan pembuatan karya tulis ilmiah ini dibagi menjadi dua, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

a) Tujuan Umum

1. Karya Tulis Ilmiah ini dibuat sebagai bentuk tugas akhir untuk memenuhi persyaratan kelulusan.
2. Untuk menambah pengetahuan saya mengenai masalah dan penatalaksanaan fisioterapi pada kasus Bronkiekstasis.

b) Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui *Infra Red* (IR), *Cuffing,* dan *Breathing Exercise* dapat mengurangi derajat sesak nafas pada pasien Bronkiekstasis ?
2. Untuk mengetahui *Infra Red* (IR), *Cuffing,* dan *Breathing Exercise* dapat meningkatkan ekspansi sangkar thoraks pada kasus Bronkiekstasis ?

3. Untuk mengetahui *Infra Red* (IR)*, Cuffing,* dan *Breathing Exercise* dapat merelaksasikan otot dada karena spasme pada kasus Bronkiekstasis ?

TINJAUAN PUSTAKA

A. Bronkiekstasis

Bronkiekstasis adalah kondisi yang ditandai dengan dilatasi abnormal di bronki dan kehancuran dinding bronkial, dan bisa muncul di seluruh pohon trakeobronkial atau bisa terbatas pada satu segmen atau lobus. Bronkiektasis biasanya bilateral dan melibatkan segmen basilar di lobus bawah (Wiliams dan Willkins, 2011).

Bronkiektasis didefinisikan sebagai kelainan pada pelebaran bronki. Proses ini terjadi dalam konteks infeksi kronis saluran pernapasan dan peradangan. Biasanya di diagnosis menggunakan perhitungan tomografi scanning untuk menggambarkan pembesaran pada bronki. Bronkiekstasis juga dicirikan sebagai sumbatan sedikit pada saluran pernapasan (Paul,2009).

Bronkiekstasis yang merupakan dilatasi abnormal bronkus dapat terjadi sebagai kelainan konginetal atau terjadi karena infeksi yang menyebabkan inflamasi serta destruksi jalan napas. Infeksi kistik fibrosis yang merupakan penyebab bronkiektasis yang sering ditemukan. Jalan napas yang melebar mudah mengalami kholaps dan dengan demikian bronkiektasis dapat dianggap sebagai penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).

Penyakit ini menyerang pria maupun wanita dan semua usia. Karena tersedianya antibiotik untuk mengobati infeksi traktus respiratotik

akut, insiden bronkiektasis telah berkurang secara dramatis dalam kurung waktu 20 tahun terakhir. Insidennya adalah yang tertinggi di antara Inuit Arktik dan Suku Maori di Selandia Baru.

Antibibiotik digunakan untuk mengatasi infeksi, dan tindakan bedah reseksi lobus paru yang sakit mungkin diperlukan pada kasus-kasus tertentu jika pengobatan antibiotik tidak berhasil atau bila terdapat hemoptisis yang berlebihan. Pasien bronkiektasis dapat memperlihatkan gejala intermiten yang berkaitan dengan infeksi termasuk batuk-batuk, produksi sputum yang purulen serta berbau busuk dan atau hemoptisis (batuk darah).

Bentuk-bentuk yang berbeda dari bronkiektasis bisa muncul terpisah atau secara simulutan. Penyakit ini terdiri dari tiga bentuk yaitu silindris (fusiform), varikosa dan sakular (sistik). Pada bronkiektasis silindris merupakan bronkiektasis yang paling ringan, bentuk ini sering dijumpai pada bronkiektasis yang menyertai bronkitis kronik. Bronkus tampak seperti pipa berdilatasi dan jalan napas yang lebih kecil dipenuhi mukus.

Pada bronkiektasis *varikosa*, merupakan bentuk *intermediet*, istilah ini digunakan karena perubahan bentuk bronkus yang menyerupai varises vena. Pada bronkiektasis sakular, merupakan bentuk bronkiektasis yang klasik ditandai dengan adanya dilatasi dan penyempitan bronkus yang bersifat *ireguler*. Bentuk ini kadang berbentuk kista (Williams dan Wilkins,2008).

B. Etiologi Bronkiekstasis

Ada banyak faktor yang telah digambarkan sebagai penyebab untuk Bronkiektasis. Masalah yang menetapkan faktor-faktor ini sebagai penyebab adalah bahwa subjek biasanya memiliki penyakit paru-paru dalam waktu yang lama (lebih dari 10 tahun) dan dapat bergantung pada jangka panjang retrospektif. Mungkin hal ini lebih tepat sebagai faktor penyebab definitif. Faktor etiologi yang telah dijelaskan secara umum semuanya memiliki beberpa peran dalam merusak pertahanan host terhadap infeksi (Paul, 2009).

Kelemahan dinding bronkus pada bronkiekstasis dapat konginetal ataupun didapat (*acquired*) yang disebabkan karena adanya kerusakan jaringan. Bronkiektasis konginetal sering berkaitan dengan adanya *dekstrokardia* dan sinusitis, jika ketiga keadaan ini (bronkiektasis, dekstrokardia dan sinusitis) hadir bersamaan, keadaan ini disebut sebagai sindom kartagener. Jika disertai pula dengan dilatasi trakea dan bronkus utama maka kelainan ini disebut *trakeobronkomegali*.

Bronkiektasis yang didapat sering berkaitan dengan obtruksi bronkus. Dilatasi bronkus mungkin disebabkan karena kerusakan dinding bronkus akibat peradangan seperti pada penyakit endobronkial tuberkolosis. Bronkiektasis non-tuberkolosis cenderung terjadi pada bagian paru bergantung (*dependent part*) yang menyebabkan aliran drainase discharge terhambat. Gaya berat menyebabkan akumulasi sputum sehingga infeksi dan supurasi lebih mudah terjadi.

Berdasarkan lokasinya, bronkiektasis dibagi menjadi :

a. Setempat (*localized*), yaitu di lobus bawah, lobus tengah kanan atau lingula, biasanya sebagai komplikasi dari pneumonia yang berat, dapat juga karena penyumbatan oleh benda asing (misalnya kacang), tumor atau penekan dari luar (kompresi oleh tuberkulosis kelenjar limfa). Bronkiektasis dilobus atas biasanya disebabkan oleh tuberkolosis atau aspergilosis bronkopulmonal.
b. Menyeluruh (*generalized*), biasanya karena infeksi sistem pernapasan yang berulang disertai kelainan imunitas ataupun kelainan *mucocilary clearance*. Penyebab lainnya adalah vaskulitis defisiensi α-1-antitripsin, AIDS, sindrom marfan, SLE, sindrom Syogren, dan sarkoidosis.

C. Patofisiologi Bronkiektasis

Bronkiektasis adalah dilatasi abnormal bronkus proksimal dan menengah (>2mm) yang disebabkan oleh melemahnya atau perusakan komponen otot dan elastis dinding bronkus. Daerah yang terkena bisa menunjukkan berbagai perubahan, termasuk peradangan transmural, edema, jaringan parut, dan ulserasi, di antara temuan lainnya. Parenkim paru distal juga mungkin rusak sekunder terhadap infeksi mikroba persisten dan pneumonia postobstructive sering. Bronkiektasis dapat bawaan tetapi paling sering diperoleh (Emmons,dkk. 2008).

Bronkiektasis kongenital biasanya mempengaruhi bayi dan anak-anak. Kasus-kasus penangkapan hasil dari perkembangan pohon bronkial.

Bentuk *Acquired* terjadi pada orang dewasa dan anak-anak yang lebih tua dan memerlukan suatu penghinaan menular, gangguan drainase, obstruksi jalan napas, dan / atau cacat dalam pertahanan tuan rumah. Jaringan juga rusak sebagian oleh respon *host protease neutrophilic*, sitokin inflamasi, oksida nitrat, dan radikal oksigen. Hal ini menyebabkan kerusakan pada komponen otot dan elastis dinding bronkus. Selain itu, jaringan *alveolar peribronchial* mungkin rusak, sehingga fibrosis difus peribronchial.

Hasilnya adalah dilatasi bronkus abnormal dengan kerusakan dinding bronkus dan peradangan *transmural*. Temuan paling penting fungsional anatomi saluran napas berubah adalah sangat terganggu clearance sekresi dari pohon bronkial. Gangguan bersihan sekresi menyebabkan kolonisasi dan infeksi dengan organisme patogen, berkontribusi terhadap dahak purulen umumnya diamati pada pasien dengan bronkiektasis. Hasilnya adalah kerusakan lebih lanjut bronkial dan kerusakan pada lingkaran bronkus, pelebaran bronkus, gangguan sekresi, infeksi berulang, dan kerusakan yang berlebih pada bronkial.

PROSES FISIOTERAPI

A. Diagnosa Fisioterapi

1. Impairment

- Adanya sesak nafas
- Adanya penurunan ekspansi thoraks.
- Adanya spasme pada *musculus upper trapezius* dan *musculus sternocleidomastoideus.*

2. Functional Limitation

1. Pasien tidak dapat melakukan aktifitas sebagai petani karna sesak nafas.
2. Pasien belum dapat berjalan jauh karena sesak nafas.

3. Disability

Pasien belum dapat melakukan aktifitas sosial seperti biasanya karena pasien masih dirawat di rumah sakit.

B. Penatalaksanaan Fisioterapi

Berdasarkan pembahasan diatas, untuk mengurangi problematika yang ada maka penulis menggunakan modalitas fisioterapi berupa *Infra Red, Breathing Exercise, dan cuffing*.

1. Terapi 1
    1. Hari senin,03 Februari 2014

        a. *Infra Red* (IR)

        Tujuan : untuk mendapatkan relaksasi lokal pada daerah dada dan punggung juga untuk memperbaiki sirkulasi darah (fasodilatasi pembuluh darah)

        Persiapan alat : Siapkan alat kemudiancek keadaan lampu, cek kabel, ada yang terkelupas atau tidak.

        Persiapan pasien : Posisikan pasien senyaman mungkin, bebaskan area yang akan diterapi, dari kain atau pakaian, sebelum diterapi kulit harus kering dan dilakukan tes sensibilitas terlebih dahulu serta berikan informasi yang jelas tentang tujuan terapi mengenai apa yang akan dirasakan dan apa yang tidak boleh dilakukan selama terapi.

        Pelaksanaan : Alat di atur sedemikian rupa, sehingga lampu IR dapat menjangkau daerah dada dan punggung dengan jarak 30-40 cm. Posisi lampu IR tegak lurus daerah yang akan diterapi. Setelah semuanya siap alat dihidupkan, kemudian atur waktu 10-15 menit. Selama proses terapi berlangsung fisioterapi harus mengontrol rasa hangat yang diterima pasien, jika selama pengobatan rasa nyeri, pusing, ketegangan otot meningkat. Dosis harus dikurangi dengan menurunkan intensitasnya, dengan sedikit menjauhkan IR. Hal ini berkaitan dengan adanya *over* dosis. Setelah proses terapi

selesai matikan alat dan alat dirapikan seperti semula.

b. Cuffing

Gerakan perkusi dengan tangan membentuk seperti mangkuk dan ditepuk-tepuk pada dada pasien berulang-ulang.

Persiapan pasien : pasien duduk tegak

Pelaksanaan : terapis menepuk-nepuk dada bagian belakang pasien sambil diberi IR.

***c. Breathing Exercise* (BE)**

Latihan ini bertujuan untuk memperbaiki ventilasi udara, melatih pernapasan diafragma, dan menjaga ekspansi thorak.

Persiapan pasien: pasien rileks, pasien tidur di bed, kedua kaki ditekuk.

Pelaksanaan :

1) ***Diafragma Breathing***

Pasien diinstruksikan untuk menarik nafas panjang melalui hidung (dengan mengembangkan perut) dan mengeluarkannya secara pelan - pelan melalui mulut (mengempiskan perut) pengulangan 2-5 kali.

d. Spirometri

Spirometri berfungsi sebagai alat untuk melakukan tes fungsi pada paru-paru dan untuk mengetahui volume udara pada paru-paru.

Persiapan pasien : Pasien duduk di bed

Pelaksanaan :

1. Persiapkan alat spirometri dan isi identitas pasien pada spirometri.
2. Kemudian tekan F5 pada alat untuk memuali pemeriksaan.
3. Demonstrasikan kepada pasien bagaimana yang harus dilakukan pasien dan terapis. Memberikan aba-aba kepada pasien.
4. Manufer pemeriksaan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai bagaimana pengaruh intervensi fisioterapi berupa *Infra Red (IR), Breathing Exercise, dan Cuffing* yang diberikan kepada pasien dengan kasus Bronkiekstasis. Permasalahan yang sering timbul antara lain adanya penurunan ekspansi sangkar thoraks, spasme otot, dan sesak nafas. Pasien menjadi terganggu dan terbatas melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan jauh.

Terapi dilakukan sebanyak enam kali, jika terapi dapat di lakukan secara berturut-turut maka akan lebih efektif. Pelaksanaan terapi terhitung dari tanggal 03 – 08 Februari 2014 yang dilakukan dengan intervensi fisioterapi berupa *Infra Red (IR), Breathing Exercise, dan Cuffing* sehingga diperoleh peningkatan dalam proses penyembuhan pasien tersebut.

B. Pembahasan

1. Tidak adanya peningkatan ekspansi sangkar thoraks.
2. Terdapat penurunan drajat sesak nafas.
3. Terdapat penurunan spasme otot.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. A. Kesimpulan

Setelah dilakukan intervensi fisioterapi selama 6 kali dapat disimpulkan bahwa :

1. *Infra Red (IR), Breathing Exercise, dan Cuffing* selama 6 kali belum dapat meningkatkan pengembangan ekspansi sangkar thoraks.
2. *Infra Red (IR), Breathing Exercise,* dan *Cuffing* selama 6 kali dapat menurunkan derajat sesak nafas.
3. *Infra Red (IR), Breathing Exercise,* dan *Cuffing* selama 6 kali dapat mengurangi spasme pada otot bantu pernapasan.

B. Saran

1. Saran untuk fisioterapis

Fisioterapis merupakan petugas kesehatan yang mempunyai peran penting dalam kesembuhan pasien. Pasien yang datang pada fisioterapis sebenarnya sudah mempunyai kepercayaan bahwa ia akan sembuh. Kesembuhan pasien juga tergantung dari sikap dan tindakan fisioterapis itu sendiri. Untuk itu sebagai petugas fisioterapis dalam melaksanakan tugas perlu keseriusan tinggi dan keyakinan kuat demi kesembuhan pasien. Diawali dari tindakan pemeriksaan, diagnose, program, tujuan, pelaksanaan, dan evaluasi harus dikerjakan secara baik dan teliti, sehingga tercapai hasil tujuan yang maksimal dan hal itu menjadikan sebagai bentuk kepuasan terhadap pasien.

2. Saran bagi pasien

Pasien yang menjadi objek penderita merupakan orang yang membutuhkan pertolongan, khususnya kepada fisioterapis. Kesembuhan pasien pun memerlukan kerjasama antara petugas kesehatan. Akan tetapi kerjasama yang baik terdapat dari keyakinan pasien itu sendiri. Sehingga untuk pasien diharuskan mempunyai keyakinan yang tinggi terhadap kesembuhan. Semua program - program yang telah diberikan oleh fisioterapis.

DAFTAR PUSTAKA

Basuki. 2009. *Penyakit Paru Obstruktif Kronik*. Diakses : 23 April 2014. Dari http://www.klikpdpi.com/konsensus/konsensus-ppok/ppok.pdf

Emmons,dkk. 2011. *Phatology of Bronkhiecktasis.* Diakses : 17 oktober 2013. Dari http://emedicine.medscape.com/article/296961-overview

Herawati, Isnaini. 2013.*Fisioterapi Pada Kasus Respirasi.* Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Hillegas, Ellen. 2011. *Cardiopulmonary physical Therapy.* Georgia: Elsevier Saunders.Nizar , Muhammad. 2010. *Pemberantasan dan Penanggulangan Tuberculosis.* Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Joshua. 2008. *Bronkiektasis dengan cor pulmo*. Diakses : 20 April 2014. Dari https://id.scribd.com/doc/133441979/Bronkiektasis-Disertai-Dengan-Cor-Pulmonale-Dan-Coronary-Artery-Disease

Lohani, Sudir. 2011. *Review paper on bronkhiectasis.* Diakses : 27 Maret 2014. *Review* .pdf

Maglufi. *Tips Untuk Penderita Asma*. Ditulis pada tanggal 9 oktober 2007, Dari http:/id.wikipedia.org/wiki asma. Diakses : 24 April 2014.

Nuryasni. 2009. *Bronkiektasis (BE).* Diakses: 11 februari 20014. Dari http://www.klikparu.com/2013/01/bronkiektasis-be.

Patrick, davey. 2005. *Bronkiektasis/BE.* Diakses : 08 November 2014. Dari http://www.klikparu.com/2013/01/bronkiektasis-be.html

Paul. 2009. *The pathophysiology of bronkhiectasis.* Diakses : 09 Mei 2014. *Internatioanl journal of COPD* .pdf

Syahrul, Dian. 2011. *Referat Bronkieextasis* . Diakses : 11 februari 2014. Dari Referat Bronkiektasis | Artikel Kedokteran www.artikelkedokteran.com /1352/bronkiektasis.html

Tarigan, 2010. *Institutional Repository*. Diakses : 26 november 2014.http://*repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/20847/4/Chapter%20I.pdf*

Trisnowiyanto, Bambang. 2012. *Instrumen Pemeriksaan Fisioterapi dan Penelitian Kesehatan*. Nuha Medika, Sorowajan baru. Yogyakarta. Hal. 97-98

William dan Willkins. 2008. *Nursing memahami berbagai macam penyakit.* Jakarta Barat: Indeks permata puri. Hal. 73-74