

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN DIAGNOSA
MEDIS TUMOR PARU DI RUANG C2 RSPAL
dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

**IFTITA CHURROSIDA S.Kep
NIM. 213.0024**

**PROGRAM PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMUKESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN DIAGNOSA
MEDIS TUMOR PARU DI RUANG C2 RSPAL
dr. RAMELAN SURABAYA

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :

IFTITA CHURROSIDA S.Kep
NIM. 213.0024

PROGRAM PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMUKESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 04 Juli 2022
Penulis

Iftita Churrosida, S.Kep
NIM.213.0024

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Iftita Churrosida, S.Kep.

NIM : 213.0024

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.A dengan Diagnosa Medis Tumor
Paru di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, 04 Juli 2022

Pembimbing

Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP.03028

Mengetahui,

**STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP.03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 04 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Iftita Churrosida, S.Kep.

NIM : 213.0024

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.A dengan Diagnosa Medis Tumor Paru di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua: **Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.M.Kep**

NIP.03001

Penguji 1: **Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

NIP.03028

Penguji 2: **Sulistyono, S.Kep.,Ns**

NIP. 197103231996031003

**Mengetahui,
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 04 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku Penguji Ketua yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moral dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini

5. Ibu Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Penguji 1 dan Pembimbing terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak Sulistyono, S.Kep.,Ns selaku Penguji 2 dan Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Kedua Orang tua saya yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun
8. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama perkuliahan.
9. Teman-teman sealmamater Profesi Ners Angkatan 12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya,04 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
SIMBOL DAN SINGKATAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Tumor Paru	8
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi Paru	9
2.1.3 Etiologi.....	13
2.1.4 Tanda dan Gejala.....	13
2.1.5 Klasifikasi	14
2.1.6 Patofisiologi	15
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.8 Penatalaksanaan	17
2.1.9 Komplikasi	18
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Tumor Paru	18
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	18
2.2.2 Riwayat Keperawatan	19
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	23
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	23
2.2.5 Implementasi Keperawatan.....	34
2.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	47
2.3 Konsep Kerangka Masalah	49
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	50
3.1 Pengkajian	50
3.1.1 Data Dasar	50

3.1.2 Pemeriksaan Fisik	53
3.1.3 Pengkajian Pola Kesehatan	56
3.1.4 Data Penunjang	61
3.1.5 Terapi Medis	62
3.2 Prioritas Diagnosa Keperawatan	63
3.2.1 Analisa Data	63
3.2.2 Diagnosa Keperawatan	65
3.3 Prioritas Masalah.....	65
3.4 Intervensi Keperawatan.....	66
3.5 Implementasi Keperawatan.....	69
BAB 4 PEMBAHASAN	78
4.1 Pengkajian	78
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	80
4.3 Intervensi Keperawatan.....	82
4.4 Implementasi Keperawatan	85
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	87
BAB 5 PENUTUP.....	91
5.1 Kesimpulan	91
5.2 Saran.....	93
5.2.1 Bagi Profesi Keperawatan.....	93
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan	93
5.2.3 Bagi Manajemen Ruangan	93
5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya.....	93
5.2.5 Bagi Pasien dan Keluarga	93
DAFTAR PUSTAKA	94

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data pada Tn.A Dengan Diagnosa Medis Tumor Paru	63
Tabel 3.2 Prioritas Masalah pada Tn.A Dengan Diagnosa Medis Tumor Paru	65
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan pada Tn.A Dengan Diagnosa Medis Tumor Paru	66
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan pada Tn.A Dengan Diagnosa Medis Tumor Paru	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Paru.....	9
Gambar 2. 2 Pleura.....	10

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	98
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	99
Lampiran 3 SOP Batuk Efektif	100
Lampiran 4 SOP Nebulizer	102
Lampiran 5 SOP Pemberian Terapi Oksigenasi	104
Lampiran 6 SOP Manajemen Nyeri	107
Lampiran 7 SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam	109

SIMBOL DAN SINGKATAN

SIMBOL

.	: Titik
,	: Koma
:	: Titik dua
%	: Persen
?	: Tanda Tanya
/	: Atau
()	: Kurung Buka dan Kurung Tutup
=	: Sama Dengan
> atau \geq	: Lebih dari atau lebih dari sama dengan
< atau \leq	: Kurang dari atau kurang dari sama dengan

SINGKATAN

O ₂	: Oksigen
WHO	: <i>World Health Organization</i>
Globocan	: <i>Global Cancer Observatory</i>
PET	: <i>Positron Emission Tomography</i>
NSCLC	: <i>Non Small Cell Lung Carcinoma</i>
SCLC	: <i>Small Cell Lung Carcinoma</i>
GCS	: Glasgow Coma Scale
NGT	: Nasogastric tube
CRT	: Capillary Refill Time

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fungsi paru utama untuk respirasi yaitu pengambilan O₂ dari luar masuk ke dalam saluran nafas dan diteruskan ke dalam tubuh, tetapi jika terjadi tumor paru maka akan menghambat fungsi paru (Nisa, K., Sidharti, L., 2019). Tumor merupakan sekelompok sel-sel abnormal yang terbentuk hasil proses pembelahan sel yang berlebihan dan tak terkoordinasi, bisa bersifat jinak ataupun ganas (Rizka, 2019). Tumor paru adalah tumor yang memiliki kaitan erat dengan kanker paru, karena sebagian besar tumor paru bersifat ganas (Wiguna, 2021). Tumor ganas paru berasal dari tumor ganas epitel primer saluran nafas yang dapat menginvasi struktur jaringan disekitarnya dan berpotensi menyebar ke seluruh tubuh melalui aliran darah dan system limfatik (Tandi, Tubagus, 2016). Perubahan pada pola hidup masyarakat seperti kebiasaan merokok, paparan zat kimia dan kurangnya aktivitas fisik yang menyebabkan terjadinya transmisi penyakit dari penyakit menular ke penyakit tidak menular, salah satunya kanker paru (Kemenkes, 2017). Kanker paru dimulai oleh aktivitas onkogen dan inaktivasi gen supresor tumor. Onkogen merupakan gen yang membantu sel-sel tumbuh dan membelah serta diyakini sebagai penyebab seseorang terkena karsinoma (Purba, A & Wibisono, 2016).

Menurut data *World Health Organization* (WHO, 2018) munculnya kanker (*Cancer Incidence*) pada laki-laki Indonesia untuk jenis kanker paru-paru mencapai 25.322 orang dengan profil mortalitas sebesar (21,8%) per 103.100 orang, dan pada

wanita tiga kali lebih sedikit, sebesar 9.374 orang dengan profil mortalitas mencapai (9,1%) per 92.200 orang. *World Health Organization* (WHO, 2018) menyebutkan (80-90%) kasus kanker paru-paru disebabkan karena merokok. Di Indonesia kanker paru masih menjadi kanker pembunuh pria dewasa nomor satu. Berdasarkan data *Global Cancer Observatory* (Globocan), sekitar 1,8 juta jiwa di dunia meninggal akibat kanker paru sepanjang tahun 2018. Sementara di Indonesia, lebih dari 30.023 penduduknya di diagnosis kanker paru, dan 26.095 diantara mereka meninggal dunia tahun 2018 (Ellyvon, 2018). Prevalensi kanker di Jawa Timur 1,24 per 1000 penduduk (Somantri, 2015). Data kasus gangguan pernafasan di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2021 mencapai 619 kasus sedangkan kasus ca paru dan tumor paru pada tahun 2021 mencapai 28 kasus.

Faktor risiko penyebab terjadinya kanker paru salah satunya adalah merokok. Merokok merupakan faktor yang berperan paling penting yaitu 85% dari seluruh kasus (Stoppler, 2015). Kejadian kanker paru pada perokok dipengaruhi oleh usia, jumlah batang rokok yang diisap setiap hari, lamanya kebiasaan merokok, dan lamanya berhenti merokok (Tendra, 2017). Penelitian oleh Stoppler (2015) menunjukkan bahwa pada orang-orang yang tidak merokok, tetapi mengisap asap rokok dari orang lain, risiko menderita kanker paru meningkat dua kali. Kematian akibat kanker paru juga berkaitan dengan polusi udara, tetapi pengaruhnya kecil bila dibandingkan dengan merokok (Tendra, 2017). Pasien kanker paru apabila tidak ditangani dengan segera akan muncul kegawatan yang dapat membahayakan pasien yang menimbulkan efusi pleura ganas, sindrom vena cava superior, obstruksi

bronkus, invasi dinding toraks, hemoptisis, metastasis, dan hiperkalsemia (Behl, D, Hendrickson, 2016).

Sebagai *care provider*, perawat berperan memberi pelayanan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan sesuai dengan prinsip dan etika perawat. Adapun prinsip - prinsip penanganan pada pasien tumor paru memerlukan asuhan keperawatan pada kebutuhan dasar maupun kebutuhan psikologis pasien. Asuhan keperawatan pada kebutuhan dasar pasien dengan tumor paru yaitu pemenuhan kebutuhan oksigenasi, melakukan nebulizer. Asuhan keperawatan pada psikologis pasien dengan tumor paru yaitu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup pasien bagi pasien dan keluarga (Anita, 2016).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru di Ruang C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru di Ruang C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru di Ruang C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

- 1 Merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru di Ruang C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
- 2 Merumuskan rencana keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru di Ruang C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
- 3 Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru di Ruang C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
- 4 Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
- 5 Dokumentasi tindakan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dari segi akademis, menambah khasanah keilmuan agar perawat dan tenaga kesehatan lebih mengetahui dan meningkatkan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan professional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosis Tumor Paru.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Praktisi Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat membantu praktisi keperawatan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Tumor Paru.

2. Bagi Manager Keperawatan

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi rujukan atau acuan dalam mengambil kebijakan saat menyusun SOP dan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Tumor Paru.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini dapat menjadi sumber rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosa medis Tumor Paru.

4. Bagi Pasien

Hasil penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan kepuasan dalam pelayanan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Tumor Paru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

c. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini menggunakan sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti: buku, jurnal dan KTI yang relevan dengan judul penulis

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran serta daftar singkatan.

Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini :

1. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.
2. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, konsep asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis , serta kerangka masalah pada Tumor Paru.
3. BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.
4. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori dan opini penulis.
5. BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.

Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka, motto dan persembahan serta lampiran-lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep Tumor Paru, 2) Konsep Asuhan Keperawatan Tumor Paru, 3) Konsep Masalah pada Tumor Paru

2.1 Konsep Tumor Paru

2.1.1 Pengertian

Tumor paru adalah suatu kondisi dimana sel-sel tumbuh secara tidak terkendali di dalam paru-paru. Sel tumor mendesak jaringan sehat sekitarnya secara serempak sehingga terbentuk simpai (serabut pembungkus yang memisahkan jaringan tumor dari jaringan sehat) (Somantri, 2015).

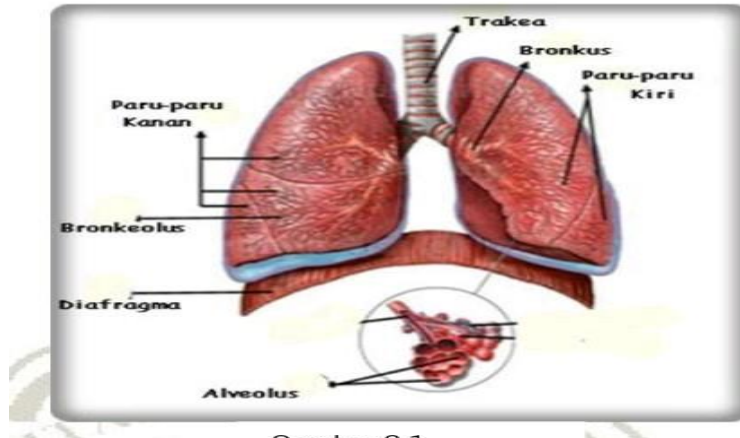
Tumor paru adalah tumor ganas paru primer yang berasal dari saluran napas atau epitel bronkus. Terjadinya kanker ditandai dengan pertumbuhan sel yang tidak normal, tidak terbatas, dan merusak sel-sel jaringan yang normal (Anonim, 2016)

Metastasis paru adalah keganasan pada paru yang merupakan penyebaran dari proses keganasan di organ/tempat lain (Somantri, 2015).

2.1.2 Anatomi Fisiologi Paru

1. Anatomi Paru

a. Paru



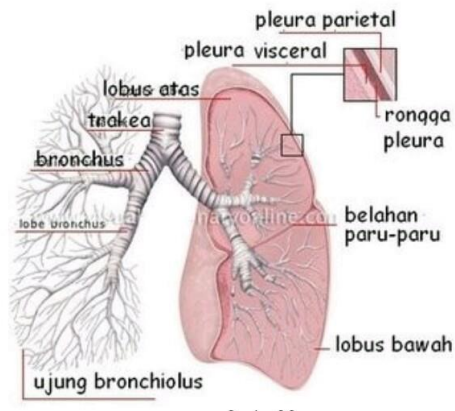
Gambar 2.1

Gambar 2.1 Anatomi Paru

Sumber : (Tampi JA, 2017)

Paru adalah struktur elastic yang dibungkus dalam sangkar toraks, yang merupakan suatu bilik udara kuat dengan dinding yang dapat menahan tekanan. Ventilasi membutuhkan gerakan dinding sangkar toraks dan dasarnya, yaitu diafragma. Efek dari gerakan ini adalah secara bergantian meningkatkan dan menurunkan kapasitas dada. Ketika kapasitas dalam dada meningkat, udara masuk melalui trakea (inspirasi), karena penurunan tekanan di dalam, dan mengembangkan paru. Ketika dinding dada dan diafragma kembali ke ukurannya semula (ekspirasi), paru-paru yang elastis tersebut mengempis dan mendorong udara keluar melalui bronkus dan trakea. Fase inspirasi dari pernapasan normalnya membutuhkan energi; fase ekspirasi normalnya pasif. Inspirasi menempati sepertiga dari siklus pernapasan, ekspirasi menempati dua pertiganya (Jusuf A, 2017)

b. Pleura



Gambar 2. 2 Pleura
Sumber : (Sudoyo, 2019)

Bagian terluar dari paru-paru dikelilingi oleh membrane halus, licin, yaitu pleura, yang juga meluas untuk membungkus dinding interior toraks dan permukaan superior diafragma. Pleura parietalis melapisi toraks, dan pleura viseralis melapisi paru-paru. Antar kedua pleura ini terdapat ruang, yang disebut spasiu pleura, yang mengandung sejumlah kecil cairan yang melicinkan permukaan dan memungkinkan keduanya bergeser dengan bebas selama ventilasi (Tampi JA, 2017)

c. Mediastinum

Mediastinum adalah dinding yang membagi rongga toraks menjadi dua bagian. Mediastinum terbentuk dari dua lapisan pleura. Semua struktur toraks kecuali paru-paru terletak antara kedua lapisan pleura, (Jusuf A, 2017)

d. Bronkus

Terdapat beberapa divisi bronkus didalam setiap lobus paru. Pertama adalah bronkus lobaris (tiga pada paru kanan dan dua pada paru kiri). Bronkus lobaris dibagi

menjadi bronkus segmental (10 pada paru kanan dan 8 pada paru kiri), yang merupakan struktur yang dicari ketika memilih posisi drainage postural yang paling efektif untuk pasien tertentu. Bronkus segmental kemudian dibagi lagi menjadi bronkus subsegmental. Bronkus ini dikelilingi oleh jaringan ikat yang memiliki arteri, limfatik, dan saraf (Tampi JA, 2017)

e. Bronkiolus

Bronkiolus merupakan cabang dari bronkus yang berfungsi untuk menyalurkan udara dari bronkus ke alveolus. Selain itu bronkiolus juga berfungsi untuk mengontrol jumlah udara yang masuk dan keluar saat proses pernapasan berlangsung (Wahyuningsih, 2017).

f. Alveolus

Paru terbentuk oleh sekitar 300 juta alveoli, yang tersusun dalam kluster antara 15 sampai 20 alveoli. Begitu banyaknya alveoli ini sehingga jika mereka bersatu untuk membentuk satu lembar, akan menutupi area 70 meter persegi (seukuran lapangan tennis). Terdapat tiga jenis sel-sel alveolar. Sel-sel alveolar tipe I adalah sel epitel yang membentuk dinding alveolar. Sel-sel alveolar tipe II, sel-sel yang aktif secara metabolic, mensekresi surfaktan, suatu fosfolid yang melapisi permukaan dalam dan mencegah alveolar agar tidak kolaps. Sel alveoli tipe III adalah makrofag yang merupakan sel-sel fagositis yang besar yang memakan benda asing (mis., lender, bakteri) dan bekerja sebagai mekanisme pertahanan yang penting (Jusuf A, 2017).

2. Fisiologi Paru

Paru-paru dan dinding dada mempunyai struktur yang elastis. Dalam keadaan normal terdapat lapisan cairan tipis antara paru-paru dan dinding dada sehingga paru-paru dengan mudah bergeser pada dinding dada karena memiliki struktur yang elastis. Tekanan yang masuk pada ruangan antara paru-paru dan dinding dada berada di bawah tekanan atmosfer (Yahezkiel, 2019)

Fungsi utama dari paru-paru adalah untuk pertukaran gas antara darah dan atmosfer. Pertukaran gas tersebut bertujuan untuk menyediakan oksigen bagi jaringan dan mengeluarkan karbon dioksida. Kebutuhan oksigen dan karbon dioksida terus berubah sesuai dengan tingkat aktivitas dan metabolisme seseorang, akan tetapi pernafasan harus tetap dapat berjalan agar pasokan kandungan oksigen dan karbon dioksida bisa normal (Anonim, 2016)

Udara yang dihirup dan masuk ke paru-paru melalui sistem berupa pipa yang menyempit (bronchi dan bronkiolus) yang bercabang di kedua belah paru-paru utama (trachea). Pipa tersebut berakhir di gelembunggelembung paru-paru (alveoli) yang merupakan kantong udara terakhir dimana oksigen dan karbondioksida dipindahkan dari tempat dimana darah mengalir. Ada lebih dari 300 juta alveoli di dalam paru-paru manusia dan bersifat elastis. Ruang udara tersebut dipelihara dalam keadaan terbuka oleh bahan kimia surfaktan yang dapat menetralkan kecenderungan alveoli untuk mengempis (Yahezkiel, 2019).

2.1.3 Etiologi

Penyebab pasti tumor paru belum diketahui, tapi paparan atau inhalasi berkepanjangan suatu zat yang bersifat karsinogenik merupakan faktor penyebab utama selain adanya faktor lain seperti imunitas tubuh dan genetik. Lombard dan Doering pada 1928 melaporkan tingginya insiden tumor paru pada perokok dibandingkan yang tidak merokok. Bahkan dikatakan bahwa 1 dari 9 perokok berat akan menderita tumor ganas paru. Belakangan, dilaporkan pula bahwa perokok pasif pun akan berisiko terkena tumor paru (S. Setiati, 2018).

Selain rokok, etiologi tumor paru yang pernah dilaporkan diantaranya: paparan zat karsinogen, seperti asbestos, radiasi ion pada pekerja tambang uranium, radon, arsen, kromium, nikel polisiklik hidrokarbon, vinil klorida. Polusi udara, genetik, dan diet. Selain faktor tersebut, jika dikaitkan dengan teori onkogenesis, terjadinya tumor paru dihubungkan dengan mutasi gen suppressor tumor (Amin, 2014).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Gejala tumor paru tidak spesifik dan sangat bervariasi dapat menyebabkan keterlambatan diagnosis sehingga pada kasus keganasan lebih sering terdiagnosis pada stadium akhir. Hal-hal yang harus dievaluasi dari pasien yang dicurigai menderita tumor paru meliputi efek lokal dari tumor, ekstensi penyakit memasuki rongga toraks, keterkaitan dengan pemeriksaan radiologi, sindrom paraneoplastik, serta adanya tanda atau gejala metastasis jauh (Rhamdaniah, Mulawarman, 2016)..

Menurut Sudarth (2014) gejala umum dari tumor paru diantaranya :

1. Batuk yang terus menerus dan berkepanjangan

Kemungkinan akibat iritasi yang disebabkan oleh massa tumor. Batuk mulai sebagai batuk kering tanpa membentuk sputum, tetapi berkembang sampai titik dimana dibentuk sputum yang kental dan purulen dalam berespon terhadap infeksi sekunder.

2. Sesak napas dan suara parau
3. Batuk berdarah dan berdahak

Hemoptisis Sputum bersemu darah karena sputum melalui permukaan tumor yang mengalami ulserasi.

4. Nyeri pada dada, ketika batuk dan menarik napas yang dalam
5. Hilang nafsu makan dan berat badan

2.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi/pentahapan klinik (clinical staging)

Klasifikasi berdasarkan TNM : tumor, nodul, dan metastase (S. Setiati, 2018)

1. T : T0 : tidak tampak tumor primer T1 : diameter tumor 3 cm, dapat disertai atelektasis atau pneumonitis, namun berjarak lebih dari 2 cm, dari karina, serta belum ada efusi pleura
2. N :N0: tidak didapatkan penjarangan ke kelenjerlimferegional N1: terdapat penjarangan ke kelenjer limfe hilus ipsilateral N2:terdapat penjarangan ke kelenjer limfe mediastinum atau kontralateral N3 : terdapat penjarangan ke kelenjer limfe ekstratorakal
3. M : M0 : tidak terdapat metastase M1 : sudah terdapat metastase jauh ke organ-organ lain.

2.1.6 Patofisiologi

Etiologi yang menyebabkan Ca paru terdapat dua jenis yaitu primer dan sekunder. Primer yaitu berasal dari merokok, asap pabrik, zat karsinogen, dll dan sekunder berasal dari metastase organ lain, Etiologi primer menyerang percabangan segmen/sub bronkus menyebabkan cilia hilang. Fungsi dari cilia ini adalah menggerakkan lendir yang akan menangkap kotoran kecil agar keluar dari paru-paru. Jika silia hilang maka akan terjadi deskuamasi sehingga timbul pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka akan menimbulkan ulserasi bronkus dan menyebabkan metaplasia, hyperplasia dan displasia yang selanjutnya akan menyebabkan Ca Paru (A. H. & H. K. Nurarif, 2015).

Ca paru ada beberapa jenis yaitu karsinoma sel skuamosa, adenokarsinoma, karsinoma sel bronkoalveolar, dan karsinoma sel besar. Setiap lokasi memiliki tanda dan gejala khas masing masing. Pada karsinoma sel skuamosa, karsinoma bronkus akan menjadi berkembang sehingga batuk akan lebih sering terjadi yang akan menimbulkan iritasi, ulserasi, dan pneumonia yang selanjutnya akan menimbulkan himoptosis. Pada adenokarsinoma akan menyebabkan meningkatnya produksi mukus yang dapat mengakibatkan penyumbatan jalan nafas. Sedangkan pada karsinoma sel bronkoalveolar sel akan membesar dan cepat sekali bermetastase sehingga menimbulkan obstruksi bronkus dengan gejala dispnea ringan. Pada karsinoma sel besar akan terjadi penyebaran neoplastik ke mediastinum sehingga timbul area pleuritik dan menyebabkan nyeri akut. Pada stadium lanjut, penurunan berat badan biasanya menunjukkan adanya metastase, khususnya pada hati. Kanker paru dapat

bermetastase ke struktur–struktur terdekat seperti kelenjar limfe, dinding esofagus, pericardium, otak, tulang rangka (Robinson, M. Joan, 2014).

Pada Ca paru sekunder, paru-paru menjadi tempat berakhirnya sel kanker yang ganas. Meskipun stadium penyakitnya masih awal, seolah-olah pasien menderita penyakit kanker paru stadium akhir. Di bagian organ paru, sel kanker terus berkembang dan bisa mematikan sel imunologi. Artinya, sel kanker bersifat imortal dan bisa menghancurkan sel yang sehat supaya tidak berfungsi. Paru-paru itu adalah end organ bagi sel kanker atau tempat berakhirnya sel kanker, yang sebelumnya dapat menyebar di area payudara, ovarium, usus, dan lain-lain (A. H. & H. K. Nurarif, 2015).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Langkah pertama adalah secara radiologis dengan menentukan apakah lesi intratorakal tersebut sebagai jinak atau ganas. Bila fasilitas tersedia dengan teknik PET (*Positron Emission Tomography*), maka dapat dibedakan antara tumor jinak dan ganas serta untuk menentukan staging penyakit. Kemudian ditentukan apakah letak lesi sentral atau perifer, yang bertujuan untuk menentukan bagaimana cara pengambilan jaringan tumor (Amin, 2014). Untuk lesi yang letaknya perifer, kombinasi bronkoskopi dengan biospi, sikatan, bilasan, transtorakal biopsi/aspirasi dan tuntunan USG atau CT scan akan memberikan hasil lebih baik. Sedangkan untuk lesi letak sentral, langkah pertama sebaiknya dengan pemeriksaan sitologi sputum diikuti bronkoskopi fleksibel. Secara radiologis dapat ditentukan ukuran tumor,

kelenjar getah bening torakal, dan metastasis ke organ lain (Rhamdaniah, Mulawarman, 2016)

2.1.8 Penatalaksanaan

Tujuan pengobatan tumor paru adalah kuratif, paliatif dan suportif. Untuk kasus tumor paru ganas, terdapat perbedaan mendasar dari *Non Small Cell Lung Carcinoma* (NSCLC) dengan *Small Cell Lung Carcinoma* (SCLC), sehingga pengobatannya harus dibedakan (Behl, D, Hendrickson, 2016).

Pengobatan *Non Small Cell Lung Carcinoma* (NSCLC) meliputi terapi bedah yang merupakan pilihan pertama pada stadium I atau II pada pasien yang adekuat sisa cadangan parenkim parunya. Survival pasien pada stadium I mendekati 60%, pada stadium II 26-37%. Pada stadium III A masih ada kontroversi mengenai keberhasilan operasi bila kelenjar mediastinum ipsilateral atau dinding torak terdapat metastasis. Pada stadium IIIb dan IV tidak dioperasi, tetapi dilakukan *Combined Modality Therapy* yaitu gabungan radiasi, kemoterapi dengan operasi (Amin, 2014)..

Untuk jenis *Small Cell Lung Carcinoma* (SCLC), dibagi dua, yaitu *limited-stage disease* yang diobati dengan tujuan kuratif (yaitu kombinasi kemoterapi dan radiasi) dan angka keberhasilan terapi sebesar 20% serta *extensive-stage disease* yang diobati dengan kemoterapi dan angka respon terapi inisial sebesar 60-70% dan angka respon terapi komplit sebesar 20- 30%. Angka median-survival time untuk *limited-stage* adalah 18 bulan dan untuk *extensive-stage disease* adalah 9 bulan (Somantri, 2015)

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi dari tumor paru dapat berupa komplikasi torakal, komplikasi ekstra torakal, atau pada kasus keganasan bermetastasis ke organ lain, misalnya otak. komplikasi torakal diantaranya efusi pleura, atelektasis, dan metastasis ke struktur organ di dalam rongga toraks (Amin, 2014).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Tumor Paru

Asuhan keperawatan diawali dengan mencari data dasar yang akurat berupa hasil pengkajian. Setelah pengkajian maka ditegakkan diagnosa keperawatan lalu menyusun rencana tindakan (intervensi) sebagai panduan dalam melakukan tindakan keperawatan (implementasi). Proses asuhan keperawatan yang terakhir adalah evaluasi keperawatan untuk menilai keberhasilan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan (Dinarti & Mulyanti, 2017).

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Nama, umur, jenis kelamin (Pada umumnya pasien dengan tumor paru sebagian besar di derita oleh laki-laki karena riwayat merokok pasif maupun aktif, tidak memungkinkan perempuan juga bisa terkena tumor paru), tempat tanggal lahir, golongan darah, pendidikan terakhir, agama, suku, status perkawinan, pekerjaan (pekerjaan yang berhubungan erat dengan asap dan zat karsinogen akan meningkatkan resiko lebih besar terserang Ca paru. Beberapa pekerjaan yang meningkatkan resiko Ca paru adalah pekerja asbes, kapster salon, pabrik industri, dan lain-lain), TB/BB, alamat (Wijaya & Putri, 2013).

2.2.2 Riwayat Keperawatan

1) Keluhan Utama

Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan utama pada kasus tumor paru adalah batuk yang disertai dengan sesak nafas dan nyeri dada (A. H. & H. K. Nurarif, 2015).

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Umumnya keluhan yang dialami meliputi batuk produktif, dahak bersifat mukoid atau purulen, batuk berdahak, malaise, demam, anoreksia, berat badan menurun, sesak napas pada penyakit yang lanjut dengan kerusakan paru yang makin luas, serta mengalami nyeri dada yang dapat bersifat local atau pleuritik. Suara nafas terdengar wheezing atau stridor karena adanya obtruksi jalan nafas (Sudarth, 2014).

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Biasanya memiliki riwayat terpapar asap rokok, industri asbes, uranium, kromat, arsen (insektisida), besi dan oksida besi, serta mengkonsumsi bahan pengawet. Kaji juga apakah klien memiliki riwayat penyakit paru dan penyakit menular atau menurun lainnya sebelumnya. Penyakit paru seperti tuberkulosis dan penyakit paru obstruktif kronik juga dapat menjadi risiko kanker paru. Seseorang dengan penyakit paru obstruktif kronik berisiko empat sampai enam kali lebih besar terkena kanker paru (Sudarth, 2014).

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Pada keluarga klien ada atau tidak yang menderita Kanker Paru, DM, Hipertensi atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular (Wijaya, 2013).

2. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum dan Tanda – Tanda Vital biasanya ditemukan adanya pernapasan takipnea, nadi cepat, lemah, kecil sampai tidak teraba (Muttaqin, 2013).

2) Sistem Tubuh

a. B1 (Bright / pernafasan)

Inspeksi : Adanya sesak nafas, pernafasan cuping hidung, batuk kering/ nyaring/ non produktif atau mungkin batuk terus menerus dengan atau tanpa sputum, terjadi peningkatan fremitus, krekels inspirasi atau ekspirasi. Palpasi : Adanya nyeri tekan. Perkusi : Bunyi paru hipersonor. Auskultasi : Ada suara tambahan seperti wheezing atau ronchi (Wijaya & Putri, 2013).

b. B2 (Blood / sirkulasi)

Inspeksi : Kaji kulit dan membran mukosa pucat/lembab dilihat dari keadaan pasien. Palpasi : ada peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, tidak ada peningkatan JVP, CRT < 2 detik Perkusi : Bunyi jantung pekak. Auskultasi: Tekanan darah normal atau hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri), bunyi jantung 1 dan II terdengar lupdup tidak ada suara tambahan seperti mur mur atau gallop (A. H. & H. K. Nurarif, 2015).

c. B3 (Brain / persyarafan, otak)

Inspeksi : Mengkaji kesadaran dengan nilai GCS, tidak ada kejang, tidak ada kelainan nervus cranialis. Palpasi : Tidak ada nyeri kepala (Wijaya & Putri, 2013).

d. B4 (Bladder / perkemihan)

Inspeksi : Pada miksi klien tidak mengalami gangguan, warna urin jernih, buang air kecil 3-4 x/hari. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih (Sudarth, 2014).

e. B5 (Bowel)

Inspeksi : Ada penurunan nafsu makan, keadaan mulut bersih, keadaan abdomen normal tidak asites. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan atau massa pada abdomen. Perkusi : Normal suara tympani. Auskultasi : Peristaltik normal. (Wijaya & Putri, 2013).

f. B6 (Musculoskeletal)

Inspeksi : Aktivitas dan latihan mengalami penurunan. Palpasi : Tidak ada nyeri, kekuatan otot tidak mengalami perubahan , tidak mengalami deformitas (A. H. & H. K. Nurarif, 2015).

4. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pada kasus tumor paru akan perubahan pada paru-paru pasien maka akan terjadi sesak nafas yang membuat pasien tidak nyaman dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan pada paru-parunya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup

pasien seperti merokok yang dapat memperburuk paru-paru, dan apakah pasien berolahraga atau tidak (Muttaqin, 2013).

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien tumor paru harus mengkonsumsi nutrisi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya karena pasien dengan tumor paru mengalami penurunan nafsu makan (Sudarth, 2014)..

3) Pola Aktivitas

Karena timbulnya sesak, maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan pasien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas pasien terutama pekerjaan pasien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya tumor paru (Muttaqin, 2013).

4) Pola Hubungan dan Peran

Pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena pasien harus menjalani rawat inap (Sudarth, 2014)..

5) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada pasien tumor paru yaitu timbulnya komplikasi dari tumor paru, rasa cemas, rasa ketidakmampuan atau melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya (Muttaqin, 2013).

6) Pola Sensori dan kognitif

Pada pasien tumor paru tidak mengalami gangguan pada daya rabanya sedangkan pada indra yang lain tidak timbul gangguan. begitu

juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan (A. H. & H. K. Nurarif, 2015).

7) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk pasien tumor paru tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena sesak nafas yang dialaminya (Muttaqin, 2013).

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan (Ekaputri & Fithriyani, 2021)

Diagnosis keperawatan yang mungkin ada dalam Tumor Paru (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), antara lain:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas : obstruksi bronkus
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas

a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran Utama : Bersihan jalan nafas

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil: 1) Produksi sputum menurun 2)

Mengi menurun 3) Wheezing menurun 4) Dipsnea menurun

b. Intervensi

Intervensi Utama : Manajemen jalan nafas

1) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui adanya sesak dan penggunaan otot bantu nafas tambahan atau tidak (Listiana, 2020)

2) Monitor bunyi nafas tambahan (mis. Grugling, mengi, wheezing, ronkhi kering) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui adanya sumbatan jalan nafas atau tidak (Listiana, 2020)

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui karakteristik infeksi dan proses penyembuhan (Listiana, 2020)

4) Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk membebaskan jalan nafas pasien (Listiana, 2020)

- 5) Posisikan semi fowler atau fowler (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk membantu mempertahankan kestabilan pola nafas (Listiana, 2020)
- 6) Berikan minum hangat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mengencerkan secret (Listiana, 2020)
- 7) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mengeluarkan secret (Listiana, 2020)
- 8) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk membebaskan jalan nafas (Listiana, 2020)
- 9) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mencegah terjadinya hipoksia (Listiana, 2020)
- 10) Berikan oksigen, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mencegah terjadinya gagal nafas (Listiana, 2020)
- 11) Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mempertahankan balance cairan tubuh (Listiana, 2020)
- 12) Ajarkan teknik batuk efektif (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mengeluarkan secret (Listiana, 2020)

13) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional: Untuk mempercepat penyembuhan pasien dalam pengobatan (Listiana, 2020)

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas : obstruksi bronkus

a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran Utama : Pola nafas

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pola nafas membaik dengan kriteria hasil : 1) Dispnea menurun 2) Penggunaan otot bantu nafas menurun 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4) Frekuensi nafas membaik 5) Kedalaman nafas membaik

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi Utama : Pemantauan Respirasi

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui adanya tanda-tanda hipoksia (Anggarsari, , D., 2019)

2) Monitor pola nafas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui adanya otot bantu nafas atau tidak (Anggarsari, , D., 2019)

3) Monitor kemampuan batuk efektif (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui tindakan mandiri pasien dalam mengeluarkan secret (Anggarsari, , D., 2019)

- 4) Monitor adanya produksi sputum (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui adanya infeksi atau perdarahan (Anggarsari, , D., 2019)

- 5) Monitor adanya sumbatan jalan nafas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mencegah pasien gagal nafas (Anggarsari, , D., 2019)

- 6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui adanya retraksi dada (Anggarsari, , D., 2019)

- 7) Auskultasi bunyi nafas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui adanya bunyi nafas tambahan (Anggarsari, , D., 2019)

- 8) Monitor saturasi oksigen (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mencegah hipoksia (Anggarsari, , D., 2019)

- 9) Monitor AG D (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui kadar oksigen dalam darah (Anggarsari, , D., 2019)

- 10) Monitor X-ray toraks (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui adanya kerusakan pada organ (Anggarsari, , D., 2019)

11) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui keadaan pernafasan pasien dan mencegah hipoksia (Anggarsari, , D., 2019)

12) Dokumentasi hasil pemantauan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk discharge planning dan pedoman perawat (Anggarsari, , D., 2019)

13) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Agar klien mengetahui prosedur yang sedang dilakukan (Anggarsari, , D., 2019)

14) Informasikan hasil, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Agar klien mengetahui keadaan klinis yang dialami (Anggarsari, , D., 2019)

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi

a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran Utama : Pertukaran gas

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : 1) Dipsnea menurun 2) Bunyi nafas tambahan menurun 3) PCO₂ membaik 4) CO₂ membaik

b. Intervensi

Intervensi utama : Terapi oksigen

- 1) Monitor kecepatan aliran oksigen (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mencegah terjadinya keracunan oksigen (Oktafianus, 2019)
- 2) Monitor posisi alat terapi oksigen (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mengetahui alat terapi oksigen masih berfungsi (Oktafianus, 2019)
- 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : : Untuk mencegah hipoksia dan keracunan oksigen (Oktafianus, 2019)
- 4) Monitor efektifitas terapi oksigen (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mengetahui adanya efek samping dalam pemberian terapi (Oktafianus, 2019)
- 5) Monitor tanda-tanda hipoventilasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mencegah adanya gagal nafas pada pasien (Oktafianus, 2019)
- 6) Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : Untuk mencegah adanya efek samping keracunan (Oktafianus, 2019)
- 7) Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui kelembapan mukosa hidung (Oktafianus, 2019)

- 8) Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk membebaskan jalan nafas pasien (Oktafianus, 2019)

- 9) Pertahankan kepatenan jalan nafas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mencegah gagal nafas (Oktafianus, 2019)

- 10) Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mencegah terjadinya hipoksia (Oktafianus, 2019)

- 11) Berikan tambahan oksigen, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mencegah adanya sianosis (Oktafianus, 2019)

- 12) Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mempermudah klien dalam menangani hipoksia dirumah (Oktafianus, 2019)

- 13) Kolaborasi penentuan dosis oksigen (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mengetahui kadar oksigen yang dibutuhkan pasien (Oktafianus, 2019)

- 14) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan tidur (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional : Untuk mencegah adanya tanda-tanda hipoksia (Oktafianus, 2019)

4. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Tingkat Nyeri

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) keluhan nyeri menurun. 2) gelisah menurun. 3) sikap protektif menurun. 4) kesulitan tidur menurun. 5) frekuensi nadi membaik.

b. Intervensi

Intervensi utama : Manajemen Nyeri

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional: mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri (Aisyah, 2018)

2) Identifikasi skala nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional: mengetahui tingkatan nyeri (Aisyah, 2018)

3) Identifikasi respon nyeri non verbal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional: mengetahui respon nyeri (Aisyah, 2018)

4) Monitor efek samping penggunaan analgetik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional: mengetahui efek samping pemberian analgesic (Aisyah, 2018)

- 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional: mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien (Aisyah, 2018)

- 6) Fasilitasi Istirahat dan tidur (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional: mengalihkan dan meredakan nyeri yang dialami (Aisyah, 2018)

- 7) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional: Pasien mengetahui tentang penyebab nyeri (Aisyah, 2018)

- 8) Ajarkan teknik nonfarmakologis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional: mengurangi rasa nyeri (Aisyah, 2018)

- 9) Kolaborasi pemberian analgesik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Rasional: untuk pengobatan atasi nyeri (Aisyah, 2018)

5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient

- a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Status nutrisi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam status nutrisi membaik dengan kriteria hasil 1) Nafsu makan meningkat 2)Perasaan cepat kenyang menurun 3) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat

- b. Intervensi

Intervensi utama : Manajemen nutrisi

- 1) Identifikasi status nutrisi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : untuk mengetahui status nutrisi dan dapat melakukan intervensi yang tepat (Marischa, 2019)
- 2) Identifikasi alergi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : untuk mengetahui alergi yang dimiliki pasien (Marischa, 2019)
- 3) Identifikasi makanan disukai (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : untuk membantu mencukupi kebutuhan nutrisi (Marischa, 2019)
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : untuk membantu mencukupi kebutuhan kalori dan nutrisi pasien (Marischa, 2019)
- 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : untuk membantu memberikan makanan maupun obat jika pasien kesusahan menelan (Marischa, 2019)
- 6) Monitor asupan makanan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : jika terjadi anoreksia akan menyebabkan penurunan berat badan (Marischa, 2019)
- 7) Monitor berat badan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : membantu mengidentifikasi malnutrisi pada pasien (Marischa, 2019)

- 8) Monitor hasil pemeriksaan lab (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : untuk membantu memantau keadaan nutrisi pasien (Marischa, 2019)
- 9) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : untuk menjaga kebersihan mulut (Marischa, 2019)
- 10) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : untuk membantu pasien segera makan (Marischa, 2019)
- 11) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : untuk membantu memenuhi kebutuhan kalori dan protein (Marischa, 2019)
- 12) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Rasional : untuk memperhitungkan kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan pasien (Marischa, 2019)

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan.

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

a. Latihan Batuk Efektif (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)

Prosedur :

- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan atau nomor rekam medis)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan seperti sarung tangan bersih jika perlu, tisu, bengkok dengan cairan desinfektan, suplai oksigen jika perlu, pengalas atau underpad
- 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 5) Pasang sarung tangan bersih, jika perlu
- 6) Identifikasi kemampuan batuk
- 7) Atur posisi semi fowler dan fowler
- 8) Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik
- 9) Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan hembuskan selama 3 kali
- 10) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3
- 11) Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran jika perlu
- 12) Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan
- 13) Lepaskan sarung tangan
- 14) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

15) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien

b. Fisioterapi Dada (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)

Prosedur

- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan atau nomor rekam medis)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan seperti sarung tangan bersih jika perlu, tisu, bengkok dengan cairan desinfektan, suplai oksigen jika perlu, dan set suction jika perlu
- 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 5) Pasang sarung tangan bersih, jika perlu
- 6) Periksa status pernapasan (meliputi frekuensi napas, kedalaman napas, karakteristik sputum, bunyi napas tambahan)
- 7) Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum
- 8) Gunakan bantal untuk mengatur posisi
- 9) Lakukan perkusi dengan posisi tangan ditangkupkan selama 3-5 menit
- 10) Hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara wanita, daerah insisi, tulang rusuk yang patah
- 11) Lakukan vibrasi dengan posisi tangan rata bersamaan dengan ekspirasi melalui mulut
- 12) Lakukan penghisapan sputum jika perlu
- 13) Anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai

- 14) Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan
- 15) Lepaskan sarung tangan
- 16) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 17) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien

c. Pemberian Obat Inhalasi (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)

Prosedur

- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan atau nomor rekam medis)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan seperti mesin nebulizer, masker dan selang nebulizer sesuai ukuran, obat inhalasi sesuai program, cairan NaCl sebagai pengencer jika perlu, sumber oksigen jika tidak menggunakan nebulizer, sarung tangan dan tisu
- 4) Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)
- 5) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 6) Pasang sarung tangan bersih
- 7) Posisikan pasien nyaman mungkin dengan posisi semi fowler atau fowler
- 8) Masukkan obat ke dalam chamber nebulizer
- 9) Hubungkan selang ke mesin nebulizer atau sumber oksigen
- 10) Pasang masker menutupi hidung dan mulut
- 11) Anjurkan untuk melakukan napas dalam saat inhalasi dilakukan

- 12) Mulai lakukan inhalasi dengan menyalakan mesin nebulizer atau mengalirkan oksigen 6-8 L/menit
 - 13) Monitor respons pasien hingga obat habis
 - 14) Bersihkan daerah mulut dan hidung dengan tisu
 - 15) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - 16) Lepaskan sarung tangan
 - 17) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 18) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien
- d. Pemberian Oksigen dengan Nasal Kanul (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)

Prosedur:

- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan atau nomor rekam medis)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan seperti sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral), selang nasal kanul, flowmeter oksigen, humidifier, cairan steril, stetoskop
- 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 5) Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas
- 6) Pasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen
- 7) Sambungkan selang nasal kanul ke humidifier
- 8) Atur aliran oksigen 2-4 l/menit sesuai kebutuhan
- 9) Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul
- 10) Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung

- 11) Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya
 - 12) Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa.kulit hidung setiap 8 jam
 - 13) Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi
 - 14) Pasang tanda “oksigen sedang digunakan” di dinding di belakang tempat tidur dan dipintu masuk kamar jika perlu
 - 15) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - 16) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 17) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien
 - a. Metode pemberian oksigen
 - b. Kecepatan oksigen
 - c. Respons oksigen
 - d. Efek samping/merugikan yang terjadi
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas : obstruksi bronkus (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
- a. Latihan Pernafasan (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)
- Prosedure :
- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ atau nomor medis)
 - 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
 - 3) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah

- 4) Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas
 - 5) Sediakan tempat yang tenang dan nyaman
 - 6) Posisikan pasien nyaman dan rileks
 - 7) Anjurkan memposisikan satu tangan di dada dan satu tangan di perut
 - 8) Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mecucu) selama 8 detik
 - 9) Pastikan dinding dada mengembang saat inspirasi
 - 10) Anjurkan mengulangi latihan napas sebanyak 5-10 kali
 - 11) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - 12) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 13) Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
- a. Pemberian oksigen dengan nasal kanul (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)
Prosedure :
 - 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)
 - 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
 - 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :
 - a. Sumber oksigen (tabung oksigen, atau oksigen sentral)
 - b. Selang nasal kanul
 - c. Flowmeter oksigen

- d. Humidifier
 - e. Cairan steril
 - f. stetoskop
- 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 5) Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas
 - 6) Pasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen
 - 7) Sambungkan selang nasal kanul ke humidifier
 - 8) Atur aliran oksigen 2-4 liter/menit, sesuai kebutuhan
 - 9) Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul
 - 10) Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung
 - 11) Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya
 - 12) Monitor cuping, septum, dan hidung luas terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam
 - 13) Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi
 - 14) Pasang tanda "oksigen sedang digunakan" di dinding belakang tempat tidur dan didepan pintu masuk kamar, jika perlu
 - 15) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - 16) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 17) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien :
 - a. Metode pemberian oksigen
 - b. Kecepatan oksigen

- c. Respons pasien
 - d. Efek samping/merugikan yang terjadi
- b. Pemantauan Pernapasan (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)

Prosedure

- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :
 - a. Stetoskop
 - b. Jam atau pengukur waktu
- 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas (seperti sputum, darah, benda padat)
- 6) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- 7) Monitor tanda dan gejala distress pernapasan (seperti sesak napas, napas cuping hidung, penggunaan otot bantu napas, retraksi dinding dada)
- 8) Monitor kemampuan batuk efektif
- 9) Auskultasi bunyi napas
- 10) Monitor saturasi oksigen
- 11) Monitor nilai analisis gas darah (AGD), jika perlu
- 12) Monitor hasil rontgen dada jika perlu
- 13) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

- 14) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
 - 15) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 16) Dokumentasikan hasil pemantauan
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
- a. Pemantauan Nyeri (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)
- Prosedure :
- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)
 - 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah procedure
 - 3) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 4) Identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri
 - 5) Monitor kualitas nyeri (seperti terasa tajam, tumpul, diremas-remas, di timpa beban berat)
 - 6) Monitor lokasi dan penyebaran nyeri
 - 7) Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala
 - 8) Monitor durasi dan frekuensi nyeri
 - 9) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
 - 10) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
 - 11) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 12) Dokumentasikan procedure yang telah dilakukan dan respon pasien
- b. Relaksasi nafas dalam (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)

Prosedure

- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah procedure
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
 - a. Sarung tangan bersih, jika perlu
 - b. Kursi dengan sandaran, jika perlu
- 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 5) Pasang sarung tangan, jika perlu
- 6) Tempatkan pasien di tempat yang tenang dan nyaman
- 7) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
- 8) Berikan posisi nyaman (misal dengan duduk bersandar atau tidur)
- 9) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- 10) Latih cara melakukan teknik nafas dalam
 - a. Anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh
 - b. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan
 - c. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mecupu secara perlahan
 - d. Demonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik
- 11) Monitor respon pasien selama dilakukan procedure

- 12) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - 13) Lepaskan sarung tangan
 - 14) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah.
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
- a. Pemberian makan enteral (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)
 - 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)
 - 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah procedure
 - 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
 - a. Catheter tip atau spuit 20-50-, sesuai kebutuhan
 - b. Sarung tangan bersih
 - c. Stetoskop
 - d. Makanan cair
 - e. Air minum
 - f. Tisu
 - g. Pengalas
 - 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 5) Pakai sarung tangan bersih
 - 6) Posisikan semi fowler
 - 7) Letakkan pengalas di dada pasien
 - 8) Periksa posisi dan kepatenan NGT serta residu lambung
 - 9) Tunda pemberian makanan jika residu lebih dari 50 cc

- 10) Buka penutup ujung NGT dan sambungkan dengan catheter tip atau spuit
 - 11) Masukkan makanan cairan ke dalam chateter tip
 - 12) Alirkan makanan perlahan tanpa mendorong
 - 13) Bilas selang dengan air minum
 - 14) Tutup kembali ujung selang
 - 15) Pertahankan posisi semi fowler selama 30 menit setelah makan
 - 16) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - 17) Lepaskan sarung tangan
 - 18) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 19) Dokumentasikan procedure yang telak dilakukan dan respon pasien
- b. Pemberian cairan intravena (Tim Pokja SOP DPP PPNI, 2021)
- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)
 - 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah procedure
 - 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
 - a. Sarung tangan bersih
 - b. Cairan sesuai kebutuhan
 - c. Bengkok
 - 4) Identifikasi indikasi pemberian cairan intravena
 - 5) Periksa, jenis, jumlah, tanggal kadaluarsa, jenis cairan dan kerusakan wadah
 - 6) Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat,dosis, waktu, rute, dokumentasi)

- 7) Lakukan kebersihan 6 langkah
- 8) Pasang sarung tangan bersih
- 9) Periksa kepatenan akses intravena
- 10) Pertahankan teknik aseptik
- 11) Berikan cairan pada suhu kamar melalui intravena sesuai program
- 12) Gunakan infusion pump, jika perlu
- 13) Lakukan pembilasan selang infus setelah pemberian larutan pekat
- 14) Monitor akses aliran IV dan area penusukkan kateter selama pemberian cairan
- 15) Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan
- 16) Lepaskan sarung tangan
- 17) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 18) Dokumentasi procedure yang telah dilakukan dan respon pasien

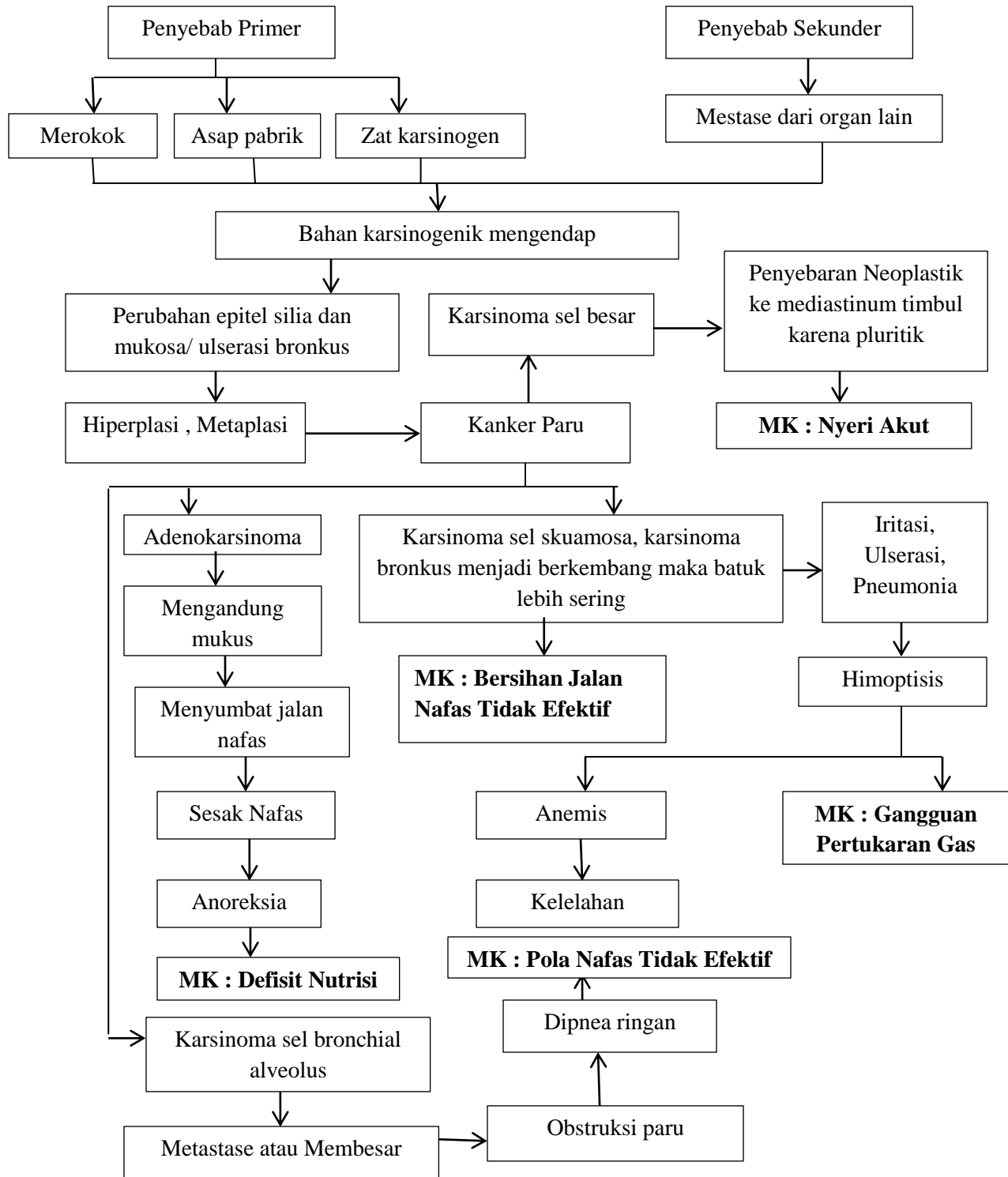
2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan sudah efektif atau belum dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan yang sudah ada (Gordon, 2015).

Tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Pada evaluasi sumatif terdapat SOAP (S: subjektif meliputi data dari wawancara. O: objektif meliputi data dari pemeriksaan langsung, A: assesment merupakan pemberitahuan masalah sudah terselesaikan atau belum, dan P: planning yaitu rencana tindak lanjut untuk tindakan selanjutnya (Rizka, 2019).

2.3 Konsep Kerangka Masalah



Sumber : (NANDA,NIC,NOC, 2016) : (A. H. & H. K. Nurarif, 2015) : (Robinson, M. Joan, 2014)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas terkait asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Pasien bernama Tn.A, dengan rekam medis 6843xx, berjenis kelamin laki-laki, berusia 48 tahun, berasal dari suku Madura/Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SD, bekerja sebagai wiraswasta dan sudah menikah. Pasien masuk ke Ruang C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya tanggal 31 Desember 2021 jam 11.00 WIB dengan diagnosis medis Tumor Paru.

Keluhan utama pasien batuk berdahak yang disertai dengan sesak nafas dan nyeri dada.

Riwayat penyakit sekarang, pasien pada tanggal 01 September 2021 dibawa ke RS Sumenep dengan keluhan batuk berdarah dan sesak, lalu pasien dirawat di RS Sumenep selama 5 hari untuk dilakukan pemantauan dengan diagnose medis Tumor Paru, pada tanggal 29 Desember pasien di bawa lagi ke RS Sumenep karena mengeluh batuk darah, sesak ,nyeri dada, berat badan menurun, suara menghilang 6 bulan yang lalu. Di RS Sumenep pasien tidak ada perubahan lalu di rujuk ke RSPAL Dr Ramelan pada tanggal 31 Desember 2021 jam 10.00 WIB pasien datang ke klinik paru RSPAL Dr Ramelan Surabaya. Di poli paru didapatkan pengkajian pasien

mengeluh batuk darah warna merah segar sekitar 1 sdt setiap batuk dan disertai sesak dan nyeri dada, berat badan turun, suara hilang sejak 6 bulan yang lalu, muncul benjolan di leher sejak 1 bulan. Lalu sesuai advis dokter pasien dianjurkan untuk rawat inap di ruang C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya. Pasien masuk Ruang C2 pada tanggal 31 Desember 2021 jam 11.00 WIB dilakukan didapatkan keadaan umum pasien lemah dengan TTV TD : 130/90, N : 97 x/mnt, S : 36,3°C RR : 24 x/mnt, SPO2 90%, GCS 456, BB 69 kg, terpasang oksigen nasal 5 lpm, pasien mendapatkan tindakan pemasangan infus di tangan kiri dengan menggunakan cairan NaCl 14 tpm dan dilakukan pengambilan darah vena untuk pemeriksaan lab serta dilakukan Tes Swab Antigen Covid-19 dan hasilnya Negatif. Pada tanggal 05 Januari 2022 jam 08.00 WIB dilakukan pengkajian didapatkan keluhan batuk berdahak warna dahak kekuningan dan kental masih terasa sesak dan nyeri dada, suara menghilang 6 bulan yang lalu dan keadaan umum tampak lemah dengan TTV TD : 125/80, N : 87 x/mnt, S : 36°C RR : 22x/mnt, SPO2 97%, GCS 456, BB 69 kg, terpasang oksigen nasal 3 lpm dan infus di tangan kanan dengan menggunakan cairan NaCl 14 tpm.

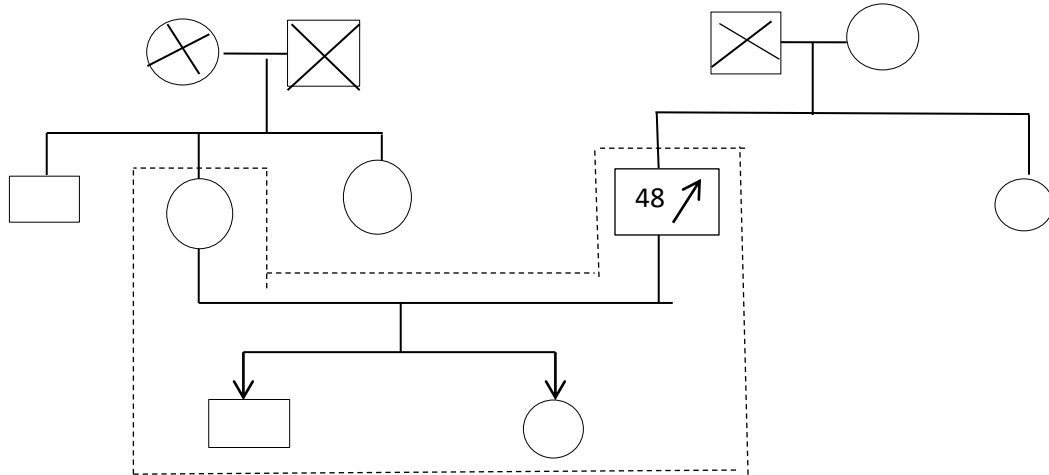
Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada Tn.A tanggal 31 Desember 2021 :, Glukosa darah sewaktu 68 mg/dL (74-106). Swab Antigen Covid-19 Negatif. Hasil foto thorax tanggal 31 Desember 2021 didapatkan kesimpulan pneumonia bilateral, suspect metastase proses di paru kanan dan kiri, suspect pleura effusion kanan. Terapi medis pada Tn.A tanggal 31 Desember 2021 : Inj Dexamethason 2x5mg/IV, obat oral Codein 3x10 mg, Nebul Midarto per 8 jam Infus Nacl 500 cc/ 24 jam (14 tpm), Gabaxa 100 ml.

Riwayat penyakit dahulu, Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat DM dan Hipertensi. Riwayat kesehatan keluarga, pasien mengatakan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan pasien seperti DM dan Hipertensi dan tidak mempunyai penyakit menular seperti TBC, Hepatitis dll. Riwayat alergi, pasien mengatakan tidak mempunyai alergi obat, makanan, dan minuman.

Genogram Keluarga Tn.A


(Sumber : Primer)

Genogram:





Keterangan:

Laki – laki : 

Perempuan : 

Pasien : 

Tinggal serumah : 

Meninggal : 

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan tanda – tanda vital: suhu: 36 °C, nadi: 87x/menit, tekanan darah : 125/80 mmHg, frekuensi nafas: 22 x/menit, SPO2 97%, tinggi badan: 170 cm, berat badan: 69 kg.

1. Pemeriksaan fisik B1 (*Breath/ Pernapasan*)

Didapatkan hasil pemeriksaan napas spontan, bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada

sianosis, irama napas ireguler, terdapat sesak napas, terdapat batuk dan sputum, vocal premitus teraba di seluruh lapang paru, saat di perkusi terdapat suara sonor dan terdapat suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru, RR 22 x/menit SPO2 97%., tidak ada sianosis, tidak ada nyeri tekan. Pasien menggunakan alat bantu nafas yaitu nasal kanul 3 lpm.

2. Pemeriksaan fisik B2 (*Blood/* Sirkulasi)

Didapatkan hasil pemeriksaan irama jantung reguler, akral teraba Hangat, Kering, Merah, bunyi jantung S1/S2 tunggal, tidak terdapat odema, CRT < 2 detik, tidak terdapat sianosis, terdapat nyeri dada, tekanan darah 125/ 80 mmHg, nadi: 87x/menit, S: 36°C.

3. Pemeriksaan fisik B3 (*Brain/* Persarafan)

Didapatkan hasil pemeriksaan GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran composmentis, tidak terdapat hemiparesis, orientasi klien baik (klien dapat mengenali waktu, dan tempat). Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, tidak terdapat gangguan penglihatan pada pasien, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris, pasien dapat membuka dan menutup mata, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glosfaringeus, Vagus) mekanisme

kemampuan menelan pasien normal, pasien dapat minum air putih, Nervus XI (Aksesorius) pasien mampu menggerakkan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (Hipoglossus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

4. Pemeriksaan fisik B4 (*Bladder/Perkemihan*)

Didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengeluh lelah dan sesak jika berjalan ke kamar mandi sehingga menggunakan pispot, pasien tidak terpasang kateter, tidak ada nyeri tekan pada perkemihan, BAK 4-6 kali sehari dengan warna kuning jernih dan tidak terdapat keluhan kecing.

5. Pemeriksaan fisik B5 (*Bowel/Pencernaan*)

Didapatkan hasil pemeriksaan pasien tidak mengeluh mual dengan pola makan 3x sehari habis setengah porsi makanan rumah sakit, mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir lembab, pasien tidak terpasang NGT, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen baik hepar maupun lien, selama dirumah sakit pasien BAB 3 kali/5 hari dirawat dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan.

6. Pemeriksaan fisik B6 (*Bone/Muskuloskeletal*)

Didapatkan hasil pemeriksaan tidak terdapat edema, kemampuan pergerakan sendi bebas, tidak ada nyeri sendi dan nyeri tulang, tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi atau gips, tidak terdapat kelainan ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555.

Pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit berwarna sawo matang, tidak ada kelainan pada kulit kepala, turgor kulit < 2 detik, tidak terdapat keloid, tidak dapat pruritus, tidak terdapat dekubitus, serta akral teraba hangat, kering dan merah.

Pemeriksaan sistem pengindraan penglihatan didapatkan hasil pemeriksaan pada mata simetris, reflek cahaya (+/+), sklera anikterik, pupil bulat isokor, konjungtiva tidak anemis, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu melihat jam yang ada di dinding. Pada pemeriksaan sistem pengindraan pendengaran didapatkan hasil pemeriksaan pada telinga simetris, telinga bersih, tidak terdapat kelainan pendengaran, pasien kesusahan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat karena suara menghilang, serta tidak menggunakan alat bantu dengar. Pada pemeriksaan sistem pengindraan penciuman didapatkan hasil pemeriksaan pada hidung simetris, tidak terdapat polip, tidak terdapat sinusitis terdapat septum di tengah, tidak terdapat gangguan pada penciuman, pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

Pemeriksaan sistem endokrin didapatkan hasil pemeriksaan terdapat pembesaran kelenjar tiroid, pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit DM.

3.1.3 Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan merokok dari usia 18 tahun dan tidak meminum minuman beralkohol. Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

2. Pola Nutrisi Metabolik

a. Pola makan

Sebelum masuk rumah sakit pola makan pasien 3x sehari dengan habis 1 porsi dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan pasien baik dan tidak memiliki alergi makanan. Saat dirumah sakit pola makan pasien 3x sehari dengan habis setengah porsi dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan pasien berkurang dan tidak memiliki alergi makanan.

b. Pola minum

Pasien di rumah minum dengan frekuensi 10x/24jam dengan jenis air mineral dan jumlah ± 2000 cc. Saat di rumah sakit frekuensi minum 8x/24jam dengan jenis minum air mineral ± 1500 cc

3. Pola Eliminasi

a. Buang air besar

Saat dirumah pasien setiap 1-2 hari sekali BAB dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan, selama dirumah sakit pasien sudah BAB 3 kali/5 hari dirawat dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan.

b. Buang air kecil

Selama dirumah pasien BAK 6x/hari dengan jumlah ± 1500 cc/hari dengan warna kuning jernih. Selama dirumah sakit pagi ini pasien BAK 1x/5jam dengan jumlah ± 600 cc dengan warna kuning jernih.

4. Pola Aktifitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, setelah masuk rumah sakit aktivitas klien dibantu oleh keluarga, contoh : BAK dan BAB ke kamar mandi ditemani, mandi dengan diseka, berpakaian.

b. Kebersihan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien; mandi sebanyak 2x/hari, keramas 3x/minggu, ganti pakaian 2 – 3 x/hari, sikat gigi 2x/hari, memotong kuku 1x seminggu. Selama masuk rumah sakit pasien dibantu sebagian oleh keluarga : BAK ke kamar mandi di temani keluarga, mandi dibantu dengan diseka oleh keluarga, selama masuk rumah sakit belum keramas dan potong kuku, ganti pakaian dibantu oleh keluarga, sudah sikat gigi pagi ini.

c. Aktifitas sehari-hari

Aktifitas sehari-hari pasien yakni bekerja wiraswasta di Madura.

d. Rekreasi

Pasien selama memiliki waktu luang biasanya pergi ke wisata alam.

e. Olahraga

Pasien olahraga jalan santai pada saat hari libur.

5. Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit biasanya pasien tidur malam \pm dari jam 21.00 – jam 04.00 WIB dan tidak pernah tidur siang, sesudah masuk rumah sakit pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena batuk disertai sesak nafas dan nyeri dada.

6. Pola kognitif perseptual

Pasien mengatakan belum pernah mengalami tumor paru sebelumnya. Bahasa yang digunakan sehari – hari oleh pasien yaitu bahasa Madura dan Indonesia. Pasien mengatakan batuk disertai sesak nafas dan nyeri dada, fungsi penglihatan pasien normal, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu melihat jam yang ada didinding, fungsi pendengaran pasien normal serta pasien mampu merespon dan kesusahan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat karena suara menghilang, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

7. Pola persepsi diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan sudah pasrah dan ikhlas terhadap penyakitnya yang dideritanya .

b. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dia seorang laki-laki berusia 48 tahun, berasal dari suku Madura/ Indonesia, bahasa yang digunakan sehari – hari adalah Bahasa Indonesia dan Madura.

c. Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah anak ke 1 dari 2 bersaudara, pasien mengatakan bekerja sebagai wiraswasta dan sudah menikah serta memiliki 2 orang anak. Pasien berperan sebagai Ayah dan kepala keluarga dirumahnya.

d. Ideal diri

Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

e. Harga diri

Pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas serta keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien.

8. Pola peran dan hubungan

Keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien, selama dirawat di rumah sakit pasien selalu ditemani dan ditunggu oleh keluarganya. Tidak ada masalah keluarga mengenai biaya perawatan di rumah sakit karena biaya perawatan di rumah sakit ditanggung oleh jaminan sosial (BPJS).

9. Pola seksualitas dan reproduksi

Pasien seorang laki-laki dan mengatakan pernah mengalami OAT sejak 7 bulan, genitalia bersih, tidak ada lesi, dan tidak ada edema, Pasien memiliki 2 orang anak .

10. Pola koping dan toleransi stress

Pasien mengatakan batuk yang di sertai sesak nafas dan nyeri dada. Pasien mengatakan belum pernah sakit seperti ini sebelumnya dan pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat DM dan Hipertensi, Pasien cemas dengan penyakitnya yang bertambah parah. Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

11. Pola nilai kepercayaan

Pasien beragama islam, mengatakan sakit ini adalah ujian dari Allah dan karena semua penyakit pasti ada obatnya jika mau bersabar.

3.1.4 Data Penunjang

Hasil pemeriksaan CT Scan Thorax pada Tn. A tanggal 01 September 2021 di dapatkan: proses metastase paru, efusi pelura, tampak pembesaran di daerah hillus, mediastinum, paratraches bilateral dan colli S, lesi benigna di corpus vertebra thoracal VI

Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada Tn.A tanggal 31 Desember 2021 : Hamoglobin 13,9 g/dl (L: 13,2 – 17,3 | P: 11,7 – 15,5), Leukosit $5,40 \times 10^3 /\mu\text{l}$ (4,0 – 11,0), Eritrosit $4,74 \times 10^6 /\mu\text{l}$ (L: 4,4 – 5,9 | P: 3,8 – 5,2), Trombosit $199 \times 10^3 /\mu\text{l}$ (150 – 450), Hematokrit 40.90 % (L: 40,0 – 52,0 | P: 35,0 – 47,0), Pasien PT 17,0 detik (11-15), kontrol PT 14,8 detik (11-15), SGOT 16 U/L (0-50), SGPT 16 U/L (0-50), albumin 3.73 mg/dL (3,50- 5,20), Glukosa darah sewaktu 68 mg/dL (74-106), BUN 10 mg/dL (10-24), Kreatin 0,95 mg/dL (0,6-1,5), Natrium 139,5 mEq/L (135-147), Kalium 3,25 mmol/L (3-5), Clorida 104 mEq/L (95-105). Swab Antigen Covid-19 Negatif.

Hasil Foto Thorax AP (Supine) pada Tn. A tanggal 31 Desember 2021 didapatkan Cor : besar dan bentuk normal, Pulmo : Infiltrat/perselubungan (+) di kedua lapang paru kesan tampak multiple nodul di paru kanan kiri, Sinus phrenicocostalis kanan tumpul, kiri tajam, Diaphragma kanan kiri baik, Tulang-tulang baik. Kesimpulan pneumonia bilateral, suspect metastase proses di paru kanan dan kiri, suspect pleura effusion kanan.

Hasil Pemeriksaan Sitologi Tn. A tanggal 5 Januari 2022 didapatkan Makoskopik : Dilakukan 1x puncture pada nodul di R. tryroid sinistra, batas tidak tegas padt, kenyal, ikut bergerak saat menelan. Saat dipuncture keluar darah.

Mikroskopik : Hapusan cukup sel mengandung kelompok dan sebaran sel ephitel folikel tyroid, berinti bulat-oval,, khromatin halus, sitoplasma cukup, pada area lain tampak sel epithelioid tersusun membentuk granuloma. Pada area lain tampak multinucleated giant cell. Kesimpulan : Thyroiditis De' duarvian.

Hasil Pemeriksaan Sitologi Tn. A tanggal 07 Januari 2021 didapatkan Makroskopik : Dilakuka n 2x puncture pada massa paru dekstra menggunakan jarum spinal 25 G sedalam 6 cm dan arah anterior posisi tegak lurus dengan tuntunan CT Scan. Aspirat berupa darah. Dibuat hapusan sebanyak 7 slide. Mikroskopik : Hapusan cukup sek menunjukkan sebaran dan kelompok-kelompok sel berinti bulat-oval, pleiomorfik, hiperkromatik, nucleoli prominen. Samar-samar tersusun membentuk struktur acini. Latar belakang bahan mucin. Kesimpulan: Kesan metastasis adenocarcionoma dengan komponen mucin.

3.1.5 Terapi Medis

Terapi Medis Tn.A tanggal 31 Desember 2021 : Inj Dexamethason 2x5mg/IV, obat oral Codein 3x10 mg, Nebul Midarto per 8 jam Infus Nacl 500 cc/ 24 jam (14 tpm), Gabaxa 100 ml

Terapi Medis Tn. A tanggal 5 Januari 2022 : Inj Dexamethason 3x5mg/IV, obat oral Codein 3x10 mg, Nebul Midarto per 8 jam Infus Nacl 500 cc/ 24 jam (14 tpm) cinam 4x1,5mg/IV

3.2 Prioritas Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Tabel 3. 1 Analisa Data pada Tn.A Dengan Diagnosa Medis Tumor Paru

No	Data/Faktor Resiko	Etologi	Masalah/Problem
1.	<p>DS : Pasien mengeluh sesak napas dan batuk berdahak berwarna kekuningan dan kental</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat suara napas tambahan: ronkhi di kedua lapang paru 2. RR: 22 x/menit, SPO2 97%, 3. Hasil foto thorax tanggal 31 Desember 2021 didapatkan Infiltrat/perselubungan (+) di kedua lapang paru kesan tampak multiple nodul di paru kanan kiri, Kesimpulan pneumonia bilateral, suspect metastase proses di paru kanan dan kiri, suspect pleura effusion kanan 	<p>Hipersekresi jalan nafas</p>	<p>Bersihan nafas tidak efektif</p>
2.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri di dada</p> <p>P: Pada saat melakukan aktivitas ataupun berbaring</p> <p>Q: Ditusuk tusuk</p> <p>R: Dada</p> <p>S: 4 (0-10)</p> <p>T: Hilang timbul</p>	<p>Agen penceedera fisiologis : Neoplasma</p>	<p>Nyeri akut</p>

	<p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak gelisah 2. Nadi 87 x/menit 3. TD : 125/70 mmHg 		
3.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan lelah dan sesak jika melakukan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien saat beraktivitas di rumah sakit dibantu oleh keluarganya 2. RR: 22 x/menit, TD: 125/80 mmHg, N: 87x/menit, SPO2 97 % 	Ketidakeimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas
4	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan suara hilang sejak 6 bulan yang lalu</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak kesusahan berbicara dan menjawab pertanyaan 2. Terdapat benjolan di leher 3. Hasil pemeriksaan sitologi tanggal 5 Januari 2022 didapatkan Kesimpulan : Thyroiditis De'uarvian 	Kondisi klinis terkait : Tumor	Gangguan komunikasi verbal

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kondisi klinis terkait : Tumor.

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3. 2 Prioritas Masalah pada Tn.A Dengan Diagnosa Medis Tumor Paru

No	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi	
1	Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas	.05-01-2022		Iftita
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma	05-01-2022		Iftita
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	05-01-2022		Iftita

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan pada Tn.A Dengan Diagnosa Medis Tumor Paru





No	Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Bersihkan jalan tidak efektif berhubungan dengan hipersekreasi jalan nafas	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan nafas efektif dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sesak menurun 2. Produksi sputum menurun 3. Ronkhi menurun 4. Frekuensi nafas membaik (16-20 x/mnt) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor keefektifan jalam nafas (keadaan umum dan TTV setiap 8 jam sekali, bunyi nafas tambahan (rhonki) setiap 8 jam sekali, sputum (jumlah, warna, aroma) setiap pagi) 2. Posisikan semi fowler dan fowler 3. Berikan minum hangat saat latihan batuk efektif dan ajarkan teknik batuk efektif 4. Hasil kolaborasi medic : <ol style="list-style-type: none"> a) Pemberian bronkodilator nebul midarto per 8 jam b) Injeksi Dexamethason 2x5mg/IV c) Oksigen nasal kanul 3 Lpm 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keefektifan jalan nafas 2. Untuk membantu mempertahankan kestabilan pola nafas 3. Untuk mengencerkan dan mengeluarkan secret 4. Untuk penyembuhan pasien dalam pengobatan

2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Gelisah menurun. . 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri (0-10) 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan tarik nafas dalam 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam 6. Hasil kolaborasi medic pemberian analgesi obat oral codein 3x10 mg 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui tingkatan nyeri 3. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 4. Untuk mengalihkan dan meredakan nyeri yang dialami 5. Untuk mengurangi rasa nyeri 6. Untuk pengobatan atasi nyeri
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Sediakan lingkungan yang nyaman dengan memposisikan semi fowler 3. Monitor kelelahan fisik dan emosional setiap pagi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab dari kelelahan 2. Untuk memberikan rasa nyaman 3. Untuk mengetahui penyebab kelelahan fisik

		<p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun. 2. Dispnea saat aktivitas menurun. 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 	<p>4. Anjurkan tirah baring</p>	<p>dan emosional</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Untuk memberikan kenyamanan dan mengistirahatkan tubuh
--	--	--	---------------------------------	--




3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 4 Implementasi Keperawatan pada Tn.A Dengan Diagnosa Medis Tumor Paru

No. Dx	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tanggal Jam	No. Dx	Evaluasi formatif SOAP/Catatan Perkembangan	Paraf
1	Rabu, 05-01- 22 08.00	1. Mengobservasi keadaan umum dan TTV pasien setiap 8 jam Hasil : Keadaan umum tampak lemah dan hasil TTV : TD: 127/75MmHg N: 90 x/menit S: 36,1°C RR: 23x/menit, Spo2 98 %		Rabu, 05-01- 22 12.00	1	Dx 1 : Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas S: Pasien mengatakan masih batuk berdahak dan sesak setelah dilakukan terapi nebulizer midarto per 8 jam, latihan batuk efektif dan minum air hangat. O:	
1	08.05	2. Memonitor bunyi nafas tambahan (ronkhi) Hasil : Saat di perkusi terdapat suara sonor dan terdapat suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru				1. TD: 127/75MmHg N: 90 x/menit S: 36,1°C RR: 23x/menit, Spo2 98 %	
2	08.07	3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri				2. Pasien mau dan mampu melakukan latihan batuk efektif dan terapi nebulizer midarto per	

		<p>Hasil : Pasien mengeluh nyeri dada</p> <p>P: Pada saat melakukan aktivitas dan berbaring</p> <p>Q: Di tusuk-tusuk</p> <p>R: Dada</p> <p>S: 3 (0-10)</p> <p>T : Hilang timbul</p>		12.00	2	<p>8 jam</p> <p>3. Saat di perkusi terdapat suara sonor dan terdapat suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru</p> <p>4. Pasien terpasang alat bantu nafas nasal kanul 3 Lpm</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Dx 2 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma</p> <p>S : Pasien mengatakan masih mengeluh nyeri dada</p> <p>P: Pada saat melakukan aktivitas dan berbaring</p> <p>Q: Di tusuk-tusuk</p> <p>R: Dada</p> <p>S: 3 (0-10)</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien paham dan bisa</p>	
2	08.10	<p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik nafas dalam</p> <p>Hasil : Pasien bisa melakukan teknik non farmakologis dengan nafas dalam jika nyeri muncul dengan bimbingan perawat</p>	⌘				
1,3	08.20	5. Memposisikan pasien semi fowler untuk mengurangi sesak	⌘				
1	08.22	6. Memberikan terapi nebulizing : Nebul Midarto per 8 jam	⌘				
1	08.30	<p>7. Mengajarkan pasien batuk efektif</p> <p>Hasil : Pasien bisa melakukan batuk efektif dengan keluaran dahak</p>	⌘				

1	08.34	berwarna kekuningan dan kental 8. Menganjurkan minum air hangat	♀	12.00	3	melakukan teknik non farmakologi tarik nafas dalam untuk meredakan nyeri dengan bimbingan perawat	
3	08.35	9. Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam beraktivitas selama di rumah sakit Hasil : Pasien tampak di bantu keluarga dalam melakukan aktivitas	♀			2. TD: 127/75MmHg N: 90 x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
1,2,3	08.37	10. Menganjurkan pasien istirahat	♀			Dx 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	♀
1,2,3	11.00	11. Memberikan terapi Inj Dexamethason 3x5mg/IV, obat oral Codein 3x10 mg, inj. cinam 4x1,5mg/IV	♀			S : Pasien mengatakan masih merasakan lelah dan sesak jika melakukan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi O : 1. Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saja 2. Aktivitas sebagian dibantu	



						keluarganya 3. N: 90 x/menit A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
1	Kamis, 06-01- 22 14.00	1. Mengobservasi keadaan umum dan TTV pasien setiap 8 jam Hasil : Keadaan umum tampak baik dan hasil TTV : TD: 120/70MmHg N: 88x/menit S: 36°C RR: 22x/menit, Spo2 99 %		Kamis, 06-01- 22 20.00	1	Dx 1 : Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas S: Pasien mengatakan masih batuk berdahak dan sesak berkurang setelah dilakukan terapi nebulizer midarto per 8 jam dan latihan batuk efektif O: 1. TD: 120/70MmHg N: 88 x/menit S: 36°C RR: 22x/menit, Spo2 99 % 2. Saat di perkusi terdapat suara sonor dan terdapat suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru
1	14.05	2. Memonitor bunyi nafas tambahan (ronkhi) Hasil : Saat di perkusi terdapat suara sonor dan terdapat suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru				
2	14.07	3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Pasien masih mengeluh nyeri dada P: Pada saat melakukan aktivitas				

		<p>dan berbaring</p> <p>Q: Di tusuk-tusuk</p> <p>R: Dada</p> <p>S: 2 (0-10)</p> <p>T : Hilang timbul</p>		20.00	2	<p>3. Pasien terpasang alat bantu nafas nasal kanul 3 Lpm</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Dx 2 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri dada sudah berkurang</p> <p>P: Pada saat melakukan aktivitas dan berbaring</p> <p>Q: Di tusuk-tusuk</p> <p>R: Dada</p> <p>S: 2 (0-10)</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien bisa melakukan teknik non farmakologi tarik nafas dalam jika nyeri muncul dengan mandiri</p> <p>2. Pasien tidak tampak gelisah</p>	
2	14.10	<p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik nafas dalam</p> <p>Hasil : Pasien bisa melakukan teknik non farmakologis dengan nafas dalam jika nyeri muncul secara mandiri</p>	♀				♀
1	14.15	<p>5. Memberikan terapi nebulizing : Nebul Midarto per 8 jam</p>	♀				
1	14.24	<p>6. Memonitor keluaran sputum pasien setiap pagi</p> <p>Hasil : Sputum berwarna kekuningan dan kental</p>	♀				
3	14.28	<p>7. Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam beraktivitas selama di rumah sakit</p>	♀				

		Hasil : Pasien tampak di bantu keluarga dalam melakukan aktivitas		20.00	3	ii. TD: 120/70MmHg N: 88 x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
1,2,3	14.35	8. Menganjurkan pasien istirahat	♀				
1,2,3	16.30	9. Memberikan terapi Inj Dexamethason 3x5mg/IV, obat oral Codein 3x10 mg ,Inj. cinam 4x1,5mg/IV	♀			Dx 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen S : Pasien mengatakan lelah dan sesak sudah berkurang saat melakukan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi O: 1. Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saja 2. Aktivitas sebagian dibantu keluarganya 3. N: 88 x/menit A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	♀

1	Jumat, 07-01- 22 08.00	1. Mengobservasi keadaan umum dan TTV pasien Hasil : Keadaan umum tampak baik dan hasil TTV : TD: 130/70MmHg N: 85x/menit S: 36,2°C RR: 23x/menit, Spo2 98 %	♀	Jumat, 07-01- 22 12.00	1	Dx 1 : Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas S: Pasien mengatakan masih batuk berdahak dan sesak berkurang setelah dilakukan terapi nebulizer midarto per 8 jam dan minum air hangat O: 1. TD: 130/70MmHg N: 85 x/menit S: 36°C RR: 23x/menit, Spo2 98 % 2. Saat di perkusi masih terdapat suara sonor dan terdapat suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru 3. Sputum berwarna kekuningan dan kental 4. Pasien terpasang alat bantu	♀
1	08.05	2. Memonitor bunyi nafas tambahan (ronkhi) Hasil : Saat di perkusi terdapat suara sonor dan terdapat suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru	♀				
2	08.08	3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Pasien masih nyeri dada berkurang P: Pada saat melakukan aktivitas dan berbaring Q: Di tusuk-tusuk R: Dada S: 2 (0-10)	♀				

2	08.10	T : Hilang timbul 4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik nafas dalam Hasil : Pasien bisa melakukan teknik non farmakologis dengan nafas dalam jika nyeri muncul secara mandiri	P	12.00	2	nafas nasal kanul 3 Lpm A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi Dx 2 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma S : Pasien mengatakan nyeri dada sudah berkurang P: Pada saat melakukan aktivitas dan berbaring Q: Di tusuk-tusuk R: Dada S: 2 (0-10) T : Hilang timbul O: 1. Pasien bisa melakukan teknik non farmakologi tarik nafas dalam jika nyeri muncul secara mandiri 2. Pasien sudah tidak gelisah 3. TD: 130/70MmHg N: 85	P
2	08.12	5. Memberikan terapi nebulizing : Nebul Midarto per 8 jam	P				
1	08.17	6. Memonitor keluaran sputum pasien setiap pagi Hasil : Sputum berwarna kekuningan dan kental	P				
1	08.25	7. Menganjurkan minum air hangat	P				
3	08.30	8. Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam beraktivitas selama di rumah sakit Hasil : Pasien tampak di bantu keluarga dalam melakukan aktivitas	P				
3	10.00	9. Menganjurkan pasien istirahat	P	12.00	3		

1,2,3	11.00	10. Memberikan terapi Inj Dexamethason 3x5mg/IV, obat oral Codein 3x10 mg, Inj. cinam 4x1,5mg/IV				<p style="text-align: right;">x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Dx 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S : Pasien mengatakan lelah berkurang dan sesak sudah berkurang saat melakukan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saja 2. Aktivitas sebagian dibantu keluarganya <p>N: 88 x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
-------	-------	---	--	--	--	--	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada Bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru di Ruang C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 05 Januari 2022 sampai dengan 07 Januari 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Tn.A dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

Data didapatkan, pasien bernama Tn.A, berjenis kelamin laki-laki, berusia 48 tahun. Menurut penelitian Khasanah NA, Oktaviani LK (2019) mengatakan bahwa kejadian tumor paru lebih banyak terjadi pada laki-laki dan memiliki riwayat merokok dibandingkan dengan perempuan. Riwayat merokok merupakan salah satu penyebab terjadinya tumor paru yang sering terjadi di zaman sekarang. Penelitian Chairudin MR (2019) menyebutkan kejadian tumor paru didominasi kelompok usia 45-65 tahun. Hal ini karena proses terakumulasinya mutasi genetik akibat paparan zat karsinogenik berkepanjangan di usia muda dan turunnya imun pada usia tua

Keluhan utama pasien batuk berdahak yang disertai dengan sesak nafas dan nyeri dada. Sejalan dengan penelitian Kelly M, Latimer (2018) dimana gejala utama yang sering dikeluhkan pasien dengan tumor paru adalah batuk berdahak yang diikuti penurunan berat badan, sesak nafas, nyeri dada, anoreksia, nyeri. Semua gejala pada tumor paru berhubungan dengan lokasi tumor pada paru, yang pada keadaan bisa menyebar dan meluas ataupun menekan organ sekitar paru (Zulkifli, 2019).

Riwayat dahulu pasien merokok dari umur 18 tahun. Menurut penelitian Kumar (2019) merokok merupakan resiko tinggi penyebab terjadinya kanker paru. Rokok Di Indonesia yang dijual sebagian besar rokok berfilter dimana asap rokok filter akan terhirup lebih dalam dan menyebabkan deposisi zat karsinogen pada bagian bronkus.

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breath/* Pernapasan) dan B2 (*Blood/* Sirkulasi) didapatkan hasil pemeriksaan, irama napas ireguler, terdapat sesak napas, terdapat batuk dan sputum, saat di perkusi terdapat suara sonor dan terdapat suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru dan nyeri dada. Peneliti oleh Saragih (2018) menyebutkan bahwa banyak lesi tumor terletak dibagian central saluran pernafasan dan menyebabkan pneuomonia atau menyebabkan nodus limfe yang mengakibatkan keluhan batuk. Sesak nafas diakibatkan karena tumor menekan saluran pernafasan sedangkan nyeri dada dikarenakan oleh penyebaran tumor ke permukaan pleura (Saragih, 2018). Menurut asumsi penulis perlu untuk mencukupi kebutuhan oksigenasi dan membantu mengeluarkan secret agar jalan nafas pasien tetap paten dan tidak terjadi sesak nafas.

Pemeriksaan fisik B4 (*Bladder/* Perkemihan) didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengeluh lelah dan sesak jika berjalan ke kamar mandi sehingga

menggunakan pispot. Sejalan dengan penelitian (Adiatma, 2020) dimana sesak nafas saat melakukan aktivitas pada kasus tumor paru diakibatkan oleh penekanan tumor pada saluran pernafasan sehingga terjadi ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen yang dibutuhkan oleh tubuh. Menurut asumsi penulis yaitu membantu pasien dengan menyediakan pispot ataupun jika perlu bisa berkolaborasi untuk melakukan pemasangan kateter agar bisa meminimalisir aktivitas pasien ke kamar mandi.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1. Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas

Data yang di dapat adalah pasien mengeluh sesak napas dan batuk berdahak berwarna kekuningan dan kental. Hasil observasi yaitu terdapat suara napas tambahan: ronkhi di kedua lapang paru, RR: 22 x/menit, SPO2 97%, terpasang alat bantu nafas yaitu nasal kanul. Bersihan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa pasien memiliki masalah utama yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif dimana pemeriksaan B1 (*Breath/ Pernapasan*) merupakan pemeriksaan yang prioritas dan harus segera di tangani yang di tunjukkan bahwa pasien mengeluh sesak napas dan batuk berdahak berwarna kekuningan dan kental,

terdapat suara napas tambahan: ronkhi di kedua lapang paru, RR: 22 x/menit, SPO2 97% dan pasien terpasang alat bantu nafas yaitu nasal kanul. Oleh karena itu penulis mengangkat masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif sebagai masalah keperawatan utama.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma

Diagnosa ini ditegakkan karena pasien mengeluh nyeri di dada P: Pada saat melakukan aktivitas ataupun berbaring Q: Ditusuk tusuk R: Dada S: 4 (0-10) T: Hilang timbul. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association for the Study of Pain*); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi ringan berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan (A. H. Nurarif & Kusuma, 2015)

Menurut asumsi penulis nyeri akut dijadikan prioritas yang kedua karena nyeri yang dirasakan oleh klien termasuk nyeri dengan skala nyeri sedang yang masih belum diperlukan adanya tindakan utama dalam penanganan klien. Nyeri yang dirasakan oleh klien juga timbul karena adanya tumor di paru-paru pasien.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Diagnosa ini ditegakkan karena pasien mengeluh lelah dan sesak jika melakukan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi. Hasil observasi didapatkan pasien saat beraktivitas di rumah sakit dibantu oleh keluarganya. Intoleransi aktivitas

adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis intoleransi aktivitas dijadikan prioritas ketiga karena efek dari tumor paru sendiri yang menekan saluran pernafasan dan mengakibatkan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang dibutuhkan oleh tubuh yang mengakibatkan kelemahan pada pasien jika melakukan aktivitas dan memerlukan bantuan.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

1. Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas

Tujuan keperawatan yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan nafas efektif dengan kriteria hasil: keluhan sesak menurun, produksi sputum menurun, ronkhi menurun, frekuensi nafas membaik (16-20 x/mnt)

Rencana keperawatan intervensi utama yaitu manajemen jalan nafas : Monitor keadaan umum dan TTV setiap 8 jam sekali, Monitor bunyi nafas (ronkhi) setiap 8 jam, Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) setiap pagi, Posisikan semi fowler atau fowler, Berikan minum hangat, Ajarkan teknik batuk efektif, Hasil kolaborasi medic pemberian bronkodilator nebul midarto per 8 jam, inj Dexamethason 2x5mg/IV,

oksigen nasal kanul 3 Lpm. Konsekuensi dari pengeluaran sputum yang tidak merata akan mengakibatkan sesak nafas dan gangguan pertukaran gas di paru-paru (Dahlan, 2017). Terapi inhalasi adalah salah satu terapi yang bertujuan untuk memberikan efek bronkodilatasi atau melebarkan lumen bronkus, dahak menjadi encer sehingga mudah untuk di keluarkan, menurunkan hiperaktivitas bronkus dan dapat mengatasi infeksi (Khasanah, 2017). Latihan batuk efektif juga merupakan salah satu upaya perawat yang efektif selain pemberian terapi inhalasi untuk menghilangkan lender dari saluran udara dan menjaga paru-paru agar tetap bersih apabila dilakukan tepat dan benar (Sulistiani, R, Aguscik & Ulfa, 2020).

Menurut asumsi penulis membebaskan jalan nafas pasien merupakan tindakan yang penting, jika jalan nafas pasien paten dan tidak ada sputum maka keluhan sesak nafas berkurang dengan pemberian bronkodilator dan batuk efektif.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma

Tujuan keperawatan yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, gelisah menurun.

Rencana keperawatan intervensi utama yaitu manajemen nyeri : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri (0-10), Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan tarik nafas dalam, Fasilitasi istirahat dan tidur, Ajarkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam, Hasil kolaborasi medic pemberian analgesic obat oral codein 3x10 mg. Rasa nyeri seringkali menyebabkan rasa tidak nyaman seperti rasa tertusuk, rasa terbakar dll sehingga mengganggu kualitas hidup pasien atau yang mengalami nyeri

(Zulkifli, 2019). Analgesik merupakan obat selektif mengurangi rasa sakit dengan bertindak dalam system saraf pusat atau mekanisme nyeri perifer (Mita SR, 2019). Teknik non farmakologis juga dapat mengurangi rasa nyeri sejalan dengan penelitian (Syahriyani, 2018) yang menyatakan bahwa teknik relaksasi tarik nafas dalam mampu menurunkan nyeri pada pasien dengan post op apendikomi.

Menurut asumsi penulis analgesic maupun teknik non farmakologis diperlukan pasien dengan keluhan nyeri karena bisa mengurangi keluhan nyeri yang bisa membuat gelisah dan tidak nyaman

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun, Dispnea setelah aktivitas menurun.

Rencana keperawatan intervensi utama yaitu manajemen energi : Identitas gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Sediakan lingkungan yang nyaman, Monitor kelelahan fisik dan emosional setiap pagi, Anjurkan tirah baring. Tirah baring dengan semi fowler bertujuan untuk mengurangi sesak nafas dan memberikan rasa nyaman (Adiatma, 2020).

Menurut asumsi penulis berdasarkan masalah yang di hadapi pasien adalah intoleransi aktivitas yang di sebabkan karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen maka penulis membantu pasien dalam pemenuhan ADL yaitu manajemen energy dengan menyediakan lingkungan yang nyaman maupun

menganjurkan tirah baring untuk membantu mengurangi sesak yang dirasakan pasien akibat penekanan tumor di paru

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan intervensi keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya

1. Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas

Tindakan yang dilakukan adalah mengobservasi keadaan umum dan TTV, memonitor bunyi nafas tambahan, memonitor keluaran sputum, memposisikan semi fowler, mengajarkan batuk efektif, menganjurkan minum air hangat, memberikan hasil kolaborasi medic pemberian bronkodilator nebul midarto per 8 jam, inj Dexamethason 2x5mg/IV, oksigen nasal kanul 3 Lpm.

Terapi inhalasi adalah salah satu terapi yang bertujuan untuk mengencerkan dahak dan latihan batuk efektif upaya yang efektif untuk menghilangkan lender dari saluran pernafasan (Khasanah, 2017). Menurut asumsi penulis pasien mau dan kooperatif untuk melakukan batuk efektif, minum air hangat melakukan terapi nebul dimana tindakan tersebut membantu mengencerkan dan mengeluarkan sputum yang ada di saluran pernafasan pasien dan bisa mengurangi sesak.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma

Tindakan yang dilakukan adalah Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Mengidentifikasi skala nyeri (0-10), Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik nafas dalam, Memberikan hasil terapi medic obat oral codein 3x10 mg

Perawat berperan dalam mengidentifikasi kebutuhan pasien dan membantu dalam pemenuhan kebutuhan termasuk dalam manajemen nyeri. Manajemen nyeri yang tepat haruslah mencakup penanganan secara keseluruhan, tidak hanya terbatas pada pendekatan farmakologis saja karena nyeri juga dipengaruhi oleh emosi dan tanggapan individu terhadap dirinya, ,maka dari itu secara garis besar ada dua manajemen nyeri yaitu manajemen farmakologis dan non farmakologis (Tamsuri, 2018).

Menurut asumsi peneliti pasien kooperatif dan mau melakukan tindakan baik farmakologis dan non farmakologis. Teknik farmakologis yaitu dengan pemberian analgesic sesuai advis dokter dan teknik non farmakologis dengan teknik nafas dalam untuk mengurangi respon nyeri yang dirasakan pasien.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tindakan yang dilakukan adalah Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Menyediakan lingkungan yang nyaman dengan memposisikan semi fowler, Memonitor kelelahan fisik dan emosional, Menganjurkan tirah baring.

Menurut asumsi penulis sebagai perawat harus bisa membantu kebutuhan ADL yang dibutuhkan pasien seperti menyediakan lingkungan dengan membantu

memposisikan semi fowler supaya sesak berkurang dan menganjurkan tirah baring dimana pasien mengalami kelemahan karena penyakitnya, jadi pasien perlu bantuan untuk pemenuhan ADL baik dari perawat maupun keluarga pasien.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan belum sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu keluhan sesak menurun, Produksi sputum menurun, ronkhi menurun, Frekuensi nafas membaik (16-20 x/mnt). Pada tanggal 07 Januari 2022 ditemukan data : Hasil

subyektif : Pasien mengatakan masih batuk berdahak dan sesak berkurang setelah dilakukan terapi nebulizer midarto per 8 jam dan minum air hangat. Hasil Objektif TD: 130/70MmHg N: 85 x/menit S: 36°C RR: 23x/menit, Spo2 98 %, Saat di perkusi terdapat suara sonor dan terdapat suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru, Sputum berwarna kekuningan dan kental, Pasien terpasang alat bantu nafas nasal kanul 3 Lpm, Analisis masalah keperawatan teratasi sebagian. *Planning* yaitu intervensi dilanjutkan

Menurut asumsi peneliti dari hasil data subjektif untuk masalah bersihan nafas tidak efektif sudah sesuai dengan kriteria hasil yaitu produksi sputum menurun, Frekuensi nafas membaik (16-20 x/mnt) dengan hasil pasien mengatakan masih batuk berdahak dan sesak berkurang setelah dilakukan terapi nebulizer midarto per 8 jam dan minum air hangat dan untuk hasil data objektif menunjukkan pasien masih menunjukkan suara napas tambahan ronkhi pada kedua lapang paru, Sputum berwarna kekuningan dan kental dan terpasang alat bantu nafas nasal kanul 3 Lpm. Analisis masalah keperawatan teratasi sebagian. *Planning* yaitu intervensi dilanjutkan

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan belum sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu Keluhan nyeri menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun. Pada tanggal 07 Januari 2022 ditemukan data : Hasil subyektif : Pasien mengatakan nyeri dada sudah berkurang P: Pada saat melakukan aktivitas dan berbaring Q : Di tusuk-tusuk R: Dada S: 2 (0-10) T : Hilang timbul dan hasil objektif : Pasien bisa melakukan teknik non farmakologi tarik nafas dalam jika nyeri muncul secara mandiri, pasien tampak

tidak gelisah, TD: 130/70MmHg N: 85 x/menit. Analisis masalah keperawatan teratasi sebagian. *Planning* yaitu intervensi dilanjutkan.

Menurut asumsi peneliti dari hasil data subjektif untuk masalah nyeri akut sudah sesuai dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dan gelisah menurun, dimana hasil subyektif menunjukkan Pasien mengatakan nyeri dada sudah berkurang
P: Pada saat melakukan aktivitas dan berbaring Q : Di tusuk-tusuk R: Dada S: 2 (0-10) T : Hilang timbul dan untuk hasil obyektifnya Pasien bisa melakukan teknik non farmakologi tarik nafas dalam jika nyeri muncul secara mandiri, pasien tampak tidak gelisah, TD: 130/70MmHg N: 85 x/menit. Analisis masalah keperawatan teratasi sebagian. *Planning* yaitu intervensi dilanjutkan.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan belum sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun, Dispnea setelah aktivitas menurun. Pada tanggal 07 Januari 2022 ditemukan data : Hasil subyektif : Pasien mengatakan lelah dan sesak sudah berkurang saat melakukan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi. Hasil Objektif : Pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saja, Aktivitas sebagian dibantu keluarganya N: 88 x/menit. Analisis masalah keperawatan belum teratasi, *Planning* yaitu intervensi dilanjutkan

Menurut asumsi peneliti dari hasil data subjektif untuk masalah intoleransi aktivitas sudah sesuai dengan kriteria hasil yaitu keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun dengan hasil subjektif : pasien

mengatakan lelah dan sesak sudah berkurang saat melakukan aktivitas seperti berjalan ke kamar mandi dan hasil objektif : pasien tampak melakukan aktivitas di tempat tidur saja, Aktivitas sebagian dibantu keluarganyaN: 88 x/menit. Analisis masalah keperawatan belum teratasi, *Planning* yaitu intervensi dilanjutkan

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis Tumor Paru di Ruang C2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Tumor Paru

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien dengan diagnosis medis Tumor Paru, dengan keluhan utama pasien mengatakan sesak napas dan batuk berdahak berwarna kekuningan dan kental.
2. Diagnosa keperawatan pada Tn.A dengan diagnose medis tumor paru telah di prioritaskan menjadi : bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan kriteria hasil untuk bersihan jalan nafas tidak efektif dengan kriteria hasil bersihan jalan nafas efektif, nyeri akut dengan kriteria tingkat nyeri menurun, intoleransi aktivitas dengan kriteria hasil toleransi aktivitas meningkat.

4. Implementasi keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ada : bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas dengan manajemen jalan nafas, latihan batuk efektif dan memberikan terapi bronkodilator, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma dengan manajemen nyeri dan memberikan analgesic, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan manajemen energi.
5. Hasil evaluasi keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Tumor Paru disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Neoplasma, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Evaluasi yang telah diterapkan selama tiga hari sesuai dengan teori didapatkan tiga diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : Tumor, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Profesi Keperawatan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan *literature* sebagai wawasan dalam menambah ilmu dan dapat menerapkan tindakan keperawatan yang sesuai dengan pasien khususnya pada pasien dengan Tumor Paru.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan meningkatkan mahasiswa keperawatan dalam mengelola pasien dengan Tumor Paru dan dapat mempermudah melakukan penelitian atau perbandingan dalam mengelola pasien dengan Tumor Paru.

5.2.3 Bagi Manajemen Ruangan

Petugas kesehatan khususnya perawat dapat mempertahankan tindakan yang sudah dilakukan yaitu menerapkan teknik aseptik dalam melakukan perawatan pada pasien dengan Tumor Paru

5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi salah satu rujukan atau perbandingan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosa medis Tumor Paru.

5.2.5 Bagi Pasien dan Keluarga

Bagi Pasien dan keluarga agar mengikuti instruksi dokter untuk kontrol rutin dan hendaknya lebih memperhatikan dan menjaga kesehatan agar tidak menimbulkan komplikasi lebih lanjut pada pasien dengan Tumor Paru. Keluarga sebagai pendukung utama untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan Tumor Paru.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiatma. (2020). Hubungan Antara Karsinoma Paru Dengan Efusi Pleura. *Jurnal Respiratori*, Universitas Diponegoro, hal 33–36.
- Aisyah, S. (2018). Manajemen Nyeri Pada Pasien Ca Paru Dengan Pendekatan Non Farmakologi. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 2(1)2018,2.
- Amin. (2014). Kanker. *Jurnal Kesehatan*.
- Anggarsari, , D., Y. (2019). Kasus Gangguan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Efusi Pleura. *Terpadu Ilmu Kesehatan*, 7(2), Hal 101-221.
- Anita. (2016). Perawatan Paliatif dan Kualitas Hidup Penderita Kanker. *Jurnal Kesehatan*, VII, No. 3, 508-5013
- Anonim. (2016). *Ca Paru*. (dalam [http://www.slideshare.net/septianraha/ca par](http://www.slideshare.net/septianraha/ca-paru)).
- Behl, D, Hendrickson, A. & M. (2016). *Oncologic Emergency*.
- Chairudin MR, M. I. (2019). Profil Pasien Kanker Paru Primer yang Di Rawat Inap dan Rawat Jalan Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Respirasi*, 2019;5;(3):66-70.
- Dahlan. (2017). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*.
- Dinarti & Mulyanti, Y. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ekaputri, M., & Fithriyani. (2021). Hubungan Peran Ketua Tim dengan Kinerja Perawat dalam Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi. *Jurnal Akademka Baiturrahim Jambi*, 10(1), 196–200. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.321>
- Ellyvon. (2018). Kenali Kanker Paru dari Gejala dan Pengobatan. *Journal of Health Education*, 3.
- Gordon. (2015). *Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jusuf A, S. A. (2017). *Dasar-Dasar Diagnosis Kanker Paru*. 25–42, Jakarta : UI Press.
- Kelly M, Latimer, T. F. (2018). *Lung Cancer : Diagnosis, Treatment, Principles and Screening*. Florida.2018;251-55.

- Kemenkes, R. (2017). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Kanker Paru*. Diakses di kanker.kemkes.go.id pada tanggal 26 Apr.
- Khasanah, F. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Pneumonia di RSUD Banyumas (Universitas Muhammadiyah Purwokerto)*.
- Khasanah NA, Oktaviani LK, Y. I. (2019). *Hubungan Riwayat Merokok dan Tempat Tinggal dengan Gambaran Sitopalogi Kanker*. *Homeostasis*, 2019;2(1);93-8.
- Kumar. (2019). *Paru dan Saluran Nafas Atas*. *Jurnal Respiratori*, Universitas Diponegoro : Hal 25-26.
- Listiana, D. (2020). *Pengaruh Batuk Efektif Terhadap Pengeluaran Sputum Pada Pasien TBC Di Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Lebong*. *CHMK Nursing Scientific Journal*, 4(2),220-227.
- Marischa, S. (2019). *Malnutrisi Pada Pasien Kanker*. Vol 7,di unduh Tanggal 30 April 2019.
- Mita SR, H. p. (2019). *Pemberian Pemahaman Mengenai Penggunaan Obat Analgesik Secara Rasional Pada Masyarakat Di Arjasari Kabupaten Bandung*.
- Muttaqin, A. (2013). *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi Pada Praktek Klinik Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- NANDA NIC NOC. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis : Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda , Nic,Noc dalam Berbagai Kasus*.
- Nisa , K., Sidharti, L., & A. M. (2019). *Pengaruh Kebiasaan Merokok Terhadap Fungsi Paru Pada Pegawai Pria Di Gedung Rektorat Universitas Lampung*. *Jurnal Kesehatan*.
- Nurarif, A. H. & H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic Noc*.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC (2nd ed.)*. Jogjakarta: Medi Action.
- Oktafianus. (2019). *Asuhan Keperawatan Tn.I Dengan Ca Paru Di Ruang Tulip RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang*.
- Purba, A & Wibisono, B. (2016). *Pola Klinis Kanker Paru RSUP Dr. Kariadi Semarang*. *Media Medika Muda*, 4.
- Rhamdaniah, Mulawarman, S. (2016). *Gambaran Klinis Neurologis Pasien Kanker*

- Paru dengan Metastase Otak Di Rumah Sakit Kanker Dharmis. Jakarta, J Respir Indo.*
- Rizka, N. (2019). *Klasifikasi Tumor Paru Dari Citra Rongent Paru Berdasarkan Estimator Penalized Spline Dengan Pereduksi Dimensi Transformasi Wavelet Diskret dan Analisis Komponen Utama.*
- Robinson, M. Joan, D. (2014). *Buku Ajar Visual Nursing.*
- S. Setiati, et all. (2018). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.*
- Saragih. (2018). *Profil Penderita Kanker Paru yang Dirawat Di Rindu A3 (RA3) RSUP Haji Adam Malik Medan.*
- Somantri. (2015). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernafasan. Jakarta : Salemba Medika.*
- Stoppler. (2015). Lung Cancer. *Jurnal Kesehatan, 3.*
- Sudarth, B. &. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah.*
- Sudoyo, A. W. (2019). *Kelainan Paru. Vol. 2, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.*
- Sulistiani, R, Aguscik & Ulfa, M. (2020). Pemenuhan Bersihan Nafas dengan Batuk Efektif pada Asuhan Keperawatan Asma Bronkial. *Jurnal Keperawatan Merdeka, 1(2),246-252.*
- Syahriyani. (2018). *Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op Apendiktomi Di Ruang Perawatan Bedah RSUD TK II Pelamonia.*
- Tampi JA, R. H. (2017). *Karakteristik Penderita Karsinoma Paru Di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat 1 Raden Said Sukarno.*
- Tamsuri, A. (2018). *Konsep dan Pnatalaksanaan Neri.*
- Tandi, Tubagus, & S. (2016). Gambatan CT Scan Tumor Paru Di Bagian /SMF Radiologi FK UNSRAT RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan, 4, 10–11.*
- Tendra, H. (2017). *Merokok dan Kesehatan.*
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.*

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SOP DPP PPNI (2021). *Pedoman Standar Operasional Prosedure*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI
- WHO. (2018). *Breast Cancer: Early Diagnosis And Screening*. World Health Organization. <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-scr>.
- Wiguna, P. D. A. (2021). *Diagnosis Sitologi Pasien Dengan Diagnosis Klinis Tumor Paru Berdasarkan Berbagai Metode Pengambilan Sampel Sitologi Di RSUP SANGLAH*. 10, 6–9.
- Wijaya. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah* (1st ed.). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wijaya, A., & Putri, Y. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yahezkiel. (2019). *Gambaran Penderita Carcinoma Paru Di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung Periode 1 Januari -31 Januari 2019*. Bandung: Fakultas Kedokteran Univertas Kristen Ma.
- Zulkifli. (2019). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III* (6th ed).

Lampiran 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Iftita Churrosida

Nim : 213.0024

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Lamongan, 13-10-1999

Agama : Islam

Email : iftitachurrosida@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

- | | | | |
|----|----------------|---------------------------|------------------|
| 1. | TK | Putra Lestari | Lulus Tahun 2005 |
| 2. | SD | SDN Sumberagung | Lulus Tahun-2011 |
| 3. | SMP | SMPN 1 Mantup | Lulus Tahun 2014 |
| 4. | SMA | SMAN 2 Lamongan | Lulus Tahun 2017 |
| 5. | S1 Keperawatan | STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulus Tahun 2021 |

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Nothing Impossible In The World

Hasil Karyaku ini kupersembahkan kepada :

1. Alhamdulillah segala puji syukur yang tidak henti-hentinya saya panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Ayah Sumadi dan Ibu Yuliatin selaku orang tua yang telah memberikan motivasi dukungan moril dan materil, semangat dan doa yang tidak pernah berhenti untuk peneliti.
3. Baihaki selaku adik kandung yang telah memberikan dukungan semangat bagi saya.
4. Intan, Arin, Nanda, Ayu, Sherly sahabat saya di kampus yang menemani saya selama beberapa waktu terakhir, mendengarkan keluh kesah saya, selalu mendukung, membantu dalam pengerjaan skripsi.
5. Teman – teman angkatan 12 profesi Ners yang dari awal sampai akhir perkuliahan tetap saling membantu. semoga tetap kompak dan bisa meraih keberhasilan sampai ke jenjang yang lebih tinggi.

Lampiran 3


SOP BATUK EFEKTIF

Pengertian	Suatu tindakan melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laring, trakea, dan bronkiolus dari sekret atau benda asing di jalan napas
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Membersihkan jalan nafas2. Mencegah komplikasi infeksi saluran nafas3. Mengurangi kelelahan saat batuk
Indikasi dan ketentuan	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien dengan gangguan bersihan jalan napas akibat akumulasi sekret.2. Pasien <i>pre</i> dan <i>post</i> operasi3. Pasien imobilisasi4. Pasien sadar dan mampu mengikuti perintah
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none">1. klien yang mengalami peningkatan tekanan intra kranial (TIK)2. gangguan fungsi otak3. gangguan kardiovaskular (hipertensi berat, aneurisma, gagal jantung, infark miocard), dan emfisema karena dapat menyebabkan ruptur dinding alveolar.
Peralatan	<ol style="list-style-type: none">1. Tempat sputum (misalnya bungkuk, gelas, dan yang lainnya)2. Perlak/alas3. Lap wajah (misalnya saputangan atau kertas <i>tissue</i>)4. Stetoskop5. Sarung tangan6. Masker
Prosedur kegiatan	Tahap pra-interaksi <ol style="list-style-type: none">1. Mengecek program terapi2. Mencuci tangan3. Menyiapkan alat

	<p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memberikan salam dan nama klien 5. Menjelaskan tujuan dan sapa nama klien <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Menjaga privasi klien 7. Mempersiapkan klien 8. Meletakkan kedua tangan di atas abdomen bagian atas (dibawah <i>mamae</i>) dan mempertemukan kedua ujung jari tengah kanan dan kiri di atas <i>processus xyphoideus</i>. 9. Menarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, lalu hembuskan melalui bibir mencucu (<i>pursed lip breathing</i>) selama 8 detik. Lakukan berulang sebanyak 3-4 kali. 10. Pada tarikan nafas dalam terakhir, nafas ditahan selama kurang lebih 2-3 detik. 11. Angkat bahu, dada dilonggarkan dan batukkan dengan kuat. 12. Lakukanlah 4 kali setiap batuk efektif, frekuensi 13. disesuaikan dengan kebutuhan pasien
--	--

Lampiran 4


SOP NEBULIZER

	<p style="text-align: center;">STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN NEBULIZER</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Pemberian inhalasi uap dengan obat/tanpa obat menggunakan nebulator.</p>
<p>Tujuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengencerkan sekret agar mudah dikeluarkan 2. Melonggarkan jalan nafas
<p>Indikasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami kesulitan mengeluarkan sekret 2. Pasien yang mengalami penyempitan jalan nafas
<p>Alat dan bahan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Set nebulizer 2. Obat bronkodilator 3. Bengkok 1 buah 4. Tissue 5. Spuit 5 cc 6. Aquades 7. Tissue
<p>Prosedur pelaksanaan</p>	<p>Tahap pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek program terapi 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat <p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam, panggil klien dengan namanya. 2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan. 3. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya. <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privacy pasien 2. Mengatur pasien dalam posisi duduk 3. Menempatkan meja/troly di depan pasien yang berisi set nebulizer 4. Mengisi nebulizer dengan aquades sesuai takaran

	<ol style="list-style-type: none">5. Memastikan alat dapat berfungsi dengan baik6. Memasukkan obat sesuai dosis7. Memasang masker pada pasien8. Menghidupkan nebulizer dan meminta pasien nafas dalam sampai obat habis9. Bersihkan mulut dan hidung dengan tissue <p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi hasil / respon klien.2. Berpamitan dengan pasien/keluarga3. Membereskan alat4. Mencuci tangan5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
--	---

Lampiran 5

SOP PEMBERIAN TERAPI OKSIGENASI

	<p style="text-align: center;">STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN NASAL CANULE</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Pemberian oksigen adalah pemberian oksigen melalui hidung dengan menggunakan kanule nasal. Kanule nasal merupakan suatu alat sederhana yang dapat memberikan oksigen kontinu dengan aliran 1-6 L/menit.</p>
<p>Keuntungan</p>	<p>Pemberian O₂ stabil dengan volume tidal dan laju pernafasan teratur, mudah ditolerir klien dan nyaman.</p>
<p>Kerugian</p>	<p>Tidak dapat memberikan konsentrasi O₂ lebih dari 44%, suplai O₂ berkurang bila klien bernafas lewat mulut, mudah lepas karena kedalaman kanul 1 cm, mengiritasi selaput lender.</p>
<p>Tujuan</p>	<p>Tujuan pemberian oksigen adalah untuk mempertahankan dan memenuhi kebutuhan oksigen.</p>
<p>Indikasi</p>	<p>Klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen (memperbaiki terjadinya hipoksemia dan menurunkan stimulus yang dapat meningkatkan kardiak output).</p>
<p>Alat dan bahan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabung oksigen 2. Humidifier dengan air steril di dalamnya 3. Kanule kasal 4. Pita/plaster jika untuk memastikan kanule ditempatnya 5. Kain kasa untuk melapisi selang diatas tulang pipi
<p>Prosedur pelaksanaan</p>	<p>Tahap pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien. 2. Cuci tangan. 3. Siapkan alat.


	<p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Beri salam, panggil klien dengan namanya. 5. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan. 6. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya. <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien pada posisi semi fowler jika memungkinkan, untuk memberikan kemudahan ekspansi dada dan pernafasan lebih mudah. 2. Pasang peralatan oksigen dan humidifier. 3. Nyalakan oksigen dengan aliran sesuai advis. 4. Periksa aliran oksigen pada selang. 5. Sambung nasal kanul dengan selang oksigen. 6. Pasang nasal kanul pada hidung. 7. Letakkan ujung kanul ke dalam lubang hidung dan selang serta kaitkan dibelakang telinga atau mengelilingi kepala. Yakinkan kanul masuk lubang hidung dan tidak ke jaringan hidung. 8. Plester kanul pada sisi wajah, selipkan kasa di bawah selang pada tulang pipi untuk mencegah iritasi. 9. Kaji respon klien terhadap oksigen dalam 15-30 menit, seperti warna, pernafasan, gerakan dada, ketidaknyamanan dan sebagainya. 10. Periksa aliran dan air dalam humidifier dalam 30 menit. 11. Kaji klien secara berkala untuk mengetahui tanda klinik hypoxia, takhikardi, cemas, gelisah, dyspnoe dan sianosis. 12. Kaji iritasi hidung klien. Beri air / cairan pelumas sesuai kebutuhan untuk melembaskan mukosa membran. 13. Catat permulaan terapi dan pengkajian data. <p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Evaluasi hasil / respon klien. 7. Dokumentasikan prosedur dalam catatan klien : waktu pemberian, aliran kecepatan oksigen, rute pemberian, dan respons klien.
--	---

	<ol style="list-style-type: none">8. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya.9. Akhiri kegiatan, membereskan alat-alat.10. Cuci tangan
--	---

Lampiran 6

SOP MANAJEMEN NYERI

PENGERTIAN	<p>Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat yang hanya dirasakan oleh individu tersebut tanpa dapat dirasakan oleh orang lain.</p> <p>Nyeri merupakan tanda dan gejala yang tidak menyenangkan berpotensi menimbulkan kerusakan jaringan.</p>
JENIS NYERI	<ol style="list-style-type: none">1. Nyeri akut adalah rasa nyeri normal yang memperingatkan bahwa anda telah terluka, misalnya terkena luka bakar, jari terpukul2. Nyeri kronik adalah keluhan nyeri yang berlangsung selama lebih dari 3 – 6 bulan, bahkan bertahun setelah mengalami cedera. Kondisi ini umumnya memerlukan perawatan media lebih lanjut.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none">1. Untuk menjaga kondisi pasien senyaman mungkin2. Untuk meringankan nyeri3. Untuk mengurangi nyeri
KEBIJAKAN	<p>Setiap pasien dewasa yang merasakan nyeri dinilai dari skala 1 – 10 :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nilai 0 = tidak nyeri2. Nilai 1 – 3 = nyeri ringan (pasien dapat berkomunikasi dengan baik)3. Nilai 4 – 6 = nyeri sedang (pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, mendeskripsikan dan dapat mengikuti perintah)4. Nilai 7 – 9 = nyeri berat (pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, tidak dapat mendeskripsikan, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi)5. Nilai 10 = nyeri sangat berat (pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi) <p>Setiap anak yang merasakan nyeri dinilai dari skala wajah</p>

	<p>(Wong Baker) :</p> <p style="text-align: center;">Wong-Baker FACES Pain Rating Scale</p>  <p>The image shows the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale, which consists of six faces arranged in a horizontal line. From left to right, the faces are: 0 (green, smiling, 'NO HURT'), 2 (light green, neutral, 'HURTS LITTLE BIT'), 4 (yellow, neutral, 'HURTS LITTLE MORE'), 6 (orange, neutral, 'HURTS EVEN MORE'), 8 (red-orange, frowning, 'HURTS WHOLE LOT'), and 10 (red, crying, 'HURTS WORST').</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai 0 nyeri tidak dirasakan oleh anak 2. Nilai 1 nyeri dirasakan sedikit saja 3. Nilai 2 nyeri dirasakan hilang timbul 4. Nilai 3 nyeri dirasakan anak lebih banyak 5. Nilai 4 nyeri dirasakan anak secara keseluruhan 6. Nilai 5 nyeri sekali dan anak menjadi menangis
<p>PROSEDUR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian skala, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri 2. Observasi reaksi non verbal 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) 6. Ajarkan tentang teknik non farmakologi seperti : <ol style="list-style-type: none"> a) Kompres dingin b) Massage kulit c) Buli – buli panas d) Relaksasi seperti lingkungan yang tenang e) Posisikan pasien nyaman dan nafas dalam f) Teknik distraksi yakni mengalihkan perhatian ke stimulus lain seperti menonton tv, membaca koran, mendengarkan musik 7. Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri 8. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri

Lampiran 7

SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam

A. Definisi

Metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri dan memberikan relaksasi pada pasien yang mengalami nyeri. Selain itu latihan nafas dalam merupakan cara bernafas yang efektif melalui inspirasi dan ekspirasi untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam, dan rileks. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan perasaan cemas sehingga mencegah stimulasi nyeri.

Ada tiga faktor yang utama dalam teknik nafas dalam:

1. Berikan posisi dengan tepat sehingga pasien merasa nyaman
2. Biarkan pasien memikirkan untuk beristirahat
3. Lingkungan yang santai/ tenang

B. Tujuan

1. Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah
2. Mengurangi rasa nyeri
3. Membantu dan meningkatkan relaksasi
4. Meningkatkan kualitas tidur
5. Menmbantu mengeluarkan gas anastesi yang tersisa didalam jalan nafas.

C. Indikasi

Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri akut atau nyeri kronis

D. Prosedur

1. Tahap pra interaksi
 - a. Membaca mengenai status pasien
 - b. Mencuci tangan
 - c. Menyiapkan alat
 - d. Mengucapkan salam teraupetik kepada pasien
 - e. Validasi kondisi pasien saat ini
 - f. Menjaga keamanan privasi pasien
 - g. Menjelaskan tujuan & prosedur yang akan dilakukan terhadap pasien & keluarga
2. Tahap kerja
 - a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas
 - b. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
 - c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
 - d. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat

bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmat rasanya

- e. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
 - f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
 - g. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya
 - h. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
 - i. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
 - j. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali
3. Tahap terminasi
- a. Evaluasi hasil gerakan
 - b. Lakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya
 - c. Cuci tangan