


# KARYA ILMIAH AKHIR

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CA PARU DI RUANG BERNADETH I RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

**OLEH:**

**IREN STEFANI SAMPEBUA (NS2314901060)**
**IRENE ONY TONY (NS2314901061)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS**
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**
**STELLA MARIS MAKASSAR**
**2024**

# KARYA ILMIAH AKHIR

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CA PARU DI RUANG BERNADETH I RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

**OLEH:**


| | |
|---|---|
| **IREN STEFANI SAMPEBUA** | **(NS2314901060)** |
| **IRENE ONY TONY** | **(NS2314901061)** |


**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS**
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**
**STELLA MARIS MAKASSAR**
**2024**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Iren Stefani Sampebua (NS2314901060)
2. Irene Ony Tony (NS2314901061)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi atau plagiat (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 11 Juni 2024

yang menyatakan,

Iren Stefani Sampebua

Irene Ony Tony

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. A dengan Ca Paru di Ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Iren Stefani Sampebua (NS2314901060)
2. Irene Ony Tony (NS2314901061)

**Disetujui oleh:**

| Pembimbing 1 | Pembimbing 2 |
|---|---|
| (Rosdewi, S.Kep., MSN) | (Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M. Kes) |
| NIDN: 09030058102 | NIDN: 0928027101 |

**Menyetujui,**

**Wakil Ketua Bidang Akedemik**

**STIK Stella Maris Makassar**

**Fransiska Anita E.R.Sa'pang., Ns., Sp.Kep.MB., PhDNS**

**NIDN: 0913098201**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Iren Stefani Sampebua (NIM: NS2314901060)
2. Irene Ony Tony (NIM : NS2314901061)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. A dengan Ca Paru di Ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.**

**DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI**

Pembimbing 1 : Rosdewi, S.Kp., MSN

Pembimbing 2 : Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes

Penguji 1 : Rosmina Situngkir, SKM., M.Kes

Penguji 2 : Fransisco Irwandy,Ns., M.Kep

**Ditetapkan di : Makassar**

**Tanggal : 11 Juni 2024**

**Mengetahui,**

**Ketua STIK Stella Maris Makassar**

**Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes**

**NIDN: 0928027101**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawa ini:

Nama :

1. Iren Stefani Sampebua (NS2314901060)
2. Irene Ony Tony (NS2314901061)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 11 Juni 2024

Yang menyatakan

Iren Stefani Sampebua

Irene Ony Tony

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. A dengan Ca Paru di Ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Karya Ilmiah Akhir ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan kuliah program keperawatan profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan Karya Ilmiah Akhir ini tidak lepas dari bantuan-bantuan, pengarahan, bimbingan, motivasi, serta doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris, sekaligus sebagai pembimbing II yang telah membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini juga memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E.R. Sa’pang, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., PhDNS selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerja sama STIK Stella Maris.
3. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris.
4. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris.
5. Rosdewi, S.Kp., MSN selaku pembimbing I yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing dan memberikan saran serta masukan kepada penulis.
6. Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes selaku penguji I yang telah meluangkan waktu memberikan saran dan masukkan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah meluangkan waktu memberikan saran dan masukkan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Bapak dan ibu dosen beserta seluruh staf yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Iren Stefani Sampebua (Ir. Agung Sampebua, S.T.,M.T dan Rifriani Bubun) dan keluarga sanak saudara serta sahabat tercinta yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Irene Ony Tony (Alm. Siprianus Migo Fernandes dan Bernadet Amd.Kep) dan sanak saudara serta teman dekat dari Irene Ony Tony (Inggrid Boleng Tony Amd.Fisio dan Ingglesia Yosefa Fernandes) yang selalu mendoakan, memberi dukungan, semangat, nasihat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi inspirasi untuk melaksanakan penulisan selanjutnya. Penulis menyadari Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna dan sangat mengharapkan masukan.

Makassar, 11 Juni 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

**HALAMAN SAMPUL** ..... **i**
**HALAMAN JUDUL** ..... **ii**
**PERNYATAAN ORISINALITAS** ..... **iii**
**HALAMAN PERSETUJUAN** ..... **iv**
**HALAMAN PENGESAHAN** ..... **v**
**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI** ..... **vi**
**KATA PENGANTAR** ..... **vii**
**DAFTAR ISI** ..... **ix**
**Halaman Daftar Gambar** ..... **xi**
**Halaman Daftar Tabel** ..... **xii**
**Halaman Daftar Lampiran** ..... **xiii**
**BAB I PENDAHULUAN** ..... **1**
A. Latar Belakang ..... 1
B. Tujuan penulisan ..... 4
1. Tujuan Umum ..... 4
2. Tujuan Khusus ..... 4
C. Manfaat Penulisan ..... 5
1. Bagi Instansi Rumah Sakit ..... 5
2. Bagi Profesi Keperawatan ..... 5
3. Bagi Institusi Pendidikan ..... 5
D. Metode Penulisan ..... 5
E. Sistematika Penulisan ..... 6
**BAB II TINJAUAN PUSTAKA** ..... **8**
A. Konsep Dasar Medik ..... 8
1. Pengertian ..... 8
2. Anatomi Fisiologi ..... 9
3. Etiologi ..... 10
4. Patofisiologi ..... 12
5. Manifestasi Klinik ..... 13
6. Tes Diagnostik ..... 15
7. Penatalaksanaan Medik ..... 16
8. Komplikasi ..... 18
B. Konsep Dasar Keperawatan ..... 19
1. Pengkajian ..... 19
2. Diagnosa keperawatan ..... 22

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Paru .....9

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Darah Lengkap.....48
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Kimia Darah .....49
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Sitologi Cairan Pleura .....49
Tabel 3. 4 Pemeriksaan Foto Thorax.....50
Tabel 3. 5 Analisa Data .....52
Tabel 3. 6 Diagnosis Keperawatan .....54
Tabel 3. 7 Intervensi Keperawatan.....55
Tabel 3. 8 Implementasi Keperawatan.....61
Tabel 3. 9 Evaluasi Keperawatan.....70
Tabel 4. 1 PICOT EBN…….…….97

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

# BAB I
# PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Kanker merupakan gangguan kesehatan yang terjadi karena adanya pertumbuhan sel abnormal dan tidak terkendali di dalam tubuh. Pertumbuhan sel kanker tersebut biasanya terjadi pada satu organ tubuh tertentu yang kemudian bisa menyebar ke bagian tubuh lainnya, mulai dari kulit, mata, organ intim hingga paru-paru. Kanker paru merupakan jenis kanker yang tumbuh pada organ paru-paru, dimana terdapat sel-sel kanker yang berkembang secara tidak terkendali didalamnya. Secara patologis kanker paru dapat berasal dari organ paru itu sendiri (primer) maupun berasal dari luar paru (metastasis). Kanker paru biasanya berkembang secara perlahan dan tidak menunjukkan gejala pada tahap awal sehingga dapat menyebabkan perburukan progres penyakit kanker paru (Buana & Harahap, 2022).

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) (2024), pada tahun 2022 kanker paru merupakan penyebab nomor satu angka kesakitan dan merupakan angka kematian tertinggi di dunia akibat kanker dengan prevalensi sebanyak 2,5 juta kasus dengan angka kematian sebesar 1,80 juta kasus. Menurut *American Cancer Society American Cancer Society* (2022), prevalensi kanker paru di Amerika Serikat pada tahun 2022 sekitar 236.740 kasus, dimana 117.910 pada pria dan 118.830 pada perempuan dengan angka kematian sekitar 130.180 kasus dimana 68.820 pada pria dan 61.360 pada perempuan. Berdasarkan hasil *Global Cancer Statistic* (2021), mencatat total kasus kanker di Indonesia pada 2020 mencapai 396.914 kasus dengan total kematian sebesar 234.511 kasus. Kanker payudara menempati urutan pertama kasus tertinggi di Indonesia, kanker serviks (leher rahim) menempati urutan kedua dan menyusul

kanker paru-paru di urutan ketiga dengan jumlah 34.783 kasus (8,8% dari total kasus). Angka kejadian tertinggi di Indonesia untuk laki-laki adalah kanker paru yaitu sebesar 19,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 10,9 per 100.000 penduduk, yang dikuti dengan kanker hati sebesar 12,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 7,6 per 100.000 penduduk. Sedangkan angka kejadian untuk perempuan yang tertinggi adalah kanker payudara yaitu 42,1 per 100.000 penduduk dengan angka kematian 17 orang penduduk per 100.000, yang dikuti kanker mulut rahim sebesar 23,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk (Sung et al., 2021). Adapun prevalensi kanker di Sulawesi selatan tahun 2021 sebanyak 3.894 kasus, dengan rincian laki laki sebanyak 2.223 orang dan perempuan 1.674 orang. Jumlah angka kesembuhan (*Currerate*) sebesar 906 orang (51,8%), dengan angka pengobatan lengkap (*comleterate*) sebesar 1.858 orang (57.0%) dan angka keberhasilan pengobatan (*Successrate*) sebesar 84.4% dari penderita sebanyak 2.764 orang (Profil Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2022). Berdasarkan data yang didapat dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada bulan Januari-Mei 2024 jumlah pasien dengan Ca paru sebanyak 16 pasien.

Risiko terkena kanker paru meningkat seiring bertambahnya usia. Lebih dari setengah kasus kanker paru yang baru didiagnosis terjadi pada orang berusia 60 tahun atau lebih. Merokok adalah faktor risiko terbesar dalam terjadinya kanker paru. Hal ini karena di dalam rokok terdapat zat beracun penyebab kanker (karsinogen) yang berisiko mempercepat kerusakan sel pelapis paru-paru. Contoh zat beracun tersebut di antaranya nikotin dan tar. Nikotin merupakan senyawa zat alkaloid utama dalam daun tembakau yang aktif sebagai insektisida, sementara tar merupakan zat kimia partikel atau solid carbon yang hanya dihasilkan Ketika rokok sudah dibakar yang bersifat karsinogenik atau berpotensi meningkatkan risiko tumbuhnya

sel-sel kanker dalam tubuh. Pada mulanya, tubuh memang mampu memperbaiki kerusakan ini. Tetapi, apabila terjadi paparan secara terus-menerus maka akan menyebabkan sel normal pelapis paru semakin rusak. Kerusakan ini yang dapat mengakibatkan perubahan sel menjadi tidak normal dan berisiko membuat sel bermutasi menjadi sel kanker sehingga menjadi penyebab kanker paru- paru.

Kanker paru selain disebabkan oleh sel kanker dari organ paru-paru, dapat juga disebabkan oleh metastase dari organ lain atau kanker paru sekunder. Meskipun stadium penyakitnya masih awal, seolah-olah pasien menderita penyakit kanker paru stadium akhir. Dibagian 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 adalah organ bagi sel kanker atau tempat berakhirnya sel kanker, yang sebelumnya dapat menyebar di area payudara, ovarium, usus, dan lain- lain (Purnamawati et al., 2021).

Keluhan yang ditemukan pada pasian kanker paru dapat berupa batuk, nafas pendek, nyeri dada, batuk darah, mual, nyeri, kelelahan, dan beberapa keluhan lainnya. Nyeri adalah keluhan utama yang sering dikeluhkan. Penelitian yang membandingkan antara kanker paru dan penyakit kronik paru lainnya, didapatkan data bahwa rasa nyeri lebih banyak dirasakan oleh pasien dengan kanker paru (62%) (Mathews et al., 2020). Pasien yang menderita kanker paru khususnya yang pertama kali terdiagnosis biasanya datang dengan keluhan batuk berdahak yang tidak kunjung sembuh sebagai gejala utama yang sering dikeluhkan bersama dengan sesak napas. Oleh karena itu dibutuhkan perawatan yang lebih intensif dan komprehensif. Salah satu peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien Ca Paru ialah untuk mengurangi gelaja yang dialami pasien agar mencegah perburukan penyakit. Penerapan *Evidence Base Nursing* merupakan salah satu strategi pemberian

asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan penelitian. Pemberian posisi semi-fowler merupakan posisi yang biasanya diberikan kepada pasien dengan sesak nafas yang beresiko mengalami penurunan saturasi oksigen dengan derajat kemiringan 30-45°. Posisi semi-fowler dapat meningkatkan expansi paru dan menurunkan frekuensi sesak napas dikarenakan dapat membantu otot pernapasan mengembang maksimal sehingga pemberian posisi *semi-fowler* efektif dalam meningkatkan nilai saturasi oksigen.

Berdasarkan uraian diatas maka Ca Paru merupakan masalah Kesehatan yang serius yang membutuhkan perhatian penuh bukan hanya pemerintah tetapi semua kalangan terlebih petugas Kesehatan khususnya perawat. Maka penulis tertarik untuk memaparkan masalah tersebut dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir (KIA) tentang “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Ca Paru di Ruang Keperawatan Bernadeth II Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

## B. Tujuan penulisan

Tujuan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CA Paru di Ruang Perawatan Bernadeth 2 Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

   Adapun tujuan khusus penulisan Karya Ilmiah ini diharapkan penulis mampu :

   a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan CA Paru.
   b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan CA Paru.
   c. Merencanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan CA Paru.

d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan CA Paru yang berbasiskan *Evidence Based Nursing (EBN).*
e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan CA Paru.

## C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Sebagai sumber informasi bagi Rumah Sakit dalam upaya peningkatan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien dengan Ca Paru berdasarkan *Evidence Based Nursing*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi profesi keperawatan untuk berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian dan kematian Ca paru dengan pemberian pendidikan kesehatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Sebagai referensi bagi mahasiswa/i untuk memperoleh ilmu dan menjadi sumber referensi dalam proses belajar asuhan.

## D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Ilmiah ini penulisan menggunakan pendekatan dalam mengumpulkan data atau informasi dengan cara sebagai berikut:

1. Studi Kepustakaan

   Mencari literatur-literatur yang berasal dari buku-buku ilmu keperawatan, internet dan buku-buku yang berhubungan dengan karya ilmiah ini.

2. Studi Kasus

   Studi kasus ini meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksaan tindakan, evaluasi tindakan serta mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan.

Untuk mencapai beberapa hal di atas maka penulis mengunakan teknik:

a. Observasi

   Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

b. Wawancara

   Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

c. Pemeriksaan fisik

   Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Diskusi

   Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter dan rekan-rekan mahasiswa.

e. Dokumentasi

   Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan pasien termasuk hasil tes diagnostik.

f. Pengamatan Kasus

   Penulis melakukan pengamatan langsung terhadap respon pasien terhadap diagnosis penyakit, pemeriksaan penunjang serta mengikuti dan melaksanakan asuhan keperawatan.

## E. Sistematika Penulisan

Penulisan Karya Ilmiah ini terdiri dari: Bab I Pendahuluan memuat latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan pustaka, menguraikan tentang Konsep Dasar Medis yakni defenisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan penunjang, penatalaksaan medis dan komplikasi. Konsep Dasar Keperawatan yakni pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, *discharge planning* dan

*patoflowdiagram*. Bab III Pengamatan Kasus, berisi ilustrasi kasus, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab IV Pembahasan kasus, berisi tentang pembahasan askep, pembahasan penerapan *Evidence Based Nursing*. Bab V Penutup, berisi simpulan dan saran.

# BAB II
# TINJAUAN PUSTAKA

## A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

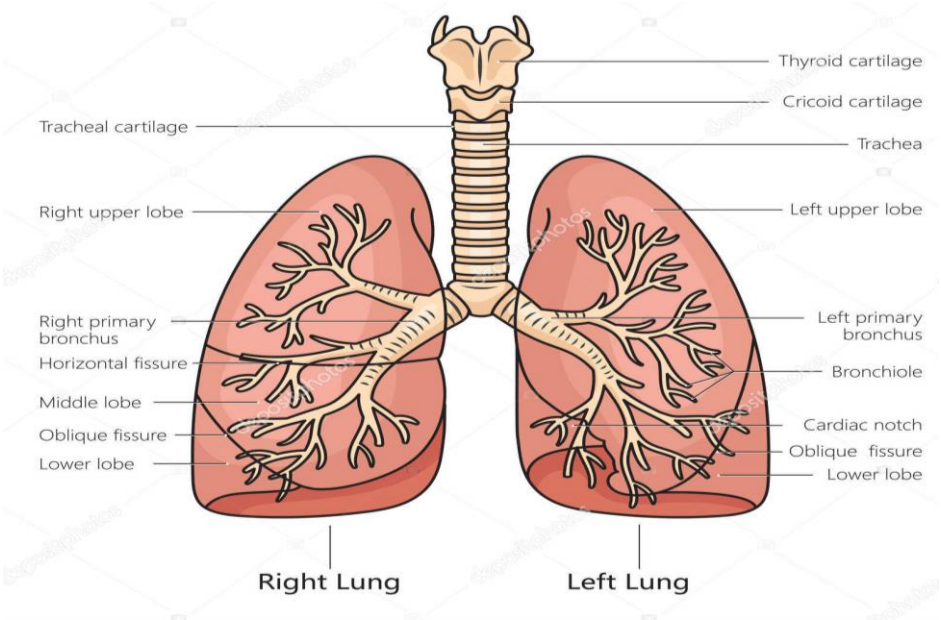
Kanker paru adalah semua penyakit keganasan pada jaringan paru. Keganasan tersebut dapat berasal dari paru sendiri (*primer*) maupun keganasan dari luar paru (metastasis) (Kemenkes RI , 2020).

Kanker paru dalam arti luas adalah semua penyakit keganasan paru, mencakup keganasan yang berasal dari paru sendiri (*primer*) dan metastasis tumor di paru. Definisi khusus untuk paru primer yaitu tumor ganas yang berasal dari epitel bronkus yang dapat disebabkan oleh sejumlah karsinogen, lingkungan, terutama oleh asap rokok. Metastasis tumor di paru adalah tumor yang tumbuh sebagai akibat penyebaran (metastasis) dari tumor primer organ lain (Yudha, 2017).

Kanker paru-paru adalah jenis kanker yang dimulai Ketika sel-sel abnormal tumbuh secara tidak terkendali di paru-paru, ini adalah masalah Kesehatan serius yang dapat menyebabkan kerusakan parah dan keamtian. Gejala kanker paru-paru antara lain batuk yang tidak kunjung sembuh, nyeri dada, dan sesak napas (Word Health Organization, 2023)

Berdasarkan pengertian diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa kanker paru (Ca paru) yang disebabkan dari tumor ganas yang berasal dari bronkus (karsinoma bronkus/*bronchogenic carcinoma*) yang mengalami penyebaran (metastasis) dari tumor organ lain.

2. Anatomi Fisiologi




Gambar 2. 1 Anatomi Paru
(Sumber: Khadijah et al., 2020)

Paru merupakan organ yang elastis dan terletak di dalam rongga dada bagian atas, bagian samping dibatasi oleh otot dan rusuk dan bagian bawah dibatasi oleh diafragma yang berotot kuat. Paru terdiri dari dua bagian yang dipisahkan oleh mediastinum yang berisi jantung dan pembuluh darah. Paru kanan mempunyai tiga lobus yang dipisahkan oleh fissura obliqus dan *horizontal*, sedangkan paru kiri hanya mempunyai dua lobus yang dipisahkan oleh fissura obliqua. Setiap lobus paru memiliki bronkus lobusnya masing-masing. Paru kanan mempunyai sepuluh segmen paru, sedangkan paru kiri mempunyai sembilan segmen (Sri et. al, 2023).

Paru diselubungi oleh lapisan yang mengandung kolagen dan jaringan elastis, dikenal sebagai *Pleura Visceralis* sedangkan lapisan yang menyelubungi rongga dada dikenal sebagai pleura parietalis. Di antara kedua pleura terdapat cairan pleura yang berfungsi untuk memudahkan kedua permukaan pleura bergerak selama bernafas dan

untuk mencegah pemisahan *thoraks* dan paru. Tekanan dalam rongga pleura lebih rendah dari tekanan atmosfer, sehingga mencegah terjadinya kolaps paru. Selain itu rongga pleura juga berfungsi menyelubungi struktur yang melewati hilus keluar masuk dari paru. Paru dipersarafi oleh pleksus pulmonalis yang terletak di anterior dan posterior bronkus. Pleksus pulmonalis terdiri dari serabut simpatis (dari truncus simpaticus) dan serabut parasimpatis (dari arteri vagus). Serabut eferen dari pleksus ini mempersarafi otot-otot bronkus dan serabut aferen diterima dari membran mukosa bronkioli dan alveoli (Cronin et al., 2018).

Paru-paru dan dinding dada adalah 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. Tekanan pada ruangan antara paru-paru dan dinding dada berada di bawah tekanan atmosfer. Fungsi utama paru-paru yaitu 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 tapi pernafasan harus tetap dapat memelihara kandungan oksigen dan karbon dioksida tersebut. Fungsi utama paru-paru yaitu untuk pertukaran gas antara darah dan atmosfer. Pertukaran gas tersebut bertujuan untuk menyediakan oksigen bagi jaringan (Sri et. al, 2023).

3. Etiologi

Menurut Wijaya & Muchtaridi (2017) kanker paru timbul secara lansung pada jaringan paru kanker paru primer). Dapat menimbulkan metastasis di beberapa organ lain seperti otak, tulang, hati. Sedangkan metastasis dari proses keganasan pada organ lain (kanker paru sekunder) seperti kanker payudara,

kanker serviks, kanker korpus uteri, kanker testis, kanker usus, kanker tiroid.

Ada beberapa faktor yang dianggap berpengaruh terhadap CA Paru:

a. Asap rokok/merokok

   Asap rokok menjadi faktor utama penyebab kanker paru. Suatu hubungan yang defenitif telah ditegakkan antara perokok berat (lebih dari dua puluh batang sehari) dari kanker paru (karsinoma bronkogenik). Perokok saperti ini cenderung sepuluh kali lebih besar daripada perokok ringan. Selanjutnya orang perokok berat yang sebelumnya dan telah meninggalkan kebiasaannya akan kembali ke pola resiko bukan perokok dalam waktu sekitar sepuluh tahun. Hidrokaron karsinogenik telah ditemukan dalam tembakau rokok yang jika dikenakan pada kulit hewan akan menimbulkan tumor tar. Tar akan menempel dipermukaan saluran napas cukup lama sehingga menyebabkan perubahan sel normal menjadi sel ganas.

b. Paparan industri; abses, uranium, krimat, arsen (insektisda), besi dan oksida besi (radiasi) Insiden kanker paru yang tinggi pada penambang kobal di *Schneeberg* dan penambang radium di *Joachimstha*l (lebih dari 50% meninggal akibat kanker paru) berkaitan dengan adanya bahan radioaktif dalam bentuk radon. Bahan ini diduga agen atiologi operatif.

c. Kanker paru akibat kerja

   Terdapat insiden yang tinggi dari pekerja yang terpapar dengan karbonit nikel (pelebur nikel) dan arsenic (pembasmi rumput). Pekerja pemecah hematit (batu hematit atau biji besi) dan orang-orang yang bekerja dengan asbestos dan dengan kromat juga mengalami peningkatan insiden.

d. Polusi udara

Orang yang tinggal di perkotaan mempunyai angka kanker paru lebih tinggi daripada orang yang tinggal di desa dan walaupun telah diketahui adanya karsinogen dari industri dan uap diesel dalam atmosfer kota.

e. Diet dan konsumsi bahan pengawet

Akibat rendahnya konsumsi betakaroten, selenium dan vitamin A menyebabkan tingginya resiko terkena kanker paru. Jaringan parut akibat penyakit TB paru dan Infark paru (S. Wijaya et al., 2024).

4. Patofisiologi

Pada beberapa faktor penyebab kanker paru seperti merokok, polusi udara, bahan industri menyebabkan zat kimia hinggap di sub bronkus sehingga terjadi inflamasi yang menyebabkan proses deskuamasi dan cilia lepas, hingga terjadi pengendapan zat karsinogen. Dengan adanya pengendapan zat karsinogen maka terjadi metaplasia, *dysplasia*, hyperplasia yang mengakibatkan pertumbuhan lesi abnormal menyebar pada seluruh cabang bronkus serta tumor menahun yang menyebabkan kanker paru. Pertumbuhan lesi abnormal juga menyebabkan cairan eksudat dan transudat meningkat dan menyebabkan cairan menumpuk di rongga pleura sehingga terjadilah efusi pleura yang menyebabkan terjadinya sesak napas.

Kanker (karsinoma) merupakan suatu penyakit yang dimulai saat terjadinya proliferasi sel abnormal, sebagai akibat dari mutasi genetik DNA, yang membentuk klon dan berproliferasi dengan mengabaikan sinyal yang mengatur pertumbuhan dan lingkungan sekitar sel, sampai pada suatu tahap sel mempunyai ciri-ciri invasi dan mengubah jaringan-jaringan disekitarnya. Sel-sel tersebut dapat menginfiltrasi melalui saluran limfe dan saluran darah,

melalui kedua saluran ini sel-sel kanker dapat meyebar kebagian tubuh yang lain (metastase) (S. Wijaya et.al, 2024).

Perubahan ini mungkin dapat dipulihkan melalui mekanisme perbaikan DNA atau dapat mengakibatkan mutasi seluler permanen, namun mutasi ini tidak berdampak signifikan bagi sel-sel sampai jika sel tidak terpajan berulang dengan agens, proses ini disebut dengan promosi, selama promosi terjadi pemajanan berulang yang menyebabkan pertumbuhan sel abnormal, proses ini membutuhkan waktu yang *relative* yang lama (periode laten). Periode laten pada mutasi seluler sangat beragam sesuai dengan tipe agens dan dosis promotor dan sifat sel target. Setelah tahapan promosi selesai tahapan ketiga dari karsinogenesis adalah progresi, dimana sel-sel yang mengalami perubahan bentuk selama inisiasi dan promosi melakukan perilaku sel maligna, pola pertumbuhan sel kanker meliputi dysplasia, anaplasia, dan neoplasia. Selanjutnya sel akan akan menginvasi, invasi merupakan proses pertumbuhan tumor primer ke sekeliling jaringan hospes. Proses invasi terjadi dalam beberapa cara, tekanan mekanis yang dikeluarkan oleh neoplasma yang berproliferasi dengan cepat dapat mendorong tonjolan-tonjolan sel-sel tumor seperti jari ke dalam jaringan sekitar dan ruang interstisial. Sel-sel maligna dapat terlepas dari tumor primer dan menginvasi struktur yang berdekatan. Sel-sel maligna mempunyai enzim destruktif spesifik seperti: kolagenesis (spesifik pada kolagen), *activator plasminogen* (spesifik terhadap plasma), dan hidrolisis lisosomal yang berfungsi untuk merusak jaringan sekitar (S. Wijaya et al., 2024).

5. Manifestasi Klinik

Menurut Wijaya & Muchtaridi (2017) gejala klinis penyakit kanker paru tidak banyak berbeda dari penyakit paru lainnya,

terdiri dari keluhan subjektif dan gejala objektif. Dari anamnesis akan didapat keluhan utama dan perjalanan penyakit, serta faktor-faktor lain yang sering sangat membantu tegaknya diagnosis. Keluhan utama seperti:

b. Batuk kronik

Batuk kronik merupakan gejala yang sering tampak dan paling menyedihkan pada orang dengan kanker paru. Batuk bisa dengan atau tanpa dahak, dahak dapat berwarna putih atau purulen. Batuk hadir pada 65-75% dari pasien dengan kanker paru dan lebih dari 25% memiliki batuk produktif.

c. Batuk darah

Batuk darah merupakan keluhan utama dari 6-35% pasien kanker paru. Sekitar 20-30% pasien akan mengalami hemoptysis, dengan 3% mengalami batuk darah yang parah.

d. Sesak napas

Sesak napas menjadi gejala yang muncul di awal pada 60% pasien kanker paru. Hal ini terjadi karena oklusi tumor pada saluran pernapasan utama atau parenkim paru, efusi pleura, pneumonia, serta komplikasi terapi baik kemoterapi maupun radioterapi seperti pneumonitis.

e. Nyeri dada

Nyeri dada adalah gejala yang umum terjadi pada sekitar 50% pasien pada saat diagnosis. Ketidaknyamanan sering tidak jelas dan hilang timbul. Invasi dinding dada seringkali ditandai dengan nyeri pleuritis yang menetap.

f. Sindroma Pancoast

Sindroma Pancoast merupakan jenis kanker langka yang dimulai di bagian atas paru-paru. Sindroma Pancoast timbul dari lesi pada sulkus superior paru dengan keterlibatan pleksus brakialis dan saraf simpatis servikal. Gejala yang tampak terutama berupa nyeri hebat di daerah bahu yang

memancar ke arah ketiak dan skapula sepanjang ulnar dan otot-otot tangan, atrofi otot lengan dan tangan, serta sindroma *Horner*.

g. Lain-lain

Pembesaran kelenjar getah bening terjadi di laring. Suara serak terjadi karena paralisis *nervus laringeus rekurens* dan terjadi pada 2-18% pasien. Sulit atau sakit saat menelan pada pasien dengan obstruksi *esophagus* juga sering terjadi.

6. Tes Diagnostik

Menurut Purba et al. (2015) beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Radiologi

Pemeriksaan radiologi adalah pemeriksaan yang paling utama dipergunakan untuk mendiagnosa kanker paru. Kanker paru memiliki gambaran radiologi yang bervariasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan keganasan tumor dengan melihat ukuran tumor, kelenjar getah bening, dan metastasis ke organ lain.

b. Sitologi

Merupakan metode pemeriksaan kanker paru yang mempunyai nilai diagnostik yang tinggi dengan komplikasi yang rendah. Pemeriksaan dilakukan dengan mempelajari sel pada jaringan. Pemeriksaan sitologi dapat menunjukkan gambaran perubahan sel, baik pada stadium prakanker maupun kanker. Pemeriksaan sputum adalah salah satu teknik pemeriksaan yang dipakai untuk mendapatkan bahan sitologik.

c. Bronkoskopi

Setiap pasien yang dicurigai menderita tumor bronkus merupakan indikasi untuk bronkoskopi. Dengan menggunakan bronkoskop fiber optik, perubahan mikroskopik mukosa bronkus dapat

dilihat berupa nodul atau gumpalan daging. Bronkoskopi akan lebih mudah dilakukan.

7. Penatalaksanaan Medik
    a. Manajemen tanpa pembedahan
        1) Terapi oksigen

            Jika terjadi hipoksemia, pasien harus diberikan oksigen masker atau nasal canula sesuai dengan kebutuhan. Oksigen dapat diberikan sesuai kebutuhan untuk memperbaiki dispnea dan rasa cemas.
        2) Terapi obat

            Jika pasien mengalami bronkospasme, segera diberikan obat golongan *bronkodilator* dan golongan kortikosteroid. Fungsinya untuk mengurangi *bronkospasme*, inflamasi, dan edema.
        3) Kemoterapi

            Kemoterapi adalah pengobatan yang bisa diberikan pada pasien kanker paru, terutama yang masih di tahap *small-cell lung cancer* karena metastasis. Pengobatan kemoterapi bisa juga dilakukan bersamaan dengan pengobatan dengan pembedahan.
        4) Imunoterapi

            Bagi pasien penderita kanker paru yang mengalami gangguan imun, dapat diberikan imunoterapi.
        5) Terapi radiasi

            Indikasi:

            a) Pasien dengan tumor paru yang dapat di operasi, tetapi berisiko jika dilakukan operasi
            b) Pasien dengan kanker adenokarsinoma atau sel skuamosa inoperable di mana terdapat pembesaran kelenjar getah bening pada hilus ipsilateral dan mediastinal

c) Pasien kanker bronkhus dengan oat cell

d) Pasien kambuhan sesudah lobektomi atau pneumonektomi

Komplikasi:

a) Esofagitis: Hilang satu minggu sampai dengan sepuluh hari sesudah pengobatan

b) Pneumonitis: Pada rontgen terlihat bayangan eksudat di daerah penyinaran

6) Terapi laser bronkoskopi

Terapi laser bronkoskopi dimungkinkan dapat mengangkat lesi bronkial yang menghalangi. Laser Nd: YAG (*neodymium-doped yttrium aluminum garnet*) merupakan laser yang biasanya digunakan untuk reseksi dengan menggunakan bronkoskopi. Terapi ini merupakan pengobatan obstruksi endobronkial yang efektif dan aman.

*7)* *Thoracentesis* dan *pleurodesis*

Efusi pleura dapat menjadi masalah bagi penderita kanker paru. Efusi timbul akibat adanya tumor pada pleura *visceralis* dan parietalis dan obstruksi kelenjar limfe mediastinal. Tujuan dari prosedur *thoracentesis* dan *pleurodesis* ialah untuk mengatasi penumpukan cairan pada rongga pleura.

8) Terapi fotodinamik

Terapi ini digunakan untuk pasien kanker paru stadium awal yang terbatas pada lapisan luar saluran pernapsan. Terapi ini juga dapat mengangkat lesi yang menghalangi jalan napas.

*9)* *Airway setting*

*Airway setting* adalah prosedur yang sering dilakukan, yang biasanya digunakan untuk meringankan dispnea, batuk, atau insufisiensi pernapasan. Keuntungan dari adanya *airway setting* adalah mendukung dinding jalan

napas dalam melawan kolaps atau kompresi eksternal. Selain itu, alat ini juga dapat menunda ekstensi tumor kedalam lumen jalan napas.

10) Ablasi radiofrekuensi

Terapi ini digunakan untuk menangani NSCLC yang berada ditepi luar paru. Terapi ini merupakan cara alternatif bagi pasien yang tidak dapat dilakukan pembedahan.

b. Manajemen bedah

1) Dilaksanakan bagi pasien pada stadium I dan II jenis karsinoma, adenokarsinoma, dan karsinoma sel besar.
2) Dilaksanakan khusus bagi pasien stadium III yang mencakup tiga kriteria:
   a) Karakter biologis tumor:
      (1) Hasil baik: tumor dari sel skuamosa dan epidermoid II
      (2) Hasil cukup baik: adenokarsinoma dan karsinoma sel besar
      (3) Hasil buruk: karsinoma oat *cell* (karsinomal sel kecil
   b) Letak tumor dan pembagian stadium klinik. Untuk menentukan letak pembedahan
   c) Keadaan fungsional penderita (Arianto et.al, 2021).

8. Komplikasi

Komplikasi yang sering dijumpai akibat dari kanker paru adalah efusi pleura dengan cairan hematoma-sanguinus dalam jumlah besar dan cepat sekali berproduksi. Selain itu dapat terjadi infark vaskuler karena pertumbuhan proses keganasan ini begitu cepat sehingga melampaui kemampuan suplai pembuluh darah baru setempat (neovasogenesis). Infark ini kemudian disusul oleh infeksi sekunder sehingga terbentuk abses di bagian paru.

Tentunya pula, semakin banyak jaringan paru yang berubah menjadi jaringan kanker serta semakin banyak pula bronkus yang tersumbat, mengakibatkan penderita semakin sesak. Komplikasi lain yang cukup sering terjadi ialah hemoptisis, yang dapat sedikit-sedikit maupun dalam jumlah banyak (*profuse*). Komplikasi kasi diluar paru timbul karena metastasis ke tulang pinggang/tulang punggung maupun ke esktremitas yang disertai dengan rasa nyeridan susul oleh fraktur patologis.

## B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Arianto et al. (2021) pada pasien kanker paru akan ditemukan data sebagai berikut :

a. Identitas klien

Meliputi: nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku, bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medis, nomor registrasi.

b. Keluhan utama

Biasanya pasien mengeluh batuk, batuk produktif, batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada serta badan terasa lemas.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pasien mengeluh masih sesak nafas, masih terasa nyeri dada dan batuk-batuk serta sekret.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pasien mempunyai riwayat merokok dan pernah tinggal di daerah industri atau pasien cenderung berada di lingkungan perokok.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya dalam keluarga mempunyai riwayat penyakit kanker paru atau bisa juga karena kanker lainnya.

f. Pengkajian Kebutuhan Dasar (ADL):

1) Pola makan

Biasanya nafsu makan berkurang karena adanya sekret dan terjadi kesulitan menelan sehingga menyebabkan penurunan berat badan

2) Pola minum

Biasanya frekuensi minum meningkat (rasa haus)

3) Pola tidur

Biasanya pasien susah tidur karena adanya batuk dan nyeri dada

4) Pola aktivitas

Biasanya pasien sering keletihan, kelemahan, dan ketidakmampuan mempertahankan kebiasaan rutin karena adanya nyeri dada yang dirasakan

5) Pola eliminasi

Biasanya diare yang hilang timbul dan juga peningkatan frekuensi atau jumlah urin akibat ketidakseimbangan hormonal (tumor epidermoid)

g. Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan umum

Biasanya pasien tampak lemah dan sesak nafas disertai dengan nyeri dada

b) Kepala

Biasanya tampak normal, simetris, rambut tampak hitam tidak ada lesi di kulit kepala.

c) Mata

Biasanya simetris kiri dan kanan, sklera tidak ikterik, konjungtiva anemia, biasanya pada pasien tampak lingkar hitam akibat kurang tidur atau istirahat

d) Hidung

Biasanya simetris, tidak ada edema

e) Mulut dan gigi

Biasanya berbau, karies gigi, mukosa bibir kering

f) Telinga

Biasanya tidak ada nyeri tekan, tidak ada serumen.

g) Leher

Biasanya terdapat deflasi trakea

h) Thorax

Inspeksi : Biasanya didapatkan pergerakkan dada bisa asimetris apabila terjadi komplikasi efusi pleura dengan hemoragi.

Palpasi : Biasanya didapatkan ekspansi terbatas dan taktil fremitus biasanya menurun

Perkusi : Biasanya didapatkan suara redup.

Auskultasi: Biasanya didapatkan bunyi stridor lokal, wheezing unilateral didapatkan apabila karsinoma melibatkan penyempitan bronkus dan ini merupakan tanda khas tumor bronkus

i) Jantung

Inspeksi : Biasanya didapatkan ictus kordis terlihat

Palpasi : Biasanya didapatkan ictus kordis teraba

Auskultasi: Biasanya irama beraturan.

j) Abdomen

Inspeksi : Biasanya tidak ada asites, tidak ada pembengkakan.

Palpasi : Biasanya tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Biasanya bunyi tympani

Auskultasi: Biasanya bising usus terdengar.

k) Ekstremitas

Atas : Biasanya didapatkan CRT < 2 detik, akral dingin, tidak ada edema

Bawah : Biasanya didapatkan CRT < 2 detik, akral dingin, tidak ada edema

2. Diagnosa keperawatan

Menurut SDKI (2018) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien Ca Paru adalah sebagai berikut:

a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
c. Nyeri akut berhubungan dengan penekanan saraf oleh kanker paru
d. Defisit nutrisi berhubungan dengan penggunaan energi kurang dari asupan
e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan sulplai oksigen

3. Perencanaan Keperawatan

Menurut SIKI (2018) dibawah ini rencana keperawatan yang dibuat berkaitan dengan masalah yang dialami oleh penderita Ca Paru :

a) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
    1) SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: Batuk efektif meningkat produksi sputum menurun, mengi menurun, *wheezing* menurun, mekonium (pada neonatus) menurun
    2) Intervensi:
        (1) Observasi
            (a) Monitor pola napas (frekuensi, irama, kedalam, dan upaya napas)
            (b) Monitor bunyi napas tambahan
            (c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

(2) Terapeutik
(a) Pertahankan kepatenan jalan napas
(b) Posisikan semi-fowler atau fowler
(c) Berikan minuman hangat
(d) Lakukan fisioterapi dada
(e) Lakukan penghisapan lendir akan hiperoksigenasin sebelum penghisapan endotrakeal
(f) Keluarkan sumbatan benda padat
(g) Berikan oksigen
(3) Edukasi
(a) Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak ada

b) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
1) SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat mengontrol pola napas membaik dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, pusing menurun, penglihatan kabur menurun, diaforesis menurun, gelisah menurun, napas cuping hidung menurun, PCO2 membaik.
2) Intervensi :
(1) Observasi
(a) Monitor pola napas (frekuensi, irama, kedalam, dan upaya napas)
(b) Monitor bunyi napas tambahan
(c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
(2) Terapeutik
(a) Pertahankan kepatenan jalan napas
(b) Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*
(c) Berikan minuman hangat
(d) Lakukan fisioterapi dada

(e) Lakukan penghisapan lendir akan hiperoksigenasin sebelum penghisapan endotrakeal.
(f) Keluarkan sumbatan benda padat.
(g) Berikan oksigen.

(3) Edukasi
(a) Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak ada

c) Diagnosis keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan penekanan saraf oleh kanker paru

1) SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri membaik dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun

2) Intervensi :

(a) Observasi
(1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
(2) Identifikasi skala nyeri
(3) Identifikasi respon nyeri non verbal
(4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
(5) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

(b) Terapeutik
(1) Berikan teknik *nonfarmakologis* untuk mengurangi nyeri (TENS, hypnosis, terapi musik, terapi pijat, kompres hangat/ dingin)
(2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
(3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

(c) Edukasi
(1) Jelaskan strategi meredakan nyeri

(2) Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

(d) Kolaborasi

(a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

d) Diagnosis Keperawatan: Defisit nutrisi berhubungan dengan penggunaan energi kurang dari asupan.

1) SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat mengontrol status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT) membaik.

2) Intervensi:

(a) Observasi

(1) Identifikasi status nutrisi

(2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

(3) Identifikasi makanan yang disukai

(4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi

(5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

(6) Monitor asupan makanan

(7) Monitor berat badan

(8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

(b) Terapeutik

(1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

(2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)

(3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

(4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

(5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

(6) Berikan suplemen makanan, jika perlu

(7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi

(c) Edukasi

(1) Ajarkan posisi duduk, jika mampu

(2) Ajarkan diet yang diprogramkan

(d) Kolaborasi

(1) Ajarkan posisi duduk, jika mampu

(2) Ajarkan diet yang diprogramkan

e) Diagnosis Keperawatan : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan sulplai oksigen

1) SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil Keluhan lelah menurun, dispnea saat aktifitas menurun, dispnea setelah aktifitas menurun, frekuensi nadi membaik

2) Intervensi

(a) Observasi

(1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

(2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

(3) Monitor pola dan jam tidur

(4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

(b) Terapeutik

(1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)

(2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

(3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

(4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

(c) Edukasi

(1) Anjurkan tirah baring
(2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
(3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
(4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

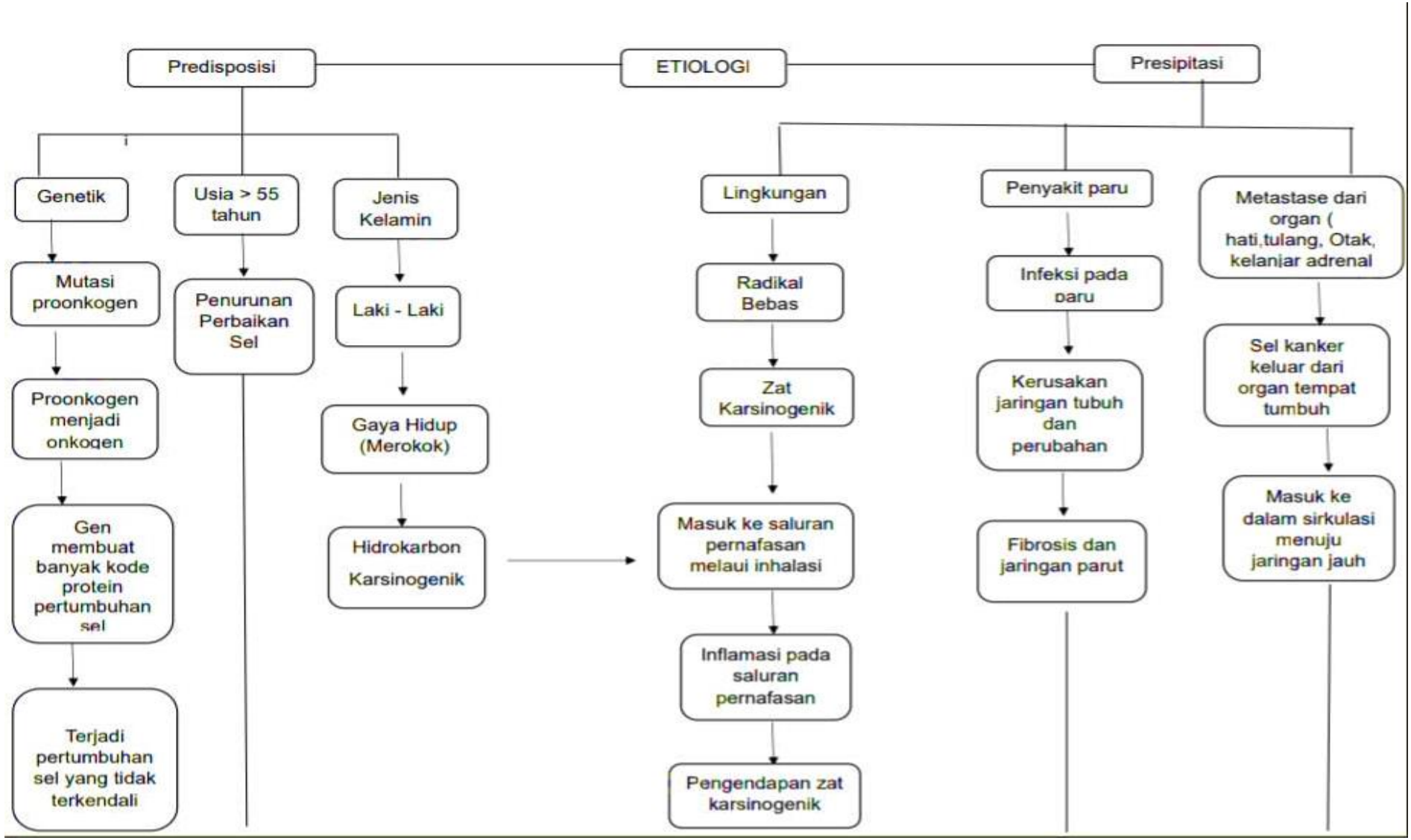
(d) Kolaborasi
(1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

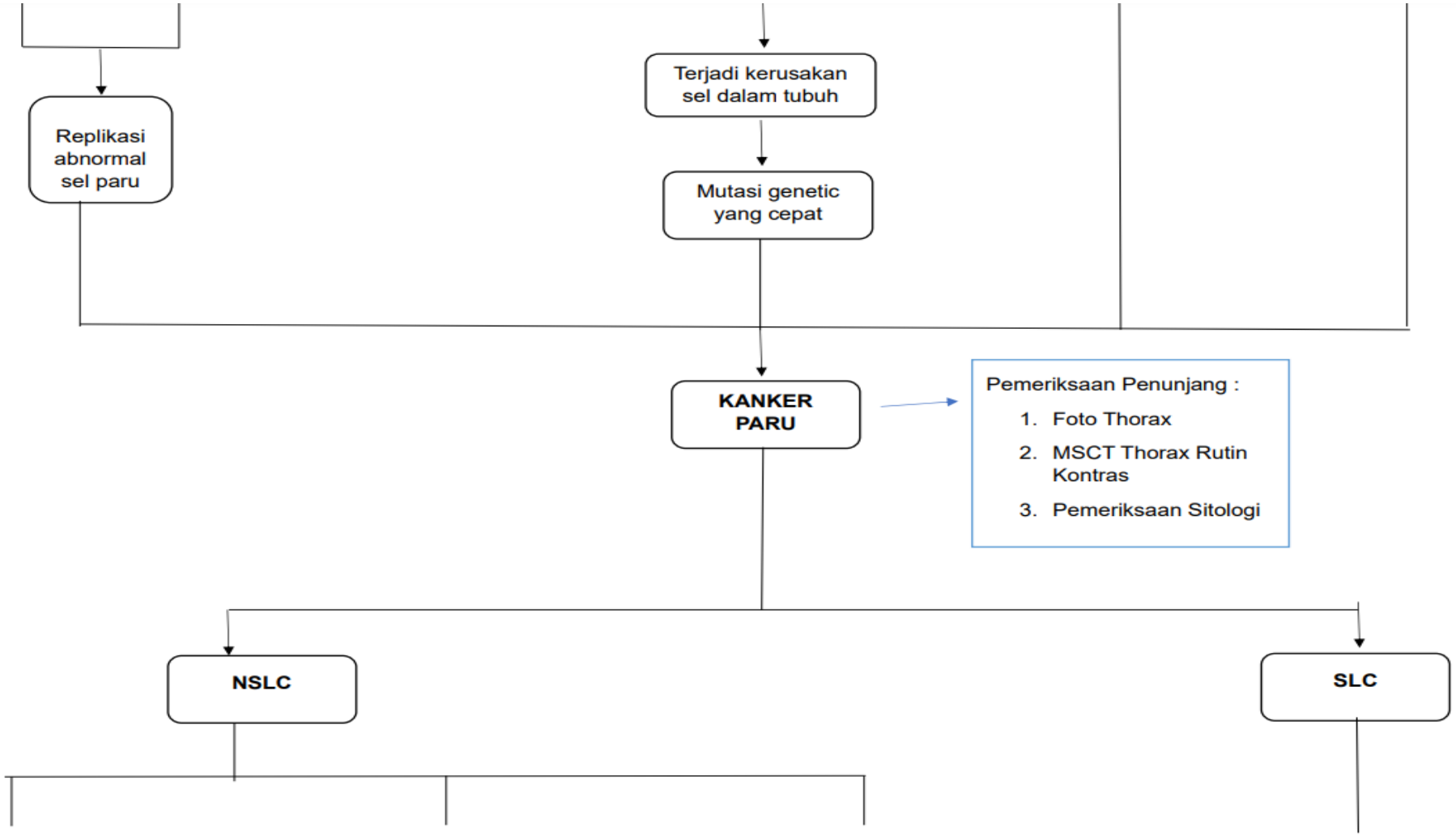
4. Perencanaan Pulang

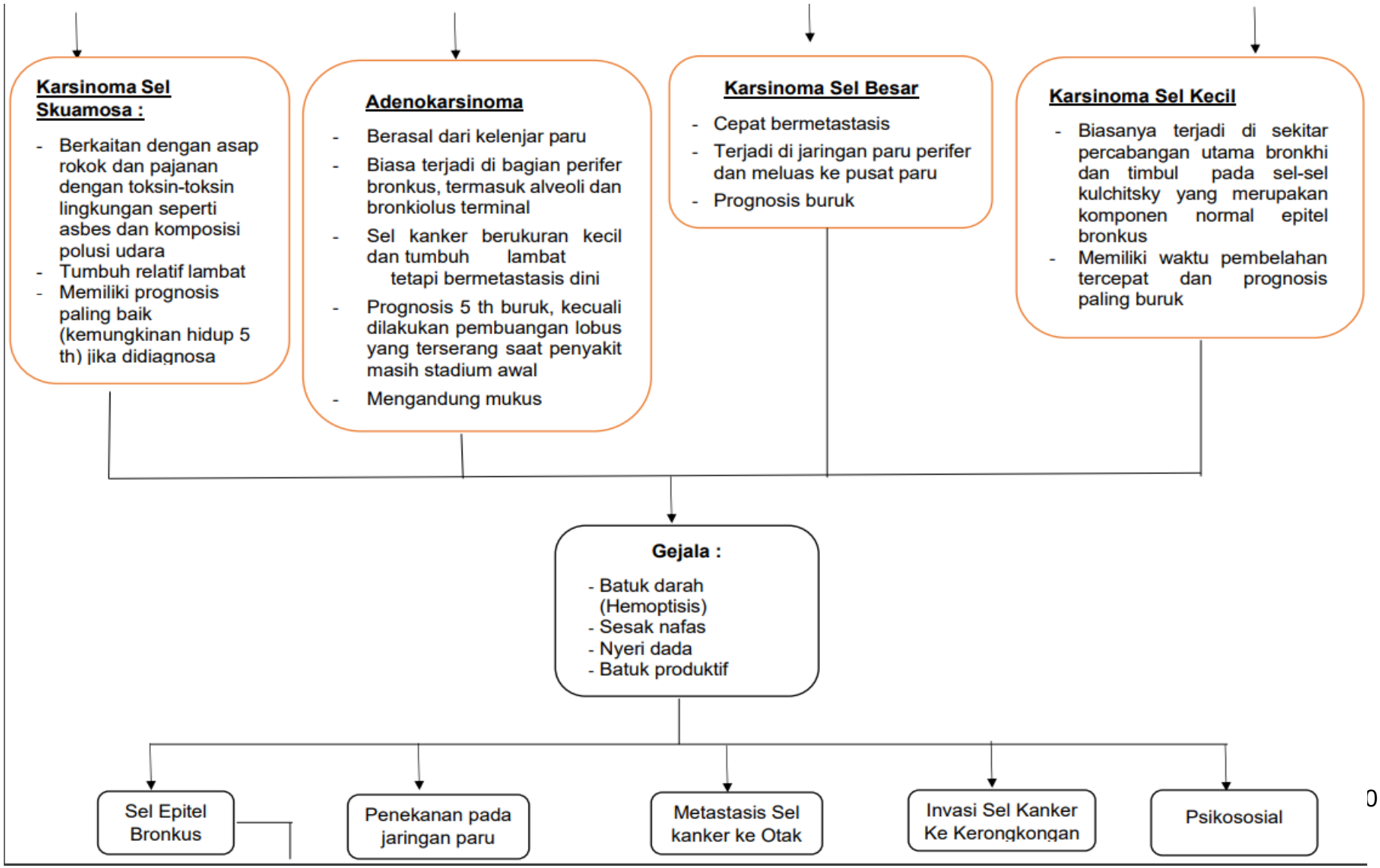
Perencanaan pulang merupakan serangkaian Keputusan dan aktivitas-aktivitas yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang berlanjut dan terkoordinasi Ketika pasien akan pulang dari pelayanan kesehatan. Perencanaan Pulang pada pasien kanker paru antara lain:

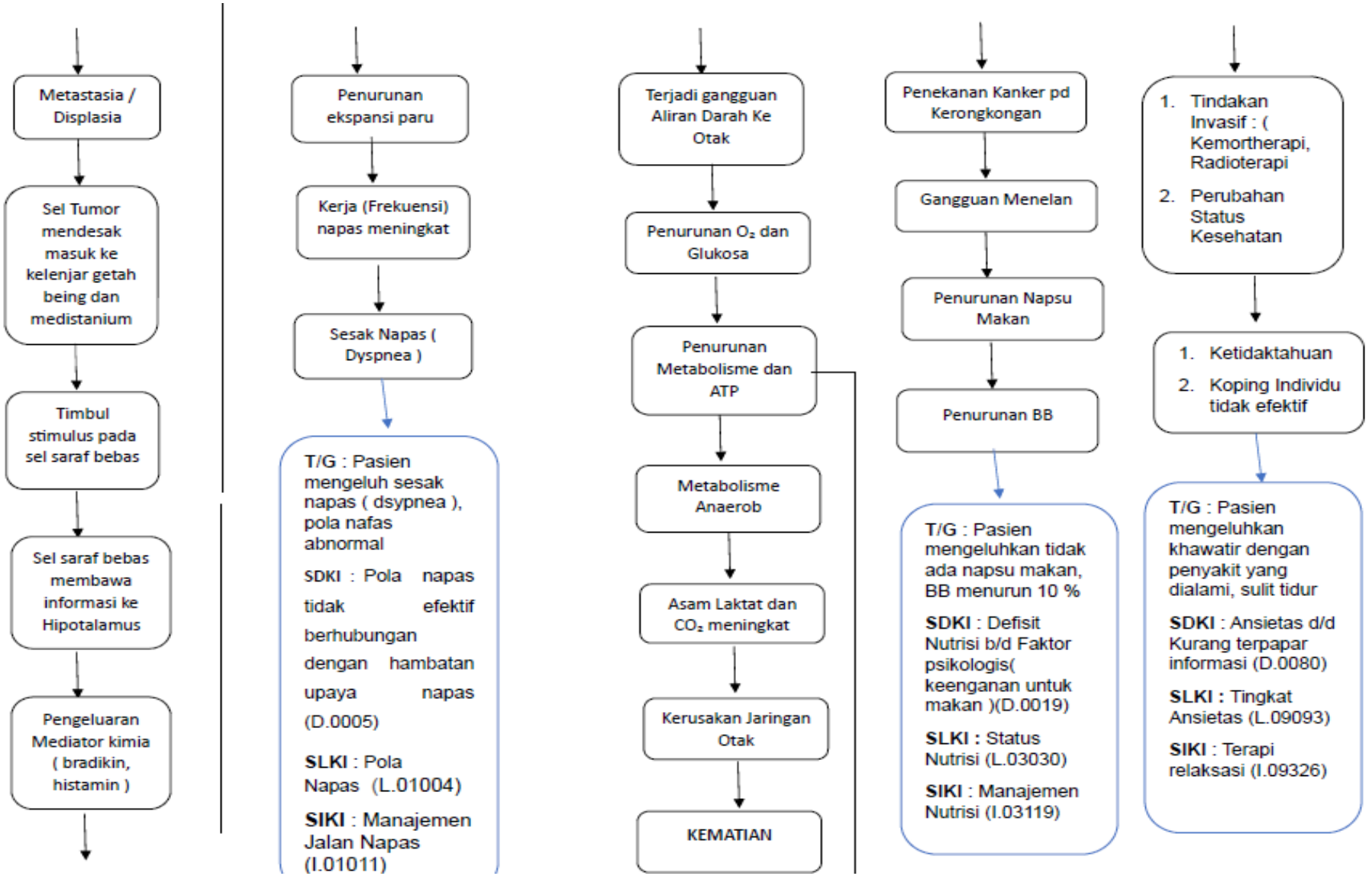
a. Motivasi klien untuk tidak merokok atau tidak berada di dekat orang yang sedang merokok.
b. Hindari daerah yang banyak polusi udara atau pakailah masker untuk mencegah debu masuk ke saluran pernapasan.
c. Ajarkan kepada klien untuk meningkatkan daya tahan tubuh, cukup istirahat, dan makan makanan yang bergizi.
d. Ajarkan kepada klien untuk menghindari menghirup dan memakan zat karsinogenik (asbestos, uranium)

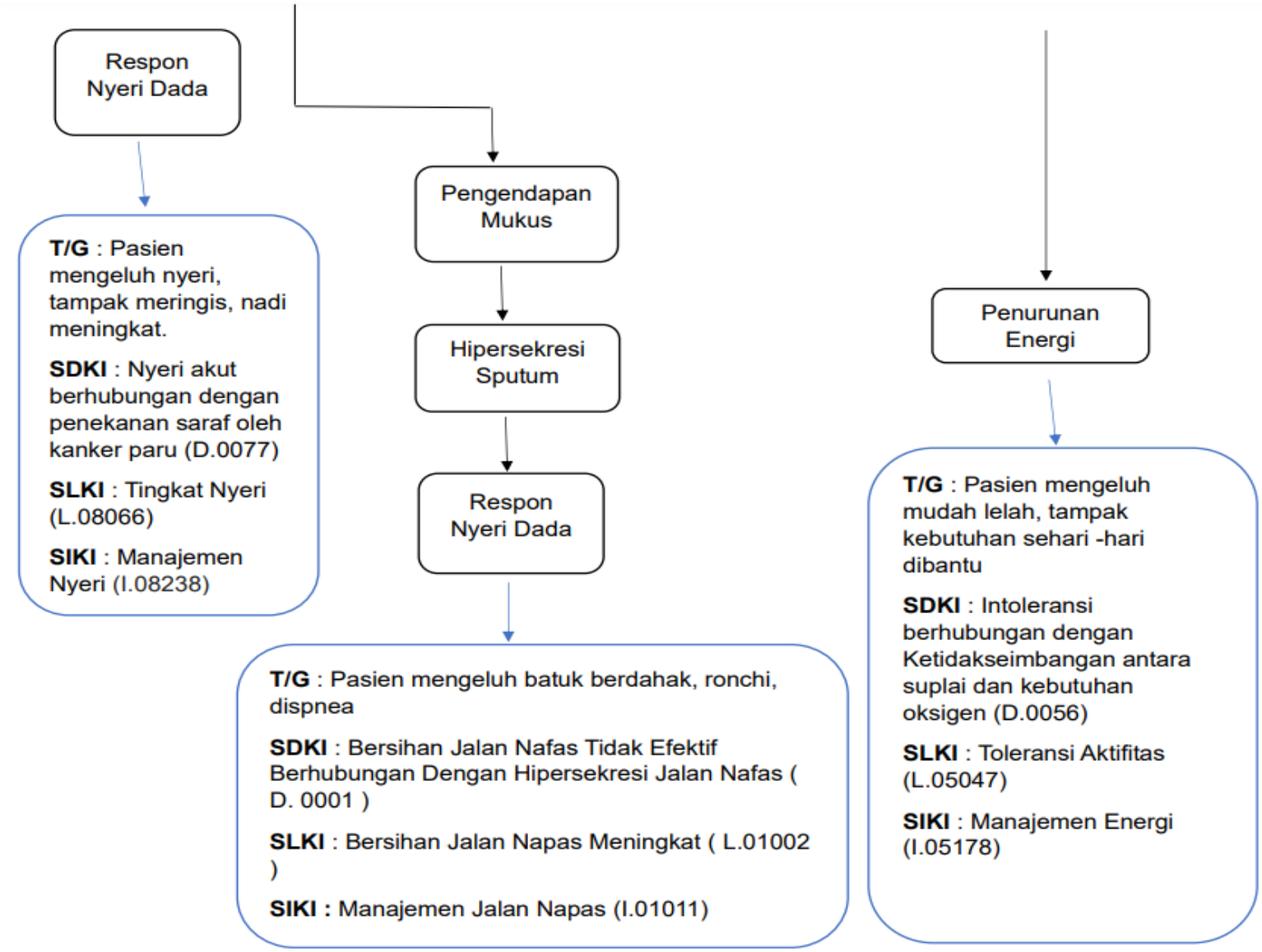
5. Patoflowdiagram Ca Paru




Terjadi kerusakan sel dalam tubuh
Replikasi abnormal sel paru
Mutasi genetic yang cepat
KANKER PARU
Pemeriksaan Penunjang :
1. Foto Thorax
2. MSCT Thorax Rutin Kontras
3. Pemeriksaan Sitologi
NSLC
SLC


Karsinoma Sel Skuamosa :
- Berkaitan dengan asap rokok dan pajanan dengan toksin-toksin lingkungan seperti asbes dan komposisi polusi udara
- Tumbuh relatif lambat
- Memiliki prognosis paling baik (kemungkinan hidup 5 th) jika didiagnosa
Adenokarsinoma
- Berasal dari kelenjar paru
- Biasa terjadi di bagian perifer bronkus, termasuk alveoli dan bronkiolus terminal
- Sel kanker berukuran kecil dan tumbuh lambat tetapi bermetastasis dini
- Prognosis 5 th buruk, kecuali dilakukan pembuangan lobus yang terserang saat penyakit masih stadium awal
- Mengandung mukus
Karsinoma Sel Besar
- Cepat bermetastasis
- Terjadi di jaringan paru perifer dan meluas ke pusat paru
- Prognosis buruk
Karsinoma Sel Kecil
- Biasanya terjadi di sekitar percabangan utama bronkhi dan timbul pada sel-sel kulchitsky yang merupakan komponen normal epitel bronkus
- Memiliki waktu pembelahan tercepat dan prognosis paling buruk
Gejala :
- Batuk darah (Hemoptisis)
- Sesak nafas
- Nyeri dada
- Batuk produktif
Sel Epitel Bronkus
Penekanan pada jaringan paru
Metastasis Sel kanker ke Otak
Invasi Sel Kanker Ke Kerongkongan
Psikososial


Metastasia / Displasia
Sel Tumor mendesak masuk ke kelenjar getah being dan medistanium
Timbul stimulus pada sel saraf bebas
Sel saraf bebas membawa informasi ke Hipotalamus
Pengeluaran Mediator kimia ( bradikin, histamin )
Penurunan ekspansi paru
Kerja (Frekuensi) napas meningkat
Sesak Napas ( Dyspnea )
T/G : Pasien mengeluh sesak napas ( dsypnea ), pola nafas abnormal
SDKI : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)
SLKI : Pola Napas (L.01004)
SIKI : Manajemen Jalan Napas (I.01011)
Terjadi gangguan Aliran Darah Ke Otak
Penurunan $O_2$ dan Glukosa
Penurunan Metabolisme dan ATP
Metabolisme Anaerob
Asam Laktat dan $CO_2$ meningkat
Kerusakan Jaringan Otak
KEMATIAN
Penekanan Kanker pd Kerongkongan
Gangguan Menelan
Penurunan Napsu Makan
Penurunan BB
T/G : Pasien mengeluhkan tidak ada napsu makan, BB menurun 10 %
SDKI : Defisit Nutrisi b/d Faktor psikologis( keenganan untuk makan )(D.0019)
SLKI : Status Nutrisi (L.03030)
SIKI : Manajemen Nutrisi (I.03119)
1. Tindakan Invasif : ( Kemortherapi, Radioterapi
2. Perubahan Status Kesehatan
1. Ketidaktahuan
2. Koping Individu tidak efektif
T/G : Pasien mengeluhkan khawatir dengan penyakit yang dialami, sulit tidur
SDKI : Ansietas d/d Kurang terpapar informasi (D.0080)
SLKI : Tingkat Ansietas (L.09093)
SIKI : Terapi relaksasi (I.09326)


Respon Nyeri Dada
Pengendapan Mukus
Hipersekresi Sputum
Respon Nyeri Dada
Penurunan Energi
T/G : Pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, nadi meningkat.
SDKI : Nyeri akut berhubungan dengan penekanan saraf oleh kanker paru (D.0077)
SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)
SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)
T/G : Pasien mengeluh batuk berdahak, ronchi, dispnea
SDKI : Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hipersekresi Jalan Nafas ( D. 0001 )
SLKI : Bersihan Jalan Napas Meningkat ( L.01002 )
SIKI : Manajemen Jalan Napas (I.01011)
T/G : Pasien mengeluh mudah lelah, tampak kebutuhan sehari -hari dibantu
SDKI : Intoleransi berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)
SLKI : Toleransi Aktifitas (L.05047)
SIKI : Manajemen Energi (I.05178)

# BAB III
# PENGAMATAN KASUS

Pasien dengan Ny. A umur 70 tahun dengan diagnosa CA Paru. Pasien diantar oleh keluarga dan masuk melalui IGD Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 17 April 2024. Pengkajian dilakukan di ruangan Bernadeth I pada tanggal 19 April 2024, didapatkan data: Pasien tampak sesak nafas, frekuensi pernapasan: 27x/mnt, SpO2 93%, terpasang nasul kanul 4 liter/mnt, pasien mengeluh sesak nafas memberat saat beraktifitas dan merasa Lelah setelah beraktifitas, tampak pasien dibantu saat aktivitas ke kamar mandi, mengeluh sulit tidur, pusing tampak pasien cemas dan sering bertanya tentang penyakitnya, kenapa sampai sesak bahkan sampai masuk rumah sakit seperti yang dialami saat ini, padahal pasien selalu merasa sehat serta selalu menjaga kondisi kesehatannya.

Pemeriksaan *Vital Sign* tekanan darah 130/70 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, suhu 36°C. Data lain yang ditemukan dari pasien: pemeriksaan MSCT Thorax Rutin Kontras kesan: Hidropneumothorax kanan, Pemeriksaan Sitologi Cairan Pleura kesan: sediaan sel epitel maligna adecarcinoma. Menurut keluarga pasien sering merasa pusing, sesak nafas disertai nyeri dada sejak 1 bulan lalu, dan memberat sejak 3 hari lalu. Riwayat penyakit yang dialami adalah DM sejak 17 tahun lalu, HT dan *vertigo* kurang lebih 1 tahun.

Berdasarkan data diatas penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas d/d, intoleransi b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, ansietas b/d Kurang terpapar informasi.

## A. Pengkajian

Unit : 1221 Autoanamnese : √

Kamar : B1 Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 17/04/2024

Tanggal pengkajian : 19/04/2024

1. IDENTITAS

a. Pasien

| | |
|---|---|
| Nama initial | : Ny. A |
| Umur | : 70 Tahun |
| Jenis kelamin | : Perempuan |
| Status perkawinan | : Janda |
| Jumlah anak | : 4 |
| Agama/ suku | : Kristen Katolik/Toraja |
| Warga Negara | : Indonesia |
| Bahasa yang digunakan | : Indonesia |
| Pendidikan | : SMA |
| Pekerjaan | : IRT |
| Alamat rumah | : Jln,B.Dg.Ngirale 1 blok 20 |

b. Penanggung Jawab

| | |
|---|---|
| Nama | : Ny. R |
| Umur | : 47 Tahun |
| Alamat | : Jln,B.Dg.Ngirale 1 blok 20 |
| Hubungan dengan pasien | : Anak |

2. DATA MEDIK

Diagnosa medik

| | |
|---|---|
| Saat masuk | : Bronchitis + Asma + Cephalgia |
| Saat pengkajian | : Ca Paru |

3. KEADAAN UMUM

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ~~ringan~~/ sedang / ~~berat~~ / ~~tidak tampak sakit~~

Alasan: pasien mengatakan sesak disertai nyeri dada, pasien mengatakan pusing, tidak bisa di malam hari, dan mudah lelah saat melakukan aktivitas. Tampak pasien lemas, tampak terpasang cairan RL 400cc dan nasal kanul 4 lpm SpO2 93%, tampak pasien dibantu untuk berjalan ke kamar mandi.

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

2) Skala koma *Glasgow* (kuantitatif)

a. Respon motorik : 6

b. Respon bicara : 5

c. Respon membuka mata : 4

Jumlah 15

Kesimpulan: Pasien dalam kondisi kesadaran penuh

3) Tekanan darah : 130/70 mmHg

MAP : 90 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

4) Suhu : 36 $^{0}$C (Axilla)

5) Pernapasan : 27x/menit

Irama : Teratur

Jenis : dada

6) Nadi : 88x/menit

Irama : Teratur dan teraba kuat

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 26 cm

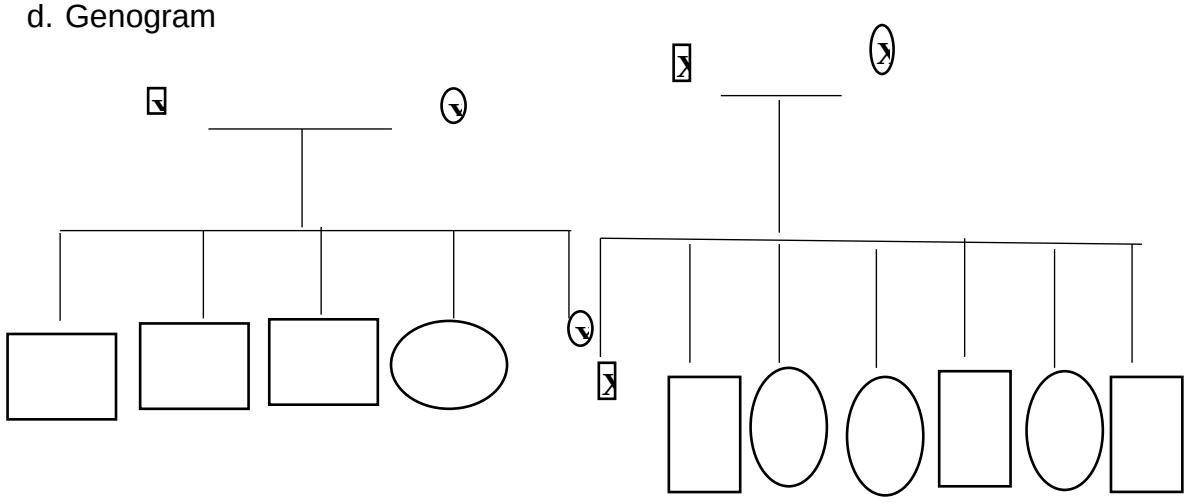
2) Tinggi badan : 150 cm

3) Berat badan : 47 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 20,8

Kesimpulan: Berat badan ideal

d. Genogram



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: Pasien

X :Meninggal

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang merokok. Pasien mengatakan juga selalu menjaga lingkungan rumahnya dari polusi udara. Pasien mengatakan tidak ada penyakit bawaan dari keluarga yang berhubungan dengan masalah paru-paru atau penyakit menular lainnya. Pasien juga mengatakan tidak pernah merasakan gejala penyakit yang berhubungan dengan masalah pernafasan seperti batuk dan asma).

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama : Sesak Napas

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan sesak disertai nyeri dada, pasien mengatakan sering pusing sejak 1 bulan yang lalu dan memberat sejak 3 hari lalu, pasien mengatakan ia tidak bisa di malam hari, dan mudah lelah saat melakukan aktivitas sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien kerumah sakit (IGD).

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami: DM sejak 17 tahun lalu dan vertigo kurang lebih 1 tahun.

d) Riwayat penyakit keluarga : HT + DM

Pemeriksaan fisik:

(1) Kebersihan rambut : Tampak berwarna hitam putih
(2) Kulit kepala : Tampak sedikit terlihat lesi
(3) Kebersihan kulit : Tampak bersih
(4) Higiene rongga mulut : Tampak bersih
(5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit nafsu makan sangat baik, sebelum sakit pasien suka memakan dengan menu ikan, sayur, tempe, ayam, dan buah buahan. Pasien sangat menjaga pola makannya karena menderita DM.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan sangat kurang, tampak pasien makan ½ porsi.

3) Observasi: Tampak pasien lemas

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak rambut sedikit berminyak, rambut berwarna hitam dan putih

b) Hidrasi kulit : Kembali < 3

c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak edema, tampak tidak anemis

d) Sclera : Tampak tidak ikterik

e) Hidung : Tampak bersih

f) Rongga mulut : Tampak mulut bersih

g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan atau sariawan

h) Gigi : Tampak gigi bersih tidak berlubang

gigi palsu : Tampak tidak ada gigi palsu

i) Kemampuan mengunyah keras: Tampak pasien mampu menguyah keras

j) Lidah : Tampak lidah bersih

k) Pharing : Tampak tidak ada peradangan

l) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran

m) Abdomen:

(1) Inspeksi : Tampak perut datar

(2) Auskultasi : Peristaltik usus 15 kali/menit

(3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

(4) Perkusi : Terdengar bunyi *thympani*

n) Kulit:

(1) Edema : Negatif

(2) Ikterik : Negatif

(3) Tanda radang : Tidak ada tanda tanda radang

o) Lesi : Tidak terdapat lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan mampu BAB 3x dalam sehari, dengan konstensi lunak dan BAK 5-8 kali dalam sehari dengan volume kurang lebih 500 cc setiap kali BAK dengan warna kuning jernih.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan selama di rumah sakit tidak pernah BAB, pasien menggunakan *pampers*, untuk eliminasi di bantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi: Tampak pasien menggunakan *pampers*

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 15x/menit
b) Palpasi kandung kemih : Kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : Negatif
d) Mulut uretra : Tidak dikaji
e) Anus : Tidak dikaji
(1) Peradangan : Tidak dikaji
(2) Hemoroid : Tidak dikaji
(3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit mampu melaksanakan seluruh perkerjaan rumah seperti, membersihkan rumah, mencuci baju, memasak, dan pergi ke pasar.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit merasakan sesak nafas memberat saat beraktifitas serta mudah merasa lelah setelah beraktifitas, tampak pasien dibantu saat aktivitas ke kamar mandi.

3) Observasi: Tampak pasien lemas

a) Aktivitas harian:

(1) Makan : 0
(2) Mandi : 2
(3) Pakaian : 2
(4) Kerapihan : 2
(5) Buang air besar : 1
(6) Buang air kecil : 1
(7) Mobilisasi di tmpt tidur : 2

0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan alat dan

b) Postur tubuh : Pasien tampak bungkuk
c) Gaya jalan : Tidak dikaji
d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
e) Fiksasi : Tidak ada
f) *Tracheostomi* : Tidakterpasang *tracheostomi*

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah : 130/70 mmHg
b) HR : 88x/menit
c) Kulit
Keringat dingin : Tampak tidak keringat dingin
Basah : Tampak kulit tidak basah
d) JVP : 5 – 2 cm$H_2O$
Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai
e) Perfusi pembuluh kapiler : Kembali dalam <3 detik
f) Thorax dan pernapasan
(1) Inspeksi:
Bentuk *thorax* : Simetris
Retraksi *intercostal* : Tidak tampak
Sianosis : Tidak ada tanda tanda kebiruan
Stridor : Tidak ada terdengar
(2) Palpasi:
Vocal premitus : Menurun pada keseluruhan lapang paru kanan

Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi : Redup pada bagian kanan

Lokasi : Lapang paru kanan

(4) Auskultasi

Suara napas : Vesikuler menurun pada lapang paru kanan

Suara ucapan : Pada kedua lapang paru

Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

g) Jantung

(1) Inspeksi:

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi:

Ictus cordis : Teraba pada ics 5

(3) Perkusi:

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 liniea mid clavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 lines mid clavicularis sinistra

(4) Auskultasi:

Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS 2 linea sternalis

Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS 5 linea media clavicularis sinistra

Irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit :

Aorta : Tidak ada

A.Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Negatif

(2) Rentang gerak : Dapat menggerakkan semua ekstremitas

Kaku sendi : Tidak ada kaku sendi

Nyeri sendi : Tidak ada nyeri sendi

Fraktur : Tidak ada fraktur pada pasien

Parese : Tidak ada parese

Paralisis : Tidak ada paralisis

(3) Uji kekuatan otot

| | Kanan | Kiri |
|---|---|---|
| Tangan | 5 | 5 |
| Kaki | 5 | 5 |

Keterangan:

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit Gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(4) Refleks fisiologi:

(5) Refleks patologi:

Babinski, Kiri : ☐ Positif ■ Negatif

Kanan : ☐ Positif ■ Negatif

(6) Clubing jari-jari : Negatif

(7) Varises tungkai : Tampak tidak ada varises tungkai

i) Columna vetebralis:

(1) Inspeksi : Tidak tampak kelainan

(2) Palpasi : Tidak ada tanda nyeri

(3) Kaku kuduk : Negatif

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidur siang 2 jam dan tidur malam hari mulai jam 9/10 malam dan bangun pagi pada jam 6 pagi

2) Keadaan sejak sakit:

Sejak sakit pasien mengatakan pola jam tidur pasien terganggu, pasien mengatakan selama sakit tidur siang hanya 1 jam dan tidur malam hanya 3-4 jam saja. Pasien mengatakan sering terbangun karena merasa pusing disertai sesak dan nyeri dada. Pasien juga mengatakan sulit tidur karena merasa khawatir dan cemas karena penyakitnya

3) Observasi: tampak pasien berbaring lemas dan cemas ditempat tidur

Ekspresi wajah mengantuk : Positif

Banyak menguap : positif

Palpebra inferior berwarna gelap : negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak memilki masalah penglihatan, penciuman, dan pendengaran.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan tidak memilki masalah penglihatan, penciuman, dan pendengaran.

3) Observasi:

Pasien tidak menggunakan alat kacamata, maupun pendengaran

4) Pemeriksaan fisik:

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak kornea jernih
(2) Pupil : Tampak pupil isokor
(3) Lensa mata : Tampak lensa mata jernih
(4) Tekanan intra okuler : Tampak tidak ada tenakan TIO

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak bersih
(2) Kanalis : Tampak bersih
(3) Membran timpani : Tampak memantulkan cahaya
(4) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien mampu merasakan sentuhan pada lengan dan tungkai yang diberikan oleh perawat

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan ia seorang ibu mempuyai 4 orang anak. Pasien saat ini hanya tinggal bersama anak anaknya, kebiasaan pasien dirumah hanya mengurus rumah dan bermain dengan cucunya serta mengikuti kegiatan doa di lingkungan Gerejanya.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sesak yang dialami saat ini membuat pasien tidak dapat melakukan aktifitasnya sehari hari, pasien juga mengatakan sedih karena sejak sakit ia merasa merepotkan anak-anaknya yang harus merawat dirinya.

3) Observasi: Tampak pasien terlihat sedih

a) Kontak mata : Baik
b) Rentang perhatian : Baik, dapat berespon bila ditanya
c) Suara dan cara bicara : Baik dan jelas
d) Postur tubuh : Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik:

a) Kelainan bawaan : Tidak ada kelainan bawaan
b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji
c) Kulit : Tampak kulit bersih, tampak tidak ada lesi

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan pasien menjalani hubungan baik dengan keluarga dan tetangga daan lingkungan sekitar, pasien juga mengatakan rajin mengikuti kumpulan doa digereja (doa rosario, doa rukun)

2) Keadaan sejak sakit:

Sejak sakit pasien mengatakan seringkali tetangga menjenguk pasien dirumah, pasien tampak selalu didampingi anaknya.

3) Observasi: Pasien terlihat murung

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan seorang ibu yang memiliki 4 orang anak dan berstatus janda, *menopause* mulai umur 55 tahun.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam system reproduksi

3) Observasi: Tampak tidak ada penyimpangan

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien merasa selalu menikmati hidupnya jika pasien selalu menceritakan masalahnya kepada anaknya untuk mencari solusi dari masalah yang dialami.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan selalu cemas dan sering bertanya tentang penyakitnya, kenapa sampai sesak bahkan sampai masuk rumah sakit seperti yang dialami saat ini, padahal pasien selalu merasa sehat serta selalu menjaga kondisi kesehatannya.

3) Observasi: Tampak pasien cemas dan gelisah

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan pasien beragama Katolik, Pasien mengatakan pasien selalu berusaha mengusahakan waktunya untuk mengikuti ibadah hari minggu di gereja. Pasien mengatakan jika ada masalah lebih banyak berdoa kepada Tuhan

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan selama sakit, pasien sudah jarang mengikuti ibadah hari minggu di gereja

3) Observasi: Tampak pasien mendengarkan lagu rohani dan doa melalui *smartphone*nya.

5. UJI SARAF KRANIAL

a. N I : Pasien mampu menghirup minyak kayu putih yang diberikan dengan menyebutkan sambal mata tertutup

b. N II : Pasien mampu membaca tulisan font 12 dengan jarak 30-40 cm

c. N III, IV, VI: Pasien mampu menggerakan bola mata ke segala arah dan refleks pupil isokor

d. N V

Sensorik : Pasien mampu menunjukan tempat yang diberikan goresan kapas

Motorik : Pasien mampu menggigit

e. N VII

Sensorik : Pasien mampu menyebutkan rasa manis saat minum teh manis.

Motorik : Pasien tampak mampu tersenyum, meringis, mengangkat alis, mengerutkan dahi, mencucurkan bibir, dan mengembungkan pipi.

f. N VIII

Vestibularis : Tidak dikaji pasien berbaring

Akustikus : Pasien mampu menunjukan letak sumber suara

g. N IX : Letak uvula pasien berada ditengah

h. N X : Pasien mampu menelan

i. N XI : Pasien mampu mengangkat kedua bahu dan menggerakan kepala

j. N XII : Pasien mampu menjulurkan lidah dan mendorong pipi menggunakan lidah dari dalam

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Pemeriksaan Darah Lengkap (17/04/2024)

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Darah Lengkap

| Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Nilai Rujukan |
|---|---|---|---|
| WBC | 10.36 | 10^3/ul | 4.80 - 10.20 |
| RBC | 4.61 | 10^6/ul | 4.00 – 5.50 |
| HB | 12.9 | g/dL | 12.2 – 16.2 |
| HCT | 37.2 | % | 37.7 – 47.9 |
| MCV | 80.7 | fL | 80.0 – 97.0 |
| MCH | 28.0 | Pg | 26.0 – 31.0 |
| MCHC | 34.7 | g/dL | 31.8 – 35.4 |
| PLT | 292 | 10^3/ul | 150 – 450 |
| RDW-CV | 13.1 | % | 11.5 – 14.5 |
| PDW | 9.7 | fL | 9.0 – 13.0 |
| MPV | 9.1 | fL | 7.2 – 11.1 |
| P-LCR | 17.7 | % | 15.0 – 25.0 |
| NEUT# | 6.89 | 10^3/ul | 1.50 – 7.00 |
| LYMP# | 1.55 | 10^3/ul | 1.00 – 3.70 |
| MONO# | 0.65 | 10^3/ul | 0.00 – 3.70 |
| EO# | L1.18 | 10^3/ul | 0.00 – 0.40 |
| BASO# | 0.09 | 10^3/ul | 0.00 – 0.10 |
| IG# | 0.01 | 10^3/ul | 0.00 – 7.00 |
| NEUT% | 66.4 | % | 37.0 – 80.0 |
| LYMPH% | L15.0 | % | 10.00 – 50.00 |
| MONO% | 6.3 | % | 0.00 – 14.00 |
| EO% | H11.4 | % | 0.0 – 1.0 |
| BASO% | 0.9 | % | 0.00 – 1.00 |
| IG% | 0.1 | % | 0 – 72 |

b. Pemeriksaan Kimia Darah (18/04/2024)

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Kimia Darah

| Parameter | Hasil | Satuan | Nilai Rujukan |
|---|---|---|---|
| SGPT | H 38 | U/L | < 31 |
| GDP | H 171 | mg/dL | • Diagnosis Diabetes Melitus<br>• Sasaran pengedalian Daibetes Melitus : 80 - 130 |
| Kreatinin Darah | 0.84 | mg/dL | <1.1 |
| eGFR | 75 | Ml/min/1.73m 2 | GFR 60 – 89 : Penurunan Fungsi Ginjal Ringan |
| Ureum Darah | 17.5 | Mg/dL | 10-50 |

c. Pemeriksaan Sitologi Cairan Pleura (19/04/2024)

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Sitologi Cairan Pleura

| Parameter | Hasil | Satuan | Nilai Rujukan |
|---|---|---|---|
| Cairan Pleura | | | |
| Rivalta | + | | |
| Protein Cairan Pleura | H 3.61 | g/dL | 1 – 2 |
| Glukosa Cairan Pleura | 136 | Mg/dL | 70 – 140 |
| Jumlah Sel | H 2230 | /Ul | < 1000 |
| Pleura | Negatif | - | Negatif |

d. Pemeriksaan Foto Thorax

Tabel 3. 4 Pemeriksaan Foto Thorax

| Tanggal | Pemeriksaan | Hasil |
|---|---|---|
| 19/04/2024 | MSCT Brain Polos | Kesan:<br>Infark kecil cerebri bilateral |
| 20/04/2024 | Foto thorax PA | Kesan:<br>- Pneumonia Kanan<br>- Efusi Pleura Kanan |
| 23/04/2024 | MSCT Thorax Rutin Kontras | Kesan :<br>- Hidropneumothorax kanan<br>- Nodul Kecil diameter 0.4 cm dan 0.6 cm tampak pada segmen 2 paru kanan. DD : tuberculoma<br>- Gambaran Bronchitis |

e. Pemeriksaan EKG

Kesan: Sinus Rhythm

f. Pemeriksaan Sitologi Cairan Pleura

Kesan: Sediaan sel epitel maligna Adenocarcinoma

7. TERAPI

a. Antrain 1 amp/ 24 jam /IV
b. Dexamethazone 1 amp/ 24 jam / IV
c. Methamizole 1 amp / 8 jam / IV
d. Ranitidin 1 amp / 12 jam / IV
e. Moxiflocin 1 amp / 24 jam / IV
f. Amplodipin 10 mg / 1x1 / oral
g. Alprazolam / 1 x 1 / oral

h. Flunariziu 1 tab / 1x1 / oral
i. Ondansentron 1 amp/ extra
j. Simvastatin 20 mg / 24 jam / oral

## ANALISA DATA

Nama/Umur : Ny. A/ 70 Tahun

Ruang/Kamar : Bernadet/1221

Tabel 3. 5 Analisa Data

| NO | DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
|---|---|---|---|
| 1 | DS :<br>- Pasien mengatakan sesak nafas<br>DO:<br>- Tampak pasien terpasang nasal kanul 4L<br>- Spo2 93%, P : 27x/menit<br>- Perkusi nafas redup<br>- vocal premitus : Getaran tidak teraba di paru kanan<br>- Pemeriksaan MSCT Thorax Rutin Kontras<br>Kesan :<br>1. Hidronpneumothorax Dextra<br>2. Pnemonia Basal posterior paru dextra | Hambatan upaya nafas | Pola nafas tidak efektif |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | Ds :<br>- Pasien mengatakan sejak sakit merasakan sesak nafas memberat saat beraktifitas serta mudah merasa lelah setelah beraktifitas.<br>Do :<br>- Tampak pasien lemas<br>- Tampak Aktivitas harian:<br>1) Makan : 0<br>2) Mandi : 2<br>3) Pakaian : 2<br>4) Kerapihan : 2<br>5) Buang air besar : 1<br>6) Buang air kecil : 1<br>7) Mobilisasi di tempat tidur: 2 | Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan 02 | Intoleransi aktifitas |
| 3 | Ds :<br>- Pasien mengatakan merasa khawatir dengan penyakitnya sehingga susah tidur<br>Do :<br>- Tampak pasien cemas<br>- Tampak pasien ekspresi wajah menguap | Kurang terpapar informasi | Ansietas |

## DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.A/ 70 Tahun
Ruang/Kamar : Bernadet/1221

Tabel 3. 6 Diagnosis Keperawatan

| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN |
|---|---|
| 1 | Pola nafas tidak efektif b/d Hambatan upaya nafas d/d pasien mengatakan sesak nafas (D.0005) |
| 2 | Intoleransi b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056) |
| 3 | Ansietas d/d Kurang terpapar informasi (D.0080) |

## INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.A / 70 Tahun

Ruang/Kamar : Bernadet/1221

Tabel 3. 7 Intervensi Keperawatan

| TANGGAL | SDKI | SLKI | SIKI<br><br>Meliputi : Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi |
|---|---|---|---|
| 20/04/2024 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas d/d pasien mengatakan sesak nafas (D.0005) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Pola Nafas Membaik (L.01004) dengan kriteria hasil:<br>a. Dispnea cukup menurun<br>b. Frekuensi nafas cukup membaik | Manajemen Jalan Nafas (I.01011)<br>Observasi<br>a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)<br>b. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: *gurgling, mengi, wheezing, ronchi* kering)<br>c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | c. Kedalaman nafas cukup membaik | Terapeutik<br>a. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt dan chin-lift* (*jaw thrust* jika curiga trauma fraktur servikal)<br>b. Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*<br>c. Berikan minum hangat<br>d. Berikan oksigen, jika perlu<br><br>Edukasi<br>a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontra indikasi<br>b. Ajarkan teknik batuk efektif<br><br>Kolaborasi<br>a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 20/04/2024 | Intoleransi berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047) dengan kriteria hasil:<br>a. Saturasi oksigen meningkat<br>b. Dispnea saat aktivitas cukup menurun<br>c. Frekuensi nafas membaik | Manajemen Energi (I. 05178)<br>Observasi<br>a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan<br>b. Monitor kelelahan fisik dan emosional<br>c. Monitor pola dan jam tidur<br>d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas<br><br>Terapeutik<br>a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)<br><br>Edukasi<br>a. Anjurkan tirah baring<br>b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap<br>c. Anjurkan keluarga untuk memberi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas<br><br>Kolaborasi<br>a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan |
| 20/04/2024 | Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Ansietas menurun (L.09093)<br>a. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun<br>b. Perilaku gelisah menurun<br>c. Perilaku tegang menurun<br>d. Konsentrasi membaik | **Terapi relaksasi (I.09326)**<br><br>**Observasi**<br><br>a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif<br>b. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan<br>c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya<br>d. Periksa ketegangan otot, frekuensi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | e. Pola tidur membaik | nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan<br>e. Monitor respons terhadap terapi relaksasi<br><br>**Terapeutik**<br><br>a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan<br>b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi<br>c. Gunakan pakaian longgar<br>d. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama<br>e. Gunakan relaksasi sebagai strategi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai<br><br>**Edukasi**<br><br>a. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)<br>b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih<br>c. Anjurkan mengambil posisi nyaman<br>d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi<br>e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih<br>f. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis: napas dalam, |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | peregangan, atau imajinasi terbimbing) |

## IMPELEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.A /70 Tahun

Ruangan/Kamar : Bernadeth I/ 1221

Tabel 3. 8 Implementasi Keperawatan

| Tanggal | DP | Waktu | Implementasi | Nama Perawat |
|---|---|---|---|---|
| 20/04/2024 | I | 08.00 | - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)<br>H/: Frekuensi pernapasan 27x/menit, Spo2 93% | Iren |
| | I, II | | - Memonitor TTV<br>H/: Tekanan darah: 130/70 mmHg, nadi: 88x/menit, pernapasan: 27x/menit, suhu: $36^0$C, Spo2: 93% | Iren |
| | I | | - Memberikan oksigen<br>H/: Memberikan oksigen melalui nasal kanul 4L dengan kriteria Spo2 93% | Iren |
| | I | | - Memonitor bunyi napas tambahan<br>H/: Auskultasi bunyi napas tambahan ronchi | Iren |
| | I, II, III | 09.00 | - Mengkolaborasi pemberian obat | Iren dan Irene |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | H/: Ondansentron 1 amp/ extra, Flunariziu 1 tab / 1x1 / oral, Amplodipin 10 mg / 1x1 / oral, Ranitidin 1 amp / 12 jam / IV, Methamizole 1 amp / 8 jam / IV | |
| | II | | - Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan<br>H/: Pasien mengatakan kelelahan diakibatkan karena melakukan aktivitas | Irene |
| | III | | - Mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif<br>H/: Pasien mengatakan pasien merasa tidak mampu berkonsentrasi dan merasa sulit tidur | Irene |
| | III | 10.00 | - Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman<br>H/: Tampak tampak lingkungan pasien tenang dan terdengar musik rohani yang diputar oleh keluarga | Irene |
| | II | | - Memberikan lingkungan yang nyaman<br>H/: Tampak ruangan pasien terang dengan cahaya lampu, tidak ada suara kebisingan dan pasien ditemani oleh anaknya dan cucunya | Iren |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | I | | - Memberikan posisi semi fowler/fowler<br>H/: Pasien diberikan posisi semi fowler | Iren |
| | III | 11.00 | - Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)<br>H/: Tampak pasien memahami penjelasan yang diberikan | Iren |
| | III | | - Menganjurkan mengambil posisi nyaman<br>H/: Tampak pasien mengikuti anjuran | Iren |
| | I | | - Menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari<br>H/: Tampak pasien minum air mineral 1 botol besar (500 ml/hari) | Irene |
| | II | | - Mengajarkan aktivitas distraksi yang menenangkan jika pasien tiba tiba merasa tidak nyaman<br>H/: Tampak pasien mengikuti anjuran dan paham dengan teknik relaksasi nafas dalam yang diberikan | Iren |
| | I | 12.00 | - Mengkolaborasi pemberian obat<br>H/: Moxifloxicin / 1 amp / IV / 24 jam, Dexamethazone 1 amp / IV / 24 jam, Antrain 1 amp / IV / 24 jam, Simvastatin | Iren dan Irene |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 20 mg / oral / 24 jam. | |
| | I | | - Mengkolaborasi bersama Ahli medis ( dokter, dll)<br>H/: Keluarga dan Pasien menerima dan mengikuti anjuran dokter untuk melakukan pemasangan alat WSD di ICS 6 bagian paru sebelah kanan. Tampak pengeluaran cairan pleura 1000 cc | |
| | I | 13.00 | - Menganjurkan pasien tirah baring<br>H/: Tampak pasien mengikuti anjuran untuk tetap dengan posisi tirah baring | Irene |
| | II | | - Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)<br>H/: Tampak pasien mengikuti anjuran perawat | Irene |
| | III | | - Memonitor respons terhadap terapi relaksasi<br>H/: Pasien mengatakan merasa perasaanya lebih nyaman dan tenang dari sebelumnya | Irene |
| | I | 13.40 | - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)<br>H/: Frekuensi pernapasan: 24x/menit, SpO2 : 95%, tampak pasien masih sesak | Iren dan Irene |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21/04/2024 | I | 14.30 | - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)<br>H/: RR: 22x/menit, Spo2 95% | Irene |
| | I | | - Memonitor bunyi napas tambahan<br>H/: Auskultasi bunyi napas tambahan ronchi | Irene |
| | I, II | | - Memonitor TTV :<br>H/ : tekanan darah: 128/80 mmHg, nadi: 78x/menit, pernapasan: 22x/menit, suhu: $36^0$C, Spo2: 95%. | Irene |
| | III | | - Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman<br>H/: Tampak lingkungan pasien pasien tenang dan terdengar suara musik rohani yang diputar oleh keluarga | Iren |
| | III | 15.00 | - Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)<br>H/: Tampak pasien memahami penjelasan yang diberikan | Iren dan Irene |
| | II | | - Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan | Irene |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | H/: Pasien mengatakan kelelahan diakibatkan karena melakukan aktivitas | |
| | II | | - Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus<br>H/: Tampak tidak ada suara kebisingan dan pasien ditemani oleh anaknya dan cucunya | Iren |
| | I | | - Memberikan posisi semi fowler/fowler<br>H/: Pasien diberikan posisi semi fowler | Iren |
| | I | | - Memberikan oksigen<br>H/: Memberikan oksigen melalui nasal kanul 2L dengan kriteria Spo2 98%. | Iren |
| | III | 16.00 | - Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)<br>H/: Tampak pasien mengikuti anjuran perawat | Iren dan Irene |
| | III | | - Memonitor respons terhadap terapi relaksasi<br>H/: Pasien mengatakan merasa perasaanya lebih nyaman dan tenang dari sebelumnya. Pasien juga mengatakan keluhan tidur dan kulitas jam tidur sudah mulai berkurang | Iren dan Irene |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | I<br><br><br><br><br>I, II<br><br><br><br>I, II, III | 18.00<br><br><br><br><br>20.00<br><br><br><br>20.30 | - Mengkolaborasi bersama Ahli medis (dokter, dll)<br>H/: Tampak pasien terpasang alat WSD di ICS 6 bagian paru sebelah kanan. Tampak pengeluaran cairan pleura 500 cc<br><br>- Mengkolaborasi pemberian obat<br>H/: Alprazolam / 1 x 1 / oral, ranitidin 1 amp / 12 jam / IV<br><br>- Memonitor TTV :<br>H/: Tekanan darah: 133/80 mmHg, nadi: 82x/menit, pernapasan: 22x/menit, suhu: $36^0$C, Spo2: 95%. | Iren dan Irene<br><br><br><br><br>Iren dan Irene<br><br><br><br>Iren dan Irene |
| 22/04/2024 | I<br><br><br><br>I<br><br><br><br>I, II, III<br><br><br><br>II | 08.00<br><br><br><br><br><br><br><br>09.00 | - Memonitor pola napas (frekuensi,kedalaman,usaha nafas)<br>H/: RR: 19x/m, Spo2 98%<br><br>- Memonitor bunyi napas tambahan<br>H/: Auskultasi tidak ada bunyi napas tambahan ronchi<br><br>- Memonitor TTV<br>H/: Tekanan darah: 125/80 mmHg, nadi: 77x/menit, pernapasan: 22x/menit, suhu: $36^0$C, Spo2: 98%.<br><br>- Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang | Iren<br><br><br><br>Iren<br><br><br><br>Iren<br><br><br><br>Irene |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | mengakibatkan kelelahan<br>H/: Pasien mengatakan kelelahan diakibatkan karena melakukan aktivitas | |
| | II | | - Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus<br>H/: Tampak ruangan pasien terang dengan cahaya lampu, tidak ada suara kebisingan dan pasien ditemani oleh anaknya dan cucunya | Irene |
| | I, II, III | 10.00 | - Mengkolaborasi pemberian obat<br>H/ Moxifloxicin / 1x1 / oral<br>Flunarizu tab/ 2x1/ oral<br>Betahistidine tab / 3x1 / oral | Iren dan Irene |
| | I | | - Mengkolaborasi bersama Ahli medis (dokter, dll)<br>H/ Sesuai instruksi dokter dilakukan pelepasan alat WSD pasien dengan kriteria tidak ada cairan pleura 0 cc gterutama saat dilakukan foto thorax , tidak ada gelembung udara keluar melalui botol cairan. | |
| | III | 12.00 | - Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan atau melatih teknik yang dipilih | Irene |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | H/: Tampak pasien mengikuti anjuran perawat | |
| | III | | - Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman<br>H/: Tampak tampak lingkungan pasien tenang dan terdengar musik rohani yang diputar oleh keluarga | Irene |
| | III | | - Menjelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)<br>H/: Tampak pasien memahami penjelasan yang diberikan | Irene |
| | II | 13.00 | - Mengajarkan aktivitas distraksi yang menenangkan jika pasien tiba tiba merasa tidak nyaman<br>H/: tampak pasien mengikuti anjuran dan paham dengan teknik relaksasi nafas dalam yang diberikan | Iren dan Irene |
| | II | | - Menganjurkan pasien tirah baring<br>H/ tampak pasien mengikuti anjuran untuk tetap dengan posisi tirah baring | Iren |
| | III | | - Memonitor respons terhadap terapi relaksasi<br>H/ pasien mengatakan merasa perasaanya lebih nyaman dan tenang dari sebelumnya. Pasien juga mengatakan | Iren |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | I, II, III | 13.40 | keluhan tidur dan kulitas jam tidur sudah mulai berkurang<br>- Memonitor TTV<br>H/:Tekanan darah: 125/80 mmHg, nadi: 78x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: $36^0$C, Spo2: 98%. | Irene |

## EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.A /70 Tahun

Ruangan/Kamar : Bernadeth I/ 1221

Tabel 3. 9 Evaluasi Keperawatan

| TANGGAL | DX | Evaluasi S O A P | Nama Perawat |
|---|---|---|---|
| 20/04/2024 | I | S : Pasien mengatakan sesak nafas<br>O : - Tampak pasien diberikan nasal kanul 4 liter<br>- RR: 24x/m, Spo2 95%<br>- auskultasi bunyi napas tambahan ronchi<br>- Tampak pasien terpasang nasal kanul 4 L<br>- Tampak pasien dilakukan pemasangan alat WSD dengan cairan pleura 1000 cc<br>A : Pola nafas tidak efektif b/d Hambatan upaya nafas d/d pasien mengatakan sesak nafas belum teratasi<br>P : Lanjutkan Intervensi | Iren dan Irene |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | II | S : Pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktifitas<br>O : - Tampak pasien lemas<br>- Tampak pasien sulit bernafas<br>A : Intoleransi b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan 0ksigen belum teratasi<br>P : Lanjutkan Intervensi | Iren dan Irene |
| | III | S: Pasien mengatakan pasien merasa khawatir dengan penyakitnya sehigga sulit tidur<br>O : Tampak pasien cemas<br>A : Ansietas d/d Kurang terpapar informasi belum teratasi<br>P : Lanjutkan Intervensi | Iren dan Irene |
| 21/04/2024 | I | S : Pasien mengatakan sesak nafas sedikit berkurang<br>O : - Tampak pasien diberikan nasal kanul 4 liter<br>- RR: 22x/m, Spo2 95%<br>- Auskultasi bunyi napas tambahan ronchi<br>- Tampakpasien terpasang nasal kanul 4 L<br>- Tampak pasien terpasang alat WSD dengan cairan pleura 500 cc<br>A : Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas d/d pasien | Iren dan Irene |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | mengatakan sesak nafas teratasi sebagian<br>P : Lanjutkan Intervensi | |
| | II | S : Pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktifitas sedikit berkurang<br>O : - Tampak pasien lemas<br>- Tampak pasien masih sulit bernafas<br>A: Intoleransi b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan kksigen teratasi sebagian<br>P : Lanjutkan Intervensi | Iren dan Irene |
| | III | S : Pasien mengatakan perasaan khawatir dengan penyakitnya sedikit berkurang dan keluhan sulit tidur sedikit berkurang<br>O : Tampak pasien cemas<br>A : Ansietas d/d kurang terpapar informasi teratasi sebagian<br>P : Lanjutkan Intervensi | Iren dan Irene |
| 22/04/2024 | I | S : Pasien mengatakan sesak nafas berkurang<br>O : - Tampak pasien diberikan nasal kanul 2 liter | Iren dan Irene |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | - RR: 20x/m, Spo2 98%<br>- Auskultasi bunyi napas tambahan ronchi<br>- Tampakpasien terpasang nasal kanul 2 L<br>- Tampak pasien dilakukan pelepasan alat WSD sesuai dengan anjuran dokter<br>A : Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas teratasi<br>P : Hentikan Intervensi | |
| | II | S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan mudah lelah saat beraktifitas<br>O : Tampak pasien tersenyum dan sudah mampu berbicara seperti biasa<br>A : Intoleransi b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen teratasi<br>P: Hentikan Intervensi | Iren dan Irene |
| | III | S : Pasien mengatakan masih merasa khawatir dan sulit tidur<br>O : Tampak wajah pasien cemas<br>A : Ansietas d/d kurang terpapar informasi teratasi<br>P : Hentikan Intervensi | Iren dan Irene |

## DAFTAR OBAT

1. Antrain
   a. Nama Obat : Antrain
   b. Klasifikasi / Golongan Obat : Obat Analgesik
   c. Dosis Umum:
      1) Dewasa: 1 g hingga 4 kali sehari atau 2 kali sehari 2,5 g melalui injeksi IV atau injeksi IM selama 5 menit. Maksimal 5 g per hari
      2) Anak: ≥ 3 bulan: dosis bervariasi berdasarkan berat badan. Dosis yang dianjurkan: 8 - 16 mg/kg BB sebagai dosis tunggal
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp (24 jam)
   e. Cara Pemberian Obat : Intravena (iv)
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Antrain adalah obat golongan NSAID (*Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs*) dengan kandungan *Metamizole sodium* yang berfungsi untuk meringankan rasa sakit, terutama nyeri kolik dan sakit setelah operasi. *Metamizole sodium* mempunyai khasiat analgesik yang bekerja dengan cara menghambat transmisi rasa sakit ke susunan saraf pusat dan perifer sehingga meringankan rasa sakit.
   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:

      Antrain dapat meringankan rasa sakit, terutama nyeri kolik dan sakit setelah operasi.
   h. Kontra indikasi :
      1) Hipersensitif terhadap metamizole sodium
      2) Wanita hamil dan menyusui
      3) Tekanan darah sistolik < 100 mmHg
      4) Bayi < 3 bulan atau dengan berat badan kurang dari 5 kg

i. Efek samping obat:

Beberapa efek samping Antrain yang sering terjadi antara lain berupa reaksi hipersensitivitas, misalnya reaksi pada kulit seperti kemerahan. Sementara itu, komplikasi yang timbul akibat penggunaan Antrain jangka panjang adalah: Agranulositosis, Sindrom *neuropathy*

2. Dexamethazone

a. Nama Obat : Dexamethazone
b. Klasifikasi / Golongan Obat : Obat Kortikosteroid
c. Dosis Umum:

Secara umum, dosis dexamethasone oral adalah sebagai berikut:

a. Kondisi: Peradangan dan penyakit autoimun
   a) Dewasa: Dosis awal 0,5–9 mg per hari yang dibagi dalam 2–4 kali konsumsi. Dosis akan disesuaikan dengan tingkat keparahan penyakit dan respons pasien terhadap pengobatan.
   b) Anak-anak: Dosis awal 0,02–0,3 mg/kgBB per hari, dibagi menjadi 3–4 konsumsi. Dosis akan disesuaikan dengan tingkat keparahan penyakit dan respons pasien terhadap pengobatan.
b. Kondisi: Multiple sclerosis
   a) Dewasa: Dosis awal 30 mg per hari selama 1 minggu, kemudian dilanjutkan dengan 4–12 mg per hari selama 1 bulan.
c. Kondisi: Multiple myeloma
   a) Dewasa: 40 mg, dikonsumsi setiap 7 hari pada hari ke-1, 8, 15, dan 22 pengobatan. Selanjutnya, obat dikonsumsi setiap 4 minggu.

Dosis dexamethasone dalam bentuk injeksi atau suntik ditentukan oleh dokter. Dexamethasone dapat diberikan melalui suntik ke dalam pembuluh darah (intravena/iv). Khusus untuk radang sendi yang berat, dexamethasone dapat disuntikkan langsung ke dalam sendi.

d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp (24 jam
e. Cara Pemberian Obat : Intravena (iv)
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Dexamethasone adalah obat glukokortikoid yang memiliki efek anti-inflamasi, yang digunakan untuk mengatasi berbagai peradangan, seperti alergi, radang kulit, dan lupus. Obat keras ini bekerja menghambat tubuh melepas mediator inflamasi (zat penyebab peradangan). Dexamethasone juga dapat menekan reaksi imun (immunosuppressant). Meski demikian, penggunaan kortikosteroid golongan glukokortikoid seperti Dexamethasone hanyalah sebagai terapi paliatif.Artinya, obat hanya meredakan gejala peradangan, tapi tidak dapat mengatasi penyebabnya. Tersedia dalam bentuk tablet dan injeksi, berikut penjelasan lengkap seputar Dexamethasone obat apa.

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:

Menangani berbagai kondisi peradangan, reaksi alergi, penyakit autoimun, dan multiple myeloma.

h. Kontra indikasi:
   1) Terapi antidiabetes
   2) Tukak lambung/usus
   3) Infeksi berat
   4) Hipertensi dan penyakit jantung lainnya
i. Efek samping obat:
   1) Sakit perut
   2) Rasa panas di dada (*heartburn*)
   3) Sakit kepala

4) Gangguan tidur, seperti insomnia
5) Nafsu makan meningkat

3. Methamizole
   a. Nama Obat : Methamizole
   b. Klasifikasi / Golongan Obat : Obat analgetik-antipiretik
   c. Dosis Umum :
      1) Dewasa: 0,5-1 gram, 3-4 kali sehari. Dosis maksimal adalah 4 gram per hari. Durasi pengobatan selama 3-5 hari.
      2) Anak-anak usia ≥3 bulan: 8-16 mg/kgBB sebagai dosis tunggal. Jika masih diperlukan, dosis dapat diulang hingga 3–4 kali.
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp (8 jam)
   e. Cara Pemberian Obat : Intravena (iv)
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Metamizole adalah obat yang digunakan untuk meredakan rasa nyeri sedang hingga berat, seperti sakit kepala, migrain, sakit gigi, nyeri setelah operasi, nyeri akibat kanker, serta nyeri otot dan sendi. Obat ini juga dapat digunakan untuk mengobati demam saat pengobatan lain kurang efektif.
   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
      Meredakan nyeri sedang hingga berat dan demam
   h. Kontra indikasi:
      1) Alergi terhadap metamizole dan NSAID
      2) Anemia aplastik
      3) Leukopenia
      4) Masalah pada hati dan ginjal
      5) Anak-anak usia kurang dari 3 bulan dan berat kurang dari 5 kg
      6) Wanita hamil dan menyusui
   i. Efek samping obat:
      1) Tekanan darah rendah

2) Nyeri dada dan aritmia
3) Mual dan sakit perut
4) Pusing
5) Masalah ginjal
6) Sesak napas
7) Ruam pada kulit

4. Moxiflocin
   a. Nama Obat : Moxiflocin
   b. Klasifikasi / Golongan Obat : Antibiotik kuinolon
   c. Dosis Umum :
      1) Infeksi kulit
         Injeksi: Dewasa 400 mg sekali sehari diberikan melalui infus selama 60 menit selama 7-21 hari.
         Injeksi: Anak (usia >1 tahun): sama seperti dosis dewasa.
         Oral: Dewasa 400 mg sekali sehari selama 7-21 hari.
      2) Pneumonia
         Injeksi: Dewasa 400 mg sekali sehari diberikan melalui infus selama 60 menit selama 7-14 hari.
         Oral: Dewasa 400 mg sekali sehari selama 10 hari.
      3) Sinusitis akut
         Injesksi: Dewasa 400 mg sekali sehari diberikan melalui infus selama 60 menit selama 10 hari.
         Oral: Dewasa 400 mg sekali sehari selama 7 hari.
      4) Bronkitis
         Injeksi: Dewasa 400 mg sekali sehari diberikan melalui infus selama 60 menit selama 5 hari.
         Oral: Dewasa 400 mg sekali sehari selama 5-10 hari.
      5) Penyakit radang panggul (*pelvic inflammatory disease*)
         Oral: Dewasa (kasus ringan hingga sedang): 400 mg sekali sehari selama 14 hari

6) Konjungtivitis

Dewasa: Teteskan 1 tetes ke mata yang sakit satu kali sehari selama 7 hari.

d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp (24 jam)

e. Cara Pemberian Obat : Intravena (iv)

f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Moxifloxacin adalah antibiotik yang digunakan dalam pengobatan infeksi sistemik. Moxifloxacin bekerja dengan cara menghambat replikasi, bakteri transkripsi, perbaikan dan rekombinasi, sehingga menghambat pertumbuhan bakteri. Moxifloxacin adalah sediaan obat generik yang tersedia dalam bentuk sediaan kaplet, tablet dan injeksi.

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:

Moxifloxacin digunakan untuk sinusitis bakteri akut, infeksi kulit dan struktur kulit yang rumit, infeksi intraabdomen, intoleransi terhadap penisilin pada orang dewasa ≥18 tahun dan infeksi bakteri (misalnya eksaserbasi akut bronkitis kronis dan pneumonia).

h. Kontra indikasi:

1) Aritmia ventrikel
2) Bradikardia (denyut jantung melambat)
3) Neuropati perifer
4) Hipersensitif terhadap moxifloxacin atau golongan quinolon
5) Riwayat gangguan tendon
6) Miastenia gravis (penyakit neuromuskuler jangka panjang yang menyebabkan berbagai tingkat kelemahan otot rangka)
7) Gangguan elektrolit

i. Efek samping obat:

1) Sakit kepala, pusing, susah tidur, kebingungan
2) Mual, muntah, sakit perut
3) Penyakit kuning

4) Anemia
5) Tinnitus (telinga berdenging)
6) Signifikan: Reaksi hipersensitivitas (misalnya anafilaksis, syok). Superinfeksi, hiperglikemia (berlebihnya kadar gula darah), kolitis pseudomembran atau diare terkait clostridium difficile, efek sistem saraf pusat (mis. neuropati perifer, kejang, kecemasan, depresi, delirium, halusinasi), leukopenia, neutropenia, trombositopenia.

5. Amlodipin
   a. Nama Obat : Amlodipin
   b. Klasifikasi / Golongan Obat : Obat Generik
   c. Dosis Umum :
      1) Dewasa: Dosis awal 5 mg, 1 kali sehari. Dosis dapat ditingkatkan berdasarkan kondisi dan respons pasien terhadap pengobatan setelah 1-2 minggu. Dosis maksimal 10 mg 1 kali sehari.
      2) Anak-anak usia 6-17 tahun: Dosis awal 2,5 mg, 1 kali sehari. Jika perlu, dosis dapat ditingkatkan menjadi 5 mg, 1 kali sehari, setelah 4 minggu. Peningkatan dosis ditentukan berdasarkan kondisi dan respons pasien terhadap pengobatan.
      3) Lansia: Dosis awal 2,5 mg 1 kali sehari.
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg (1x1)
   e. Cara Pemberian Obat : Oral
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Amlodipine adalah obat untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Obat ini juga bisa dimanfaatkan dalam pengobatan nyeri dada kronis (angina pektoris) akibat penyakit jantung koroner. Amlodipine dapat digunakan sebagai obat tunggal atau dikombinasikan dengan obat lain.

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
   1) Menurunkan tekanan darah pada hipertensi
   2) Mengobati angina
h. Kontra indikasi:
   1) Hipersensitif
i. Efek samping obat:
   1) Kantuk
   2) Pusing
   3) Lelah
   4) Sakit perut
   5) Mual
   6) Kulit wajah atau leher memerah (*hot flashes*)

6. Ranitidin
   a. Nama Obat : Ranitidin
   b. Klasifikasi / Golongan Obat : Antagonis H2
   c. Dosis Umum :
      1) Kondisi: Dispepsia yang kambuh-kambuhan dan sudah berlangsung lama
         Dewasa: 150 mg 2 kali sehari, selama 6 minggu.
      2) Kondisi: Infeksi Helicobacter pylori
         Dewasa: 300 mg 1 kali sehari dikonsumsi sebelum tidur atau 150 mg 2 kali sehari, dikombinasikan dengan antibiotik amoxicillin dan metronidazole selama 2 minggu. Setelah itu, terapi dilanjutkan lagi selama 2 minggu tanpa antibiotik.
      3) Kondisi: Tukak lambung dan ulkus duodenum ringan
         Dewasa: 300 mg 1 kali sehari dikonsumsi sebelum tidur atau 150 mg 2 kali sehari, setidaknya selama 4 minggu. Dosis pemeliharaan 150 mg sekali sehari sebelum tidur.

Anak usia 3-11 tahun: 2-4 mg/kgBB, per hari dibagi menjadi 2 dosis. Dosis maksimal 300 mg per hari. Pengobatan dilakukan selama 4-8 minggu.

4) Kondisi: Produksi asam lambung berlebih, misalnya pada sindrom Zollinger-Elliso

   Dewasa: 150 mg 2 kali sehari. Dosis maksimal 6.000 mg per hari.

5) Kondisi: Penyakit asam lambung atau GERD

   Dewasa: 150 mg 2 kali sehari atau 300 mg sekali sehari sebelum tidur, selama 8 minggu atau dapat diperpanjang hingga 12 minggu jika diperlukan.

   Anak usia 3–11 tahun: 5–10 mg/kgBB per hari, dibagi menjadi 2 dosis. Dosis maksimal 600 mg per hari.

6) Kondisi: GERD yang disertai radang kerongkongan (esofagitis)

   Dewasa: 150 mg 4 kali sehari, selama 12 minggu. Dosis pemeliharaan 150 mg 2 kali sehari.

7) Kondisi: Ulkus yang terjadi akibat penggunaan obat antiinflamasi non–steroid (OAINS)

   Dewasa: 150 mg 2 kali sehari atau 300 mg sekali sehari sebelum tidur, dikonsumsi selama 8–12 minggu.

d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp (12 jam)
e. Cara Pemberian Obat : Intravena (iv)
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   Ranitidin adalah obat untuk mengobati gejala akibat produksi asam lambung berlebih. Beberapa kondisi yang dapat ditangani dengan ranitidin adalah tukak lambung, penyakit maag, penyakit asam lambung (GERD), dan sindrom Zollinger-Ellison.

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:

   Menurunkan produksi asam lambung berlebih

h. Kontra indikasi:

Obat ranitidine sebaiknya tidak diberikan kepada orang yang pernah mengalami keluhan porfiria akut.

i. Efek samping obat:

1) Sakit kepala
2) Sembelit
3) Diare
4) Mual
5) Muntah
6) Sakit perut

7. Alprazolam

a. Nama Obat : Alprazolam
b. Klasifikasi / Golongan Obat : Benzodiazepine
c. Dosis Umum :

1) Kondisi: Gangguan kecemasan

Sediaan tablet dan tablet cepat larut. Dewasa: Dosis 0,25-0,5 mg, 3 kali sehari, dapat ditingkatkan tiap 3-4 hari hingga mencapai dosis 3-4 mg per hari, berdasarkan respons dan kondisi pasien. Lama pengobatan tidak boleh lebih dari 12 minggu. Lansia: 0,25 mg, 2-3 kali sehari. Jika diperlukan, dosis dapat ditingkatkan secara bertahap berdasarkan kondisi dan respons tubuh pasien.

2) Kondisi: Gangguan panik dengan atau tanpa agoraphobia

Sediaan tablet dan tablet cepat larut. Dewasa: Dosis awal 0,5 mg, 3 kali sehari, dapat ditingkatkan maksimal sebanyak 1 mg per hari tiap 3-4 hari. Dosis maksimal 10 mg per hari. Lansia: Dosis awal 0,25 mg, 2-3 kali sehari. Jika diperlukan, dosis dapat ditingkatkan berdasarkan kodisi dan respons tubuh pasien.

d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 0,5 mg (ekstra)

e. Cara Pemberian Obat : Oral

f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Alprazolam adalah obat penenang untuk mengatasi gangguan kecemasan dan gangguan panik. Obat ini biasanya digunakan untuk pengobatan jangka pendek. Alprazolam hanya boleh digunakan sesuai resep dokter. Alprazolam bekerja dengan cara meningkatkan aktivitas zat kimia alami GABA (gamma-aminobutyric acid) di sistem saraf pusat. GABA sendiri memiliki fungsi untuk menekan aktivitas otak. Dengan begitu, alprazolam dapat menghasilkan efek tenang sehingga gejala gangguan kecemasan dan gangguan panik dapat mereda

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:

Alprazolam digunakan untuk mengurangi kecemasan, gejala depresi, dan gangguan panik dengan atau agorafobia.

h. Kontra indikasi:

1) Hindari penggunaan Alprazolam pada pasien dengan gangguan hati berat.
2) Insufisiensi pernapasan berat (paru-paru tidak dapat berfungsi dengan baik).
3) Penggunaan bersamaan dengan ketoconazole dan itraconazole

i. Efek samping obat:

1) Kantuk
2) Pusing
3) Air liur menetes atau justru mulut kering
4) Sakit kepala
5) Sembelit
6) Lemas
7) Nafsu makan hilang
8) Gairah seksual meningkat atau menurun

8. Flunariziu
   a. Nama Obat : Flunariziu
   b. Klasifikasi / Golongan Obat : Obat antimigrain
   c. Dosis Umum :

      Dosis flunarizin untuk mencegah migrain, vertigo, dan gangguan vestibular pada orang dewasa adalah 5–10 mg per hari, dikonsumsi pada malam hari.
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 tab (1x1)
   e. Cara Pemberian Obat : Oral
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

      Flunarizin adalah obat untuk mencegah serangan migrain. Obat ini juga digunakan dalam pengobatan dan pencegahan vertigo, serta gangguan pada vestibular, yaitu bagian telinga yang mengatur keseimbangan tubuh. Obat ini bekerja dengan cara menghambat masuknya kalsium ke dalam sel dan menghambat aktivitas histamin.
   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
      1) Migrain
      2) Vertigo
   h. Kontra indikasi:
      1) Riwayat depresi
      2) Gejala penyakit parkinson yang sudah ada sebelumnya
   i. Efek samping obat:
      1) Kantuk
      2) Mual
      3) Dada terasa terbakar (*heartburn*)
      4) Kenaikan berat badan
      5) Gelisah
      6) Mulut kering

9. Ondansentron
   a. Nama Obat : Ondansentron
   b. Klasifikasi / Golongan Obat : Antiemetik antagonis reseptor serotonin
   c. Dosis Umum :
      1) Dewasa

         Radioterapi total (seluruh tubuh): 8 mg, dikonsumsi 1-2 jam sebelum pelaksanaan radioterapi. Radioterapi abdomen tunggal dosis tinggi: 8 mg, diminum 1-2 jam sebelum terapi, kemudian setiap 8 jam selama 1-2 hari setelah terapi. Radioterapi abdomen harian: 8 mg, diminum 1–2 jam sebelum radioterapi, lalu setiap 8 jam selama radioterapi diberikan. Tujuan: Mencegah mual dan muntah akibat kemoterapi
      2) Dewasa dan anak usia >12 tahun

         Kemoterapi dengan efek mual biasa: 8 mg, diberikan 30 menit hingga 2 jam sebelum kemoterapi, dilanjutkan lagi 8 jam atau 12 jam setelahnya sebanyak 8 mg.Kemoterapi dengan efek mual berat: 24 mg dosis tunggal, diberikan 30 menit hingga 2 jam sebelum kemoterapi. Lanjutan setelah kemoterapi selesai: 8 mg, 2 kali sehari, hingga 5 hari setelah kemoterapi.
      3) Anak usia 4–11 tahun

         Kemoterapi dengan efek mual biasa: 4 mg, diberikan 30 menit sebelum kemoterapi. Dosis yang sama diberikan lagi 4 jam dan 8 jam setelah dosis awal. Tujuan: Mengatasi mual dan muntah sesudah operasi
      4) Dewasa

         Dosisnya 16 mg, diberikan 1 jam sebelum pemberian obat bius.
      5) Anak dengan BB ≥40 kg

         Dosisnya 4 mg, diberikan 1 jam sebelum pemberian obat bius. Dosis lanjutan 4 mg setelah 12 jam.

d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 amp (extra)
e. Cara Pemberian Obat : Intravena (iv)
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   Ondansetron hydrochloride adalah obat resep yang digunakan sebagai profilaksis dan untuk mengobati gejala mual dan muntah akibat kehamilan, kemoterapi, radiasi dan pasca operasi. Obat ini termasuk dalam kelas obat yang disebut antiemetik, selektif 5-HT3 antagonis.
g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:

   Mencegah dan mengobati mual dan muntah.
h. Kontra indikasi:
   1) Sindrom QT panjang bawaan
   2) Riwayat hipersensitivitas dengan ondansetron
i. Efek samping obat:
   1) Sakit kepala
   2) Pusing atau kepala terasa ringan
   3) Sembelit (konstipasi)
   4) Tubuh terasa lemah atau lemas
   5) Kantuk

10. Simvastatin
    a. Nama Obat : Simvastatin
    b. Klasifikasi / Golongan Obat : Obat penurun kolesterol golongan statin
    c. Dosis Umum :
       1) Tujuan: Menangani kolesterol tinggi (hiperkolesterolemia), dislipidemia

          Dewasa: Dosis awal 10–20 mg, 1 kali sehari pada malam hari. Dosis pemeliharaan 5–40 mg, 1 kali sehari. Pada pasien dengan kadar LDL yang sangat tinggi, dosis awal dapat dimulai dari 40 mg, 1 kali sehari.

2) Tujuan: Menangani homozygous familial hypercholesterolemia
   Dewasa: 40 mg, 1 kali sehari pada malam hari.
3) Tujuan: Menangani heterozygous familial hypercholesterolaemia
   Anak usia 10–17 tahun: Dosis awal 10 mg, 1 kali sehari, pada malam hari. Dosis dapat ditingkatkan secara bertahap tiap 4 minggu atau lebih. Dosis tidak boleh lebih dari 40 mg per hari.
4) Tujuan: Pencegahan serangan jantung dan stroke pada pasien yang berisiko tinggi
   Dewasa: 5-40 mg, 1 kali sehari pada malam hari, tergantung pada kadar kolesterol LDL.

d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 20 mg (24 jam)
e. Cara Pemberian Obat : Oral
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
g. Simvastatin adalah obat untuk menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida. Obat ini juga dapat meningkatkan jumlah kolesterol baik (HDL) dalam darah. Penggunaan simvastatin bisa menurunkan risiko terjadinya komplikasi akibat kolesterol tinggi, seperti serangan jantung atau stroke.
h. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
   Menurunkan kadar kolesterol dalam darah
i. Kontra indikasi :
   1) Penderita penyakit hati akut atau peningkatan transaminase serum persisten yang tidak dapat dijelaskan.
   2) Pasien keturunan Tiongkok sebaiknya tidak menggunakan simvastatin 80 mg/hari dengan dosis modifikasi produk yang mengandung niacin (≥1 g).
   3) Simvastatin 80 mg tidak boleh dimulai pada pasien baru dan mereka yang menggunakan dosis rendah.
   4) Penggunaan bersamaan dengan inhibitor CYP3A4 yang kuat, misalnya: itraconazole, ketoconazole, posaconazole,

clarithromycin, erythromycin, telithromycin, nefazodone, penghambat protease HIV (seperti nelfinavir), boceprevir, telaprevir, gemfibrozil, ciclosporin, danazol.

5) Ibu hamil dan menyusui.

j. Efek samping obat:

1) Sembelit
2) Mual atau sakit perut
3) Sakit kepala
4) Hidung tersumbat, bersin, atau sakit tenggorokan

# BAB IV
# PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada pasien Ny. A dengan CA Paru di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pembahasan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu: pengkajian (anamneses), diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluas keperawatan.

## A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam pengkajian penulis memperoleh data dari observasi langsung, wawancara bersam pasien dan keluarga, catatan medis dan pemeriksaan penunjang dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan dari hasil observasi dan wawancara penulis mendapatkan data: Ny. A berusia 70 tahun, mengeluh sesak nafas disertai nyeri dada, tampak pasien keadaan umum pasien lemah, mengeluh tidak bisa tidur, pasien tampak terpasang cairan RL 400 cc dan nasal kanul 4L, pasien tampak dibantu untuk berjalan ke kamar mandi. Pada pemeriksaan *Vital Sign* pasien memiliki tingkat kesadaran *Composmentis*, tekanan darah 130/70 mmHg, Nadi 88 x/menit, Pernapasan 27x/menit, Suhu $36^0$C axilla dan SpO2 93 %.

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit HT dan DM sejak ± 10 tahun lalu dan vertigo kurang lebih 1 tahun. Pasien mengatakan tidak ada keluhan batuk. Pasien juga mengatakan rutin memeriksakan kesehatannya di puskesmas dan rutin minum obat setiap hari. Pasien juga mengeluhkan merasa pusing dan

mudah lelah selama 1 bulan sampai saat ini, sesak nafas dan nyeri dada memberat sejak 3 hari terakhir.

Setelah dilakukan Tindakan pemasangan WSD pada dada sebelah kanan, dikeluarkan cairan dari paru-paru ± 500 cc dengan hasil pemeriksaan foto *Thorax* didapatkan hasil pneumonia kanan dan efusi pleura kanan. Pada pemeriksaan *MSCT Thorax* Rutin Kontras didapatkan hasil *Hidropneumothorax* kanan serta nodul kecil diameter 0.4 cm dan 0.6 cm pada 2 segmen paru kanan, DD: *tuberculoma*. Pada hasil pemeriksaan sitologi ditemukan sediaan mengandung sel epitel maligna yaitu *Adecarcinoma* berarti adanya metastasis intratorakal yang berarti penyebaran sel ke dalam paru-paru pada bagian kiri dan kanan.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan tanda dan gejala yang dialami oleh pasien dari pengkajian diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan yaitu:

a Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak nafas yang dapat didefinisikan sebagai inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat ditandai dengan pasien mengeluhkan sesak nafas disertai nyeri dada dengan pemeriksaan *Vital Sign* SpO2 93 % dan dipasangkan nasal kanul 4lpm.

b Intoleransi Aktifitas dibuktikan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang dapat didefinisikan sebagai Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari hari. Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengatakan mudah lelah dan tampak pasien dibantu untuk pergi ke kamar mandi.

c Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang dapat didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman

subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2018). Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengatakan sering khawatir dengan penyakit yang dialami, sulit tidur.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang didapatkan pada pasien Ny. A, penulis membuat perencanaan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan. Adapun intervensi keperawatan sebagai berikut:

a. Diagnosis I: Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Intervensi keperawatan pada masalah ini yaitu: Manajemen Jalan Nafas (I.01011) meliputi: Observasi: monitor pola napas (frekuensi, irama, kedalam, dan upaya napas), monitor bunyi napas tambahan, Terapeutik: posisikan semi-fowler atau fowler, berikan oksigen, edukasi: anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi.
b. Diagnosis II: Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi keperawatan pada masalah ini yaitu Manajemen Energi (I. 05178) yaitu observasi: Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur. Teraupetik: sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan. Edukasi: anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, kolaborasi: kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

c. Diagnosis III: ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Intervensi keperawatan pada masalah ini, terapi relaksasi (I.09326) yaitu observasi: Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, monitor respons terhadap terapi relaksasi, terapeutik: ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan, gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama. Edukasi: jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif), anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih, demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan Ny. A penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat. Semua intervensi keperawatan telah dilaksanakan. Salah satu fokus implementasi berdasarkan *Evidence Based Nursing* adalah pemberian posisi semi fowler. Penulis juga tidak menemukan hambatan karena penulis bekerja sam dengan perawat ruangan, keluarga pasien serta didukung oleh sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini adalah tahap akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak. Berikut di bawah ini ialah evaluasi keperawatan pada pasien Ny. A:

a. Diagnosis I: evaluasi terhadap diagnosis pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas adalah masalah teratasi. Pada diagnosis ini tindakan yang *Evidence Based Nursing* adalah pemberian posisi semi fowler. Tindakan ini berpengaruh untuk mengatur frekuensi dan kedalaman nafas serta dapat meningkatkan relaksasi sehingga memungkinkan pasien untuk mengontrol sesak nafas dan mengurangi perasaan panik secara mandiri.
b. Diagnosis II: evaluasi terhadap intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosis keperawatan ini teratasi dibuktikan tidak ada keluhan mudah lelah.
c. Diagnosis III: evaluasi terhadap ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Diagnosis Keperawatan ini belum teratasi dibuktikan dengan keadaan umum pasien masih merasa khawatir dengan penyakit yang dialami dan sulit tidur.

## B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul *Evidence Based Nursing*: Pengaruh Pemberian Posisi Semi-Fowler Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis Di Ruang Intensive Care Unit di RSUD dr. Soeradji Tirtinegoro Klaten
   a. Diagnosa Keperawatan: Pola nafas tidak efektif dibuktikan dengan hambatan upaya nafas
   b. Luaran yang diharapkan: saturasi oksigen membaik dispnea membaik, frekuensi napas membaik.
   c. Intervensi Prioritas: Manajemen jalan nafas
   d. Pembahasan Tindakan keperawatan pada EBN:

a) Pengertian tindakan:

Posisi semi-fowler merupakan posisi yang biasanya diberikan kepada pasien dengan sesak nafas yang beresiko mengalami penurunan saturasi oksigen dengan derajat kemiringan 30-45°. Posisi *semi-fowler* efektif dalam meningkatkan nilai saturasi oksigen. Metode tersebut dapat mengurangi sekresi pulmonar dan mengurangi resiko penurunan dinding dada. Posisi semi-fowler bisa meningkatkan expansi paru dan menurunkan frekuensi sesak napas dikarenakan dapat membantu otot pernapasan mengembang maksimal.

b) Tujuan / rasional EBN:

Tujuan/ rasional EBN: untuk mengetahui pengaruh posisi semi-Fowler terhadap saturasi oksigen.

c) PICOT EBN (*Problem, Intervensi, Comparasi, Outcome* dan *Time)*

Tabel 4. 1 PICOT EBN

| | |
|---|---|
| P : *Problem* | Pasien dalam studi kasus ini yaitu peneliti memilih kriteria sampel merupakan pasien kritis yang dirawat diruang ICU dan mengalami penurunan saturasi oksigen. Setelah dilakukan tindakan pemberian posisi *Semi – Fowler* didapatkan hasil posisi *semi-fowler* efektif dalam meningkatkan nilai saturasi oksigen |
| I :*Intervention* | Intervensi yang diberikan untuk mengatasi masalah pada studi kasus ini adalah untuk mengetahui pengaruh posisi *semi-Fowler* terhadap saturasi oksigen. |
| C : *Comprasion* | Peneliti melihat hasil peningkatan nilai saturasi oksigen yang signifikan sebelum dan sesudah intervensi posisi *semi fowler* |

| | |
|---|---|
| O: *Outcome* | Berdasarkan hasil penelitian diperoleh menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah 7 responden. Usia rata-rata berkisar antara 60 hingga 69 tahun, rata-rata saturasi oksigen sebelum dan sesudah intervensi adalah sebelum 93% dan sesudah 97% |
| T : *Time* | Intervensi ini dilakukan dengan pengamatan saturasi oksigen sebelum pemberian intervensi dilakukan selama ± 5 menit, kemudian responden diposisikan *semi fowler 45*° selama ± 30 menit, selanjutnya diobservasi kembali saturasi oksigennya dan di catat sebagai hasil dokumentasi |

2. Judul *Evidance Based Nursing (EBN)*: Pemberian Posisi *Semi Fowler* Meningkatkan Saturasi Oksigen Pasien PPOK
   a. Diagnosa Keperawatan: Pola nafas tidak efektif dibuktikan hambatan upaya nafas
   b. Luaran yang diharapkan: saturasi oksigen membaik dispnea membaik, frekuensi napas membaik.
   c. Intervensi prioritas: Manajemen jalan nafas
   d. Pembahasan tindakan keperawatan pada EBN:
      a) Pengertian tindakan:

         Posisi semi-fowler merupakan posisi yang biasanya diberikan kepada pasien dengan sesak nafas yang beresiko mengalami penurunan saturasi oksigen dengan derajat kemiringan 30 –45°.
      b) Tujuan / rasional EBN:

         Tujuan/ rasional EBN: untuk untuk mengetahui keefektifan pemberian posisi *Semi Fowler* terhadap saturasi oksigen

c) PICOT EBN (*Problem, Intervensi, Comparasi, Outcome* dan *Time)*

| | |
|---|---|
| P : *Problem* | Pasien dalam studi kasus ini yaitu peneliti menentukan sampel dengan pertimbangan tertentu yang dipandang dapat memberikan data secara maksimal dengan jumlah sampel 30 orang responden. |
| I : *Intervention* | Intervensi yang diberikan untuk mengatasi masalah pada studi kasus ini adalah mengetahui keefektifan pemberian posisi *Semi Fowler* terhadap saturasi oksigen pada pasien PPOK. |
| C : *Comprasion* | Peneliti melihat hasil *Pre-test* dilakukan untuk mengetahui nilai saturasi oksigen pada pasien PPOK sebelum diberikan posisi *Semi Fowler*. Setelah itu, peneliti menerapkan posisi *Semi Fowler* pada pasien PPOK selama 30 menit dan dilakukan *post-test* untuk melihat perubahan saturasi oksigen |
| O : *Outcome* | Dalam penelitian ini didapatkan hasil nilai saturasi oksigen pada pasien PPOK dari 30 orang responden sebelum diberikan posisi *Semi Fowler* menunjukkan nilai rata-rata saturasi oksigen yaitu 89% sedangkan nilai saturasi oksigen pada pasien PPOK dari 30 orang responden setelah diberikan posisi *Semi Fowler* selama 30 menit menunjukkan nilai rata-rata 95%. |
| T : Time | Penelitian ini dilakukan mulai dari bulan April-Juni. Setelah itu, peneliti menerapkan posisi *Semi Fowler* pada pasien PPOK selama 30 menit dan dilakukan post-test untuk melihat perubahan saturasi oksigen. |

# BAB V
# SIMPULAN DAN SARAN

## A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan CA Paru menggunakan pendekatan proses keperawatan: pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pasien dengan Ny. A umur 70 tahun dengan diagnosa CA Paru. Pasien diantar oleh keluarga dan masuk melalui IGD Rs. Stella Maris pada tanggal 17 April 2024. Pengkajian dilakukan di ruangan Bernadeth I pada tanggal 19 April 2024, didapatkan data : pasien tampak sesak nafas, R: 27x/mnt, SpO2 93%, terpasang nasul kanul 4 liter/mnt, pasien mengeluh sesak nafas memberat saat beraktifitas dan merasa lelah setelah beraktifitas, tampak pasien dibantu saat aktivitas ke kamar mandi, mengeluh sulit tidur, pusing tampak pasien cemas dan sering bertanya tentang penyakitnya, kenapa sampai sesak bahkan sampai masuk rumah sakit seperti yang dialami saat ini, padahal pasien selalu merasa sehat serta selalu menjaga kondisi kesehatannya.

Pemeriksaan *Vital Sign* Tekanan darah 130/70 mmHg, Nadi 88x/menit, suhu 36°C. Data lain yang ditemukan dari pasien: pemeriksaan MSCT Thorax Rutin Kontras kesan: Hidropneumothorax kanan, Pemeriksaan Sitologi Cairan Pleura kesan: sediaan sel epitel maligna adecarcinoma. Menurut keluarga pasien sering merasa pusing, sesak nafas, disertai nyeri dada sejak 1 bulan lalu, dan memberat sejak 3 hari lalu. Riwayat penyakit yang dialami adalah DM sejak 17 tahun lalu, HT dan *vertigo* kurang lebih 1 tahun.

2. Diangnosa Keperawatan
   a. Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas d/d pasien mengatakan sesak nafas (D.0005)
   b. Intoleransi b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)
   c. Ansietas d/d kurang terpapar informasi (D.0080)
3. Intervensi keperawatan

   Penulis telah menyusun intervensi untuk mengatasi masalah pada Ny. A yaitu manajemen jalan nafas, menajemen energi, dan terapi relaksasi.
4. Implementasi Keperawatan

   Implementasi keperawatan telah dilakukan pada Ny. A selama 3x24 jam, didapatkan semua intervensi keperawatan yang disusun dapat diimplementasikan dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan

   Hasil evaluasi tindakan pada Ny. A didapatkan bahwa: Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas sudah teratasi, intoleransi berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen sudah teratasi, dan insietas ditandai dengan kurang terpapar informasi sudah teratasi.

## B. Saran

1. Bagi Instansi Rumah Sakit.

   Bagi pihak Rumah Sakit menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi pelayanan Kesehatan khususnya bagi perawat agar dapat menjalankan tugas dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai *evidence based nursing* pada pasien CA Paru.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Diharapkan dapat menerapkan Tindakan keperawatan yang sesuai dengan pasien khususnya pada pasien dengan CA Paru dan berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian CA Paru.

3. Bagi institusi Pendidikan

   Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CA Paru.

## DAFTAR PUSTAKA


American Cancer Society. (2022). Prevalensi Cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *72*(1), 7–33. https://doi.org/10.3322/caac.21708

Arianto, A., Istiadi, H., & Puspasari, D. (2021). Profil Epithelial Ovarian Carcinoma (EOC) di DR. Rumah Sakit Umum Kariadi Semarang. *Zona Kebidanan: Program Studi Kebidanan Universitas Batam*, *3*(3), 11. https://doi.org/10.1177/2050313x20930909

Buana, I., & Harahap, D. A. (2022). Asbestos, Radon dan Polusi Udara Sebagai Faktor Resiko Kanker Paru Pada Perempuan Bukan Perokok. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, *8*(1), 1. https://doi.org/10.29103/averrous.v8i1.7088

Cronin, K. A., Lake, A. J., Scott, S., Sherman, R. L., Noone, A. M., Howlader, N., Henley, S. J., Anderson, R. N., Firth, A. U., Ma, J., Kohler, B. A., & Jemal, A. (2018). Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, part I: National cancer statistics. *Cancer*, *124*(13), 2785–2800. https://doi.org/10.1002/cncr.31551

Kemenkes RI. (2020). *Apa yang dimaksud dengan Leukemia (Kanker Darah)? Penyakit Tidak Menular Indonesia*. https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/penyakit-kanker-dan-kelainan-darah/apa-yang-dimaksud-dengan-leukemia-kanker-darah

Mathews, A. M., Wysham, N. G., Xie, J., Qin, X., Giovacchini, C. X., Ekström, M., & MacIntyre, N. R. (2020). Hypercapnia in advanced chronic obstructive pulmonary disease: A secondary analysis of the national emphysema treatment trial. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases*, *7*(4), 336-345. https://doi.org/10.15326/JCOPDF.7.4.2020.0176

Profil Dinas Kesehatan Kota Makassar. (2022). *Kota Makassar Tahun 2021*.

Purba, A. F., Wibisono, B. H., & Rachmawati, B. (2015). Pola Klinis Kanker Paru di RSUP DR. Kariadi Semarang. *Doctoral Dissertation, Faculty of Medicine*.

Purnamawati, P., Tandrian, C., Sumbayak, E. M., & Kertadjaja, W. (2021). Analisis Kejadian Kanker Paru Primer di Indonesia pada Tahun 2014-

2019 Purnamawati1,. *Jurnal Kedokteran Meditek*, *27*(2), 164–172.

SDKI. (2019). *Satuan Diagnosis Keperawatan Indonesia*. https://archive.org/details/LaporanSDKI2017/page/n187/mode/2up

SLKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.

Sri Untari, Meity Mulya Susanti, Nurul Kodiyah, L. H. (2023). Buku Ajar Anatomi dan Fisiologi. In M. Nasrudin (Ed.), *NEM* (Cetakan 1, Vol. 1, Issue 5). NEM. https://scholar.google.com/citations

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(3), 209–249. https://doi.org/10.3322/caac.21660

Wijaya, C. A., & Muchtaridi, M. (2017). Pengobatan Kanker Melalui Metode Gen Terapi. *Jurnal Universitas Padjadjaran*, *15*(1), 53.

Wijaya, P. J. A. M. A. A. S. (2024). *Experience Of Asthma Patients In Management Of Asthmatic Status*. *4*(2), 7823–7830.

World Health Organization (WHO) Cancer. (2024). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services#:~:text=In 2022%2C there were an,women die from the disease.

Yudha, U. A. S. (2017). Buku ajar keperawatan medikal bedah sistem respirasi. In *Deepublish: Vol. viii* (Cet. 1). Deepublish.

**LAMPIRAN**

**LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR**

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama dan NIM : 1. Iren Stefani Sampebua (C1914201080)

2. Irene Ony Tony (C1914201082)

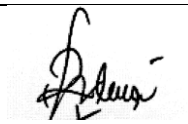
Program : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ca Paru di Ruangan Bernadet I Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing Kasus : Rosdewi., S.Kp., MSN

NIDN : 0925117501

| NO | HARI/TANGGAL | MATERI KONSUL | TANDA TANGAN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | PENELITI | | PEMBIMBING |
| | | | I | II | |
| 1. | Sabtu/ 27 April 2024 | - Lapor kasus KIA<br>- ACC pengambilan CA Paru<br>- Lanjutkan ke BAB III |  |  |  |
| 2 | Senin, 6 Mei 2024 | -Konsul BAB III pengkajian-evaluasi keperawatan<br>-Revisi pengkajian<br>-Revisi penyusunan kata evaluasi |  |  |  |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Kamis, 16 Mei 2024 | - ACC BAB III<br>- Lanjut BAB IV |  |  |  |
| 4 | Jumat, 31 Mei 2024 | Konsul BAB IV<br>- Revisi penyusunan kata di pembahasan kasus<br>- Tambakan data-data dari pengkajian |  |  |  |
| 5 | Senin, 3 Juni 2024 | Konsul revisiBAB IV<br>- Tambahkan teori di pembahasan kasus<br>- Revisi PICOT EBN<br>- Telaah kembali EBN<br><br>Lanjut BAB V |  |  |  |
| 6 | Jumat. 7 Juni 2024 | ACC BAB IV<br>ACC BAB V |  |  |  |

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama dan NIM : 1. Iren Stefani Sampebua (C1914201080)
2. Irene Ony Tony (C1914201082)

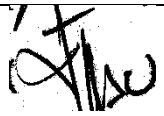
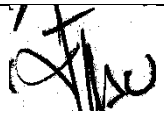
Program : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ca Paru di Ruangan Bernadet I Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing 2 : Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M. Kes

NIDN : 0928027101

| NO | HARI/TANGGAL | MATERI KONSUL | TANDA TANGAN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | PENELITI | | PEMBIMBING |
| | | | I | II | |
| 1 | Selasa, 21 Mei 2024 | Konsul BAB I<br>- Tambahkan data CA Paru di Makassar<br>- Tambahkan manfaat praktisi<br>- Tambakan poin sistematika penulisan<br>Lanjut BAB II | | | |
| 2 | Rabu, 29 Mei 2024 | Konsul revisi BAB I<br>ACC BAB I | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Konsul BAB II<br>- Sesuaikan patoflowdiagram dengan teori dalam bentuk narasi<br>- Perbaiki format penulisan | | | |
| 3 | Kamis 30 Mei 2024 | ACC BAB II<br>Konsul BAB IV<br>- Tambahkan teori di pembahasan kasus<br>- Revisi PICOT EBN<br>- Lanjut BAB V |  |  |  |
| 4. | Jumat, 7 Juni 2024 | ACC BAB IV<br>ACC BAB V |  |  |  |

**RIWAYAT HIDUP**



Nama : Iren Stefani Sampebua
Tempat/tanggal lahir : Jayapura, 3 April 2000
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl. Sudiang

Pendidikan yang ditempuh :

- TK Anugrah
- SD Negeri Inpres Kotaraja dalam
- SMP Negeri 2 Jayapura
- SMA Negeri 1 Jayapura
- Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura
- STIK Stella Maris Makassar

Nama Ibu : Rifriani Bubun
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jayapura Papua

Nama Ayah : Agung Sampebua
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
Alamat : Jayapura Papua



Nama : Irene Ony Tony

Tempat/tanggal lahir : Makassar, 8 Maret 2001

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Katolik

Alamat : Perumahan Bukamata Residence Blok Melati

Pendidikan yang ditempuh :

- TK Santa Anna Nusa Indah Makassar : 2007 - 2008
- SD Katolik Santo Joseph Makassar : 2008 - 2014
- SMP Katolik Rajawali Makassar : 2014 - 2016
- SMA Frater Kumala Makassar : 2016 - 2019
- STIK Stella Maris Makassar : 2019 - 2024

Nama Ibu : Bernadet

Agama : Katolik

Pekerjaan : Pegawai Swasta

Alamat : Perumahan Bukamata Residence Blok Melati 2 no 4

Nama Ayah : Alm. Siprianus Migo Fernandes

Agama : Katolik

Pekerjaan : -

Alamat : Perumahan Bukamata Residence Blok Melati 2 no 4