

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.N.A.O YANG MENGALAMI
KANKER PARU-PARU DI RUANGAN TERATAI RSUD W.Z. JOHANNES
KUPANG**



OLEH

MUFATIR PUA DAWE
NIM : PO 530320115036

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PRODI DIII KEPERAWATAN

2018

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.N.A.O YANG MENGALAMI KANKER PARU-PARU DI RUANGAN TERATAI RSUD W.Z.JOHANNES KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk Menyelesaikan
studi pada program Studi Diploma III Keperawatan Dan mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan**



OLEH

MUFATIR PUA DAWE

NIM : PO 530320115036

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN**

2018

BIODATA

Nama : Mufatir Pua Dawe
TTL : Nangaroro, 9 Februari 1996
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Kecamatan Nangaroro, Kabupaten Nagekeo
Riwayat pendidikan : 1. Tamat SDI Madambake
2. Tamat SMP N 1 Nangaroro
3. Tamat SMK Kesehatan Sura Dewa Larantuka
4. Sejak tahun 2015 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang

MOTTO

“Jika Anda Kecewa Dan Mengeluh Terhadap Dirimu Sendiri Dengan Segala Kekuranganmu, Datanglah Kepada Arsitek yang Merancang Dan Menciptakan Dirimu Sendiri”

BIODATA

Nama : Mufatir Pua Dawe
TTL : Nangaroro, 9 Februari 1996
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Kecamatan Nangaroro, Kabupaten Nagekeo

Riwayat pendidikan : 1. Tamat SDI Madambake
2. Tamat SMP N 1 Nangaroro
3. Tamat SMK Kesehatan Sura Dewa Larantuka
4. Sejak tahun 2015 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang

MOTTO

**“Jika Anda Kecewa Dan Mengeluh Terhadap Dirimu Sendiri
Dengan Segala Kekuranganmu, Datanglah Kepada Arsitek yang
Merancang Dan Menciptakan Dirimu Sendiri”**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

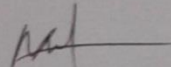
Nama : Mufatir Pua Dawe
NIM : PO.530320115036
Program Studi : DIII Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 18 Juni 2018

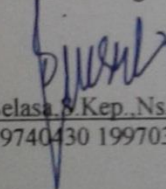
Pembuat Pernyataan



Mufatir Pua Dawe

PO.530320115036

Mengetahui
Pembimbing

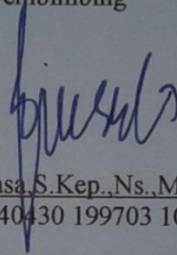


Pius Selasa, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP. 19740430 199703 1001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Mufatir Pua Dawe NIM PO.530320115036 dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. N.A.O yang Mengalami Kanker Paru di Ruang Teratai RSUD Prof W.Z Johannes Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



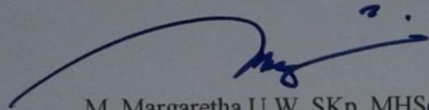
Pius Selasa S.Kep.,Ns.,MSc
NIP. 19740430 199703 1001

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus oleh Mufatir Pua Dawe dengan judul Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. N.A.O yang Mengalami Kanker Paru di Ruang Teratai RSUD Prof W.Z Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 26 Juni 2018

Dewan Penguji

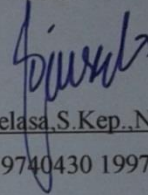
Penguji I



M. Margaretha U.W. SKp, MHSc

NIP: 19560217 198603 2001

Penguji II



Pius Selasa, S.Kep.,Ns.,MSc

NIP. 19740430 199703 1001

Mengesahkan

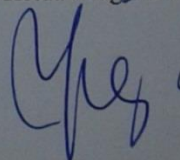
Ketua Jurusan Keperawatan



M. Margaretha U.W. SKp, MHSc
NIP. 19560217 198603 2001

Mengetahui

Ketua Program Studi



Margaretha Telly, S.Kep.,Ns.,MSc,PH
NIP. 19770727 200003 2002

KATA PEGANTAR

Puji syukur kita panjatkan atas kehadiran ALLAH AWT, karena atas bimbingan, rahmat dan karunianya sehingga saya selaku penulis mampu menyelesaikan Studi Kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Tn.N.A.O Yang Mengalami Kanker Paru Di RSUD W.Z.Johannes Kupang. Studi kasus ini disusun untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar Amd.Kep di prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan ini tidak lepas dari dukungan, motivasi, kerja sama maupun bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, perkenalkan penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Ibu M. Margaretha U. W., SKp., MHSc selaku Ketua Prodi Keperawatan Kupang dan sebagai dosen penguji dan sekalian sudah membimbing penulis dengan penuh kesabaran sehingga penulis dapat membuat studi kasus ini.
2. Bapak Pius Selasa, S.Kep. Ns, MSc selaku pembimbing yang sudah membimbing penulis dalam pembuatan studi kasus dan telah menyisihkan waktu untuk membimbing penulis sehingga penulisan studi kasus ini dapat berjalan dengan baik.
3. Bapak Drs, Jefrin Sambara, Apt, Msi selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang pada periode 2014 – 2018 dan kepada Ibu R.H. Kristina, SKM., M.Kes selaku direktur Poltekkes Kemenkes Kupang pada periode 2018 –

2022 yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian studi kasus.

4. Ibu Theresia Dhiu Amd.Kep selaku penguji kedua serta CI Klinik di Ruang Teratai RSUD W.Z.Johannes Kupang yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan studi kasus.
5. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.
6. Untuk orang tua dan keluarga besar yang selalu memberi dukungan, doa, dan juga motivasi kepada penulis sehingga penulis mampu bertahan dan berjuang sejauh ini.
7. Terima kasih kepada sahabat – sahabat, serta adek Ulfa Pua Dawe dan adek Inggrit yang sudah ikut mensupport saya selama pembuatan karya tulis ilmiah ini.
8. Kepada teman-teman angkatan 24 tingkat IIIa dan IIIb, terutama generation nurse A yang selama ini selalu berjuang bersama dan sudah banyak membantu penulis selama 3 tahun bersama di keperawatan Poltekkes Kupang.
9. Untuk sahabat kelompok UAP yaitu Yuni Daiman, Puspa Saudale, Incha Koloh, Sinta Bule Logo yang telah berjuang bersama penulis dalam pembuatan studi kasus.

Akhir kata penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu segala pendapat, saran dan kritikan yang

membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis dalam penyempurnaan Studi Kasus ini.

Kupang, 18 Juni 2018

Penulis

ABSTRAK

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.N.A.O Yang Mengalami Kanker Paru-Paru Di Ruang Teratai RSUD W.Z. Johannes Kupang. Kanker paru adalah penyakit pertumbuhan jaringan yang tidak dapat terkontrol pada jaringan paru. Menurut *American Cancer Society* (2013) 80% kasus kanker paru disebabkan oleh rokok (perokok aktif) dan 20 % (perokok pasif). Menurut hasil riset kesehatan dasar 2013 oleh Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI dan data penduduk sasaran, Pusdatin Kementerian Kesehatan RI, didapatkan data total keseluruhan penyakit kanker di Indonesia berjumlah 347.792. Di propinsi NTT didapatkan data berjumlah 4.974.

Penelitian ini adalah agar mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Tn.N.A.O dengan diagnosa medis kanker paru. Bagi masyarakat sebagai sarana untuk mengetahui status kesehatan anak di ruang Teratai RSUD W.Z. Johannes Kupang. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi menjadi bahan bagi perpustakaan dan pedoman atau acuan bagi peneliti selanjutnya.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam didapatkan masalah keperawatan ketidaefektifan bersihan jalan napas b.d penumpukan sekret, hambatan mobilitas fisik, resiko infeksi, defisit pengetahuan, defisit perawatan diri, insomnia, kerusakan integritas kulit.

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB 1 PENDAHULUAN.....	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Permasalahan	4
1.3 Tujuan Masalah	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	5
BAB 2 TINJAUAN TEORI	
2.1 Konsep Penyakit.....	6
2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3 Klasifikasi.....	8
2.1.4 Etiopatofis	10
2.1.5 Manifestasi Klinis	11
2.1.6 Stadium	12
2.1.7 Patofisiologi.....	14
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.9 Penatalaksanaan	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Kanker Paru.....	18
BAB 3 STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Studi Kasus	34
3.1.1 Pengkajian	34

3.1.2 Perumusan Diagnosa Keperawatan	35
3.1.3 Perencanaan.....	37
3.1.4 Implementasi	41
3.1.5 Evaluasi	44
3.2 Pembahasan	46
3.2.1 Pengkajian	46
3.2.2 Diagnosa	47
3.2.3 Perencanaan.....	49
3.2.4 Implementasi	52
3.2.5 Evaluasi	56
3.2. Keterbatasan Studi Kasus	59
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	60
4.2 Saran	61
DAFTAR PUSTAKA.....	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker paru adalah penyakit pertumbuhan jaringan yang tidak dapat terkontrol pada jaringan paru. Munculnya kanker ditandai dengan pertumbuhan sel yang tidak normal, tidak terbatas, dan merusak sel-sel jaringan yang normal. Penyebab utama kanker paru adalah asap rokok yang telah diidentifikasi dapat menyebabkan kanker dengan 63 jenis bersifat karsinogen dan beracun (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2003). Menurut *American Cancer Society* (2013)- 80% kasus kanker paru disebabkan oleh rokok (perokok aktif) dan 20 % (peroko pasif). Penyebab kanker paru lainnya adalah radiasi dan populasi udara. Selain itu, nutrisi dan genetik terbukti juga berperan dalam timbulnya kanker paru (Albert & Sumet, 2003).

Manifestasi klinis dari kanker paru pada gejala awal seperti stridor local dan dispneu ringan yang mungkin disebabkan oleh obstruksi bronkus. Gejala umum, batuk (Kemungkinan akibat iritasi yang disebabkan oleh massa tumor). Batuk mulai sebagai batuk kering tanpa membentuk sputum, tetapi berkembang sampai titik dimana dibentuk sputum yang kental dan purulen dalam berespon terhadap infeksi sekunder, hemoptisis, anoreksia, lelah, dan berkurangnya berat badan. Gejala intra pulmoner yang meliputi batuk 70% - 90% kasus, batuk darah 6-51%, nyeri dada kemeng 42-67%, sesak napas 58% kasus. Gejala intra torasik intra pulmoner yang meliputi penekanan-penekanan atau pun pengrusakan struktur sekitar nervus phrenicus, akan menyebabkan lumpuhnya diafragma saraf simpatik, esofagus (dispagia).

Berdasarkan data dari Departemen Pulmonologi Dan Kedokteran Respirasi FKUI-RUSP persahabatan, angka kasus baru kanker paru meningkat lebih dari 5 kali lipat dalam waktu 10 tahun terakhir dan sebagian besar penderita datang pada stadium lanjut (IIIb/IV). Kanker paru merupakan penyakit kanker dengan

penyebab kematian terbanyak di dunia, yaitu mencapai 1,61 juta kematian pertahun 12,7%, Varalakshmi, 2013. Di Indonesia kanker paru menduduki peringkat ke 3 diantara kanker yang paling sering ditemukan di beberapa rumah sakit (Metha, dkk, 2014).

Menurut hasil riset kesehatan dasar 2013 oleh Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI dan data penduduk sasaran, Pusdatin Kementerian Kesehatan RI, didapatkan data total keseluruhan penyakit kanker di Indonesia berjumlah 347.792. Di propinsi NTT didapatkan data berjumlah 4.974 kasus.

Kanker paru memerlukan penanganan medis dan keperawatan. Penanganan medis meliputi Pembedahan seperti toraktomi eksplorasi, pneumonektomi (pengangkatan paru), lobektomi (pengangkatan lobus paru), reseksi segmental, reseksi baji, dekontikasi, radiasi, kemoterapi. Sedangkan penanganan keperawatan mencakup, pemberian asuhan keperawatan yang berorientasi pada penyelesaian masalah pemenuhan kebutuhan dasar. Asuhan keperawatan yang professional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implemementasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan melalui pengumpulan data subyektif dan objektif yang muncul sebagai respon terhadap penyakit tersebut dalam bentuk tanda dan gejala. Pengkajian yang biasa dilakukan pada pasien dengan kanker paru yaitu, keluhan umum : adanya nyeri dada, sesak napas, mengi, batuk, sputum mengandung darah.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita kanker paru yaitu, kerusakan pertukaran gas, bersihan jalan nafas tidak efektif, ketakutan / ansietas, kurang pengetahuan mengenai kondisi, tindakan, prognosis. Perencanaan yang dilakukan pada pasien dengan kanker paru yaitu, catat perubahan upaya dan pola bernafas, observasi penurunan ekspansi dinding dada, catat karakteristik batuk (misalnya menetap, efektif, tak efektif), juga produksi dan karakteristik sputum, pertahankan posisi tubuh/ kepala tepat dan gunakan alat jalan nafas sesuai

kebutuhan, kolaborasi pemberian bronkodilator, contoh aminofilin , albuterol dll (awasi untuk efek Samping merugikan dari obat, contoh takikardi, hipertensi, tremor, insomnia). Dari perencanaan yang dibuat perawat dapat melaksanakan tindakan keperawatan yaitu, mencatat perubahan upaya dan pola bernafas, observasi penurunan ekspansi dinding dada, mencatat karakteristik batuk (misalnya menetap, efektif, tak efektif), juga produksi dan karakteristik sputum, mempertahankan posisi tubuh yang tepat dan gunakan alat jalan nafas sesuai kebutuhan, melakukan tindakan kolaborasi pemberian bronkodilator, contoh aminofilin, albuterol. Perencanaan tersebut yang sudah diimplementasikan agar dapat memberikan hasil/evaluasi sesuai dengan harapan pasien.

Selain sebagai pemberi asuhan keperawatan, menurut Potter dan Perry (2005), perawat juga berperan sebagai care givers pemberi asuhan keperawatan, pemberi keputusan klinis perawat mampu berpikir kritis dimulai dari pengkajian pasien hingga evaluasi setiap tindakan, sebagai pelindung perawat dapat mempertahankan lingkungan yang aman bagi pasien dengan cara menjauhkan risiko-risiko yang dapat mencelakai pasien, sebagai manajer kasus perawat bertugas untuk mengkoordinir aktivitas tenaga kesehatan lain dalam pemberian asuhan kepada klien, sebagai rehabilitator perawat berperan untuk memfasilitasi klien dalam mencapai tingkat kesehatan tinggi.

1.2 Permasalahan

Berdasarkan permasalahan di atas, maka rumusan masalah yang diangkat :

- 1.2.1 Bagaimana gambaran hasil pengkajian pada pasien dengan kanker paru?
- 1.2.2 Bagaimana rumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan kanker paru?
- 1.2.3 Bagaimana perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker paru?
- 1.2.4 Bagaimana implementasi pada pasien dengan kanker paru?
- 1.2.5 Bagaimana evaluasi hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker paru?

1.3 Tujuan masalah

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Tn.N.A.O dengan diagnosa medis kanker paru.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Tn.N.A.O
2. Mahasiswa dapat menegakkan diagnose keperawatan pada pasien Tn.N.A.O
3. Mahasiswa dapat membuat perencanaan keperawatan pada pasien Tn.N.A.O
4. Mahasiswa dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Tn.N.A.O
5. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn.N.A.O

1.4 Manfaat studi kasus

1. Bagi masyarakat

Sebagai sarana untuk mengetahui status kesehatan di ruang Teratai RSUD W.Z. Johannes Kupang.

2. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi

Menjadi bahan bagi perpustakaan dan pedoman atau acuan bagi peneliti selanjutnya.

3. Bagi penulis

Menambah wawasan dalam melaksanakan praktik keperawatan KMB yang dapat dipakai sebagai acuan dalam bekerja.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KANKER PARU

2.1 Konsep penyakit

2.1.1 Pengertian

Tumor paru merupakan keganasan pada jaringan paru (Price, 1995). Kanker paru merupakan abnormalitas dari sel-sel yang mengalami proliferasi dalam paru (Underwood, 2000).

2.1.2 Etiologi

Meskipun etiologi sebenarnya dari kanker paru belum diketahui, tetapi ada beberapa faktor yang agaknya bertanggung jawab dalam peningkatan insiden kanker paru :

1. Merokok tak diragukan lagi merupakan faktor utama. Suatu hubungan statistik yang detentif telah ditegakkan antara perokok berat (lebih dari dua puluh batang sehari) perokok seperti ini mempunyai kecenderungan sepuluh kali lebih besar dari pada perokok ringan. Selanjutnya orang perokok berat yang sebelumnya dan telah meninggalkan kebiasaannya akan kembali ke pola risiko bukan perokok dalam waktu sekitar 10 tahun. Hidrokarbon karsinogenik telah ditemukan dalam tembakau rokok yang jika dikenakan pada kulit hewan, menimbulkan tumor.
2. Iridasi
Insiden karsinoma paru yang tinggi pada penambang kobalt di Schneeberg dan penambang radium di Joachimsthal lebih dari 50% meninggal akibat kanker paru berkaitan dengan adanya bahan radioaktif dalam bentuk radon. Bahan ini diduga merupakan agen etiologi operatif.

3. Kanker paru akibat kerja

Terdapat insiden yang tinggi dari pekerja yang terpapar dengan karbonil nikel (pelebur nikel) dari arsenic (pembasmi rumput). Pekerja pemecah hematite (paru-paru hematite) dan orang-orang yang bekerja dengan asbestos dan dengan kromat juga mengalami peningkatan insiden.

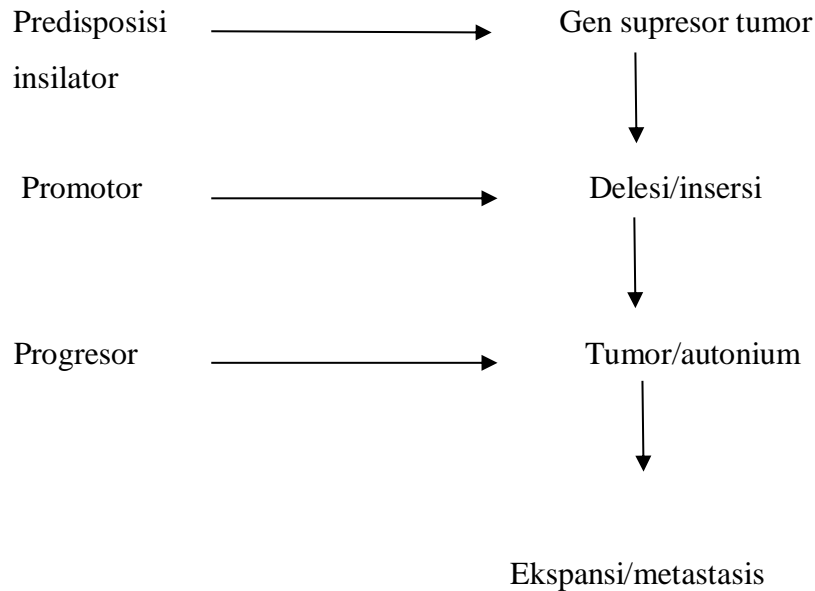
4. Polusi udara

Mereka yang tinggal di kota mempunyai angka kanker paru yang lebih tinggi dari pada mereka yang tinggal di desa dan walaupun telah diketahui adanya karsinogen dari industry dan uap diesel atmosfer di kota . (Thomson, 1997).

5. Genetik

Terdapat perubahan/mutasi beberapa gen yang berperan dalam kanker paru, yakni : Proto onkogen, Tumor suppressor gene, Gene encoding enzymes.

Menurut teori Onkogenesis, terjadinya kanker paru didasari oleh tampilnya gen suppressor tumor dalam genom (onkogen). Adanya insiator mengubah gen supresor tumor dengan cara menghilangkan (delesi/del) atau penyisipan (insersi/inS) sebagian susunan pasangan basanya, tampilnya gen erbB1 dan atau neu/erbB2 berperan dalam anti apoptosis (mekanisme sel untuk mati secara alamiah- *programmed cell death*). Perubahan tampilan gen kasus ini menyebabkan sel sasaran dalam hal ini sel paru berubah menjadi sel kanker dengan sifat pertumbuhan yang autonom. Dengan demikian kanker merupakan penyakit genetik yang pada pemulaan terbatas pada sel sasaran kemudian menjadi agresif pada jaringan sekitarnya.



6. Diet

Dilaporkan bahwa rendahnya konsumsi betakaroten, selenium dan vitamin A menyebabkan tingginya resiko terkena kanker paru.

(*Padila, 2001*).

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi menurut WHO untuk Neoplasma Pleura dan paru-paru (1977) :

1. Karsinoma bronkogenik

a. Karsinoma epidermoid (skuamosa).

Kanker ini berasal dari permukaan epitel bronkus. Perubahan epitel termasuk metaplasia, atau dysplasia akibat merokok jangka panjang, secara khas mandahului timbulnya tumor.

Terletak sentral sekitar hilus, dan menonjol kedalam bronki besar. Diameter tumor jarang melampaui beberapa centimeter dan cenderung menyebar langsung ke kelenjar geta bening hilus, dinding dada dan mediatinum.

b. Karsinoma sel kecil (termasuk sel oat)

Biasanya terletak ditengah sekitar percabangan utama bronki. Tumor ini timbul dari sel-sel kulchitsky, komponen normal dari epitel

bronkus. Terbentuk dari sel-sel kecil dengan inti hiperkromatik pekat dan sitoplasma sedikit. Metastasis diri ke mediasternum dan kelenjar limfe hilus, demikian pula dengan penyebaran hematogen ke organ-organ distal.

c. Adenokarsinoma (termasuk karsinoma sel alveolar)

Memperlihatkan susunan seluler seperti kelenjar bronkus dan dapat mengandung mucus. Kebanyakan timbul di bagian perifer segmen bronkus dan kadang-kadang dapat dikaitkan dengan jaringan parut local pada paru-paru dan fibrosis interstisial kronik. Lesi seringkali meluas melalui pembuluh darah limfe pada stadium dini, dan secara klinis tetap tidak menunjukkan gejala-gejala sampai terjadinya metastasis yang jauh.

d. Karsinoma sel besar

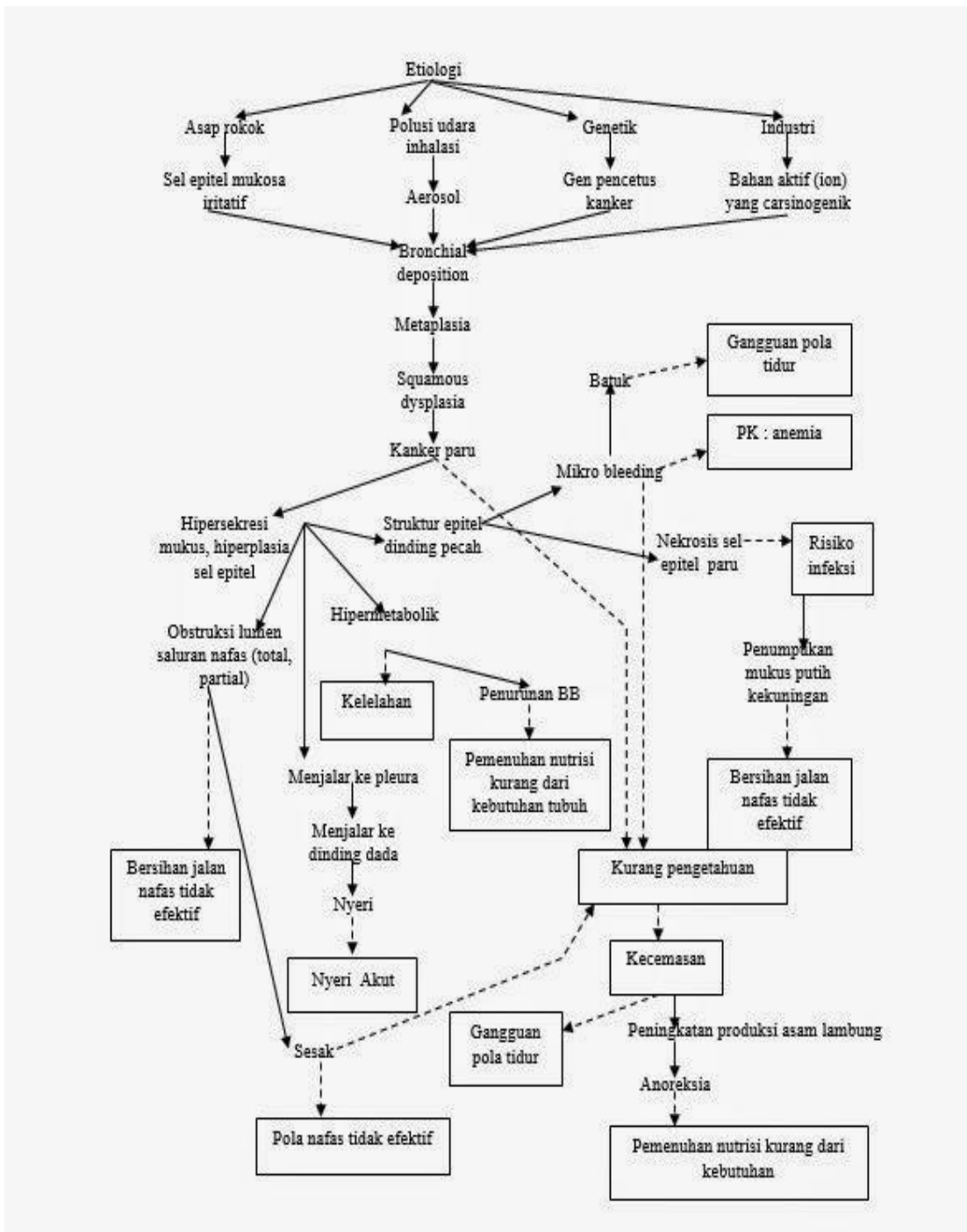
Merupakan sel-sel ganas yang besar dan berdiferensiasi sangat buruk dengan sitoplasma yang besar dan ukuran inti bermacam-macam. Sel-sel ini cenderung untuk timbul pada jaringan paru-paru perifer, tumbuh cepat dengan penyebaran ekstensif dan cepat ke tempat-tempat yang jauh.

e. Gabungan adenokarsinoma dan epidermoid

f. Lain-lain

1. Tumor karsinoid
2. Tumor kelenjar bronchial
3. Tumor papilaris dan epitem permukaan
4. Tumor campuran dan karsinoma
5. Sarcoma
6. Tidak terklarifikasi
7. Mesotelioma
8. Melanoma (Price, 1995)

2.1.4 Etiopatofis



(sumber : WOC)

2.1.5 Manifestasi klinis

1. Gejala awal

Stridor local dan dispneu ringann yang mungkin disebabkan oleh obstruksi bronkus.

2. Gejala umum

a. Batuk

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

b. Hemoptisis

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

c. Anoreksia, lelah, berkurangnya berat badan.

3. Gejala klinis

Gejala yang muncul tergantung pada pasien dengan CA paru biasanya meliputi berbagai gejala klinis diantaranya :

a. Gejala intra pulmoner yang meliputi :

- 1) Batuk (70% - 90% kasus)
- 2) Batuk darah (6-51%)
- 3) Nyeri dada kemeng (42-67%)
- 4) Sesak napas (58% kasus)

b. Gejala intra torasik intra pulmoner yang meliputi penekanan-penekanan ataupun pengrusakan struktur sekitar :

- 1) Nervus phrenicus, akan menyebabkan lumpuhnya diafragma
- 2) Saraf simpatik
- 3) Eshofagus (dispagia)
- 4) Vena cava superior yang dapat menyebabkan bengkak pada wajah, leher, dan pembuluh darah kontralateral.

2.1.6 Stadium

Tabel stadium TNM untuk kanker paru-paru : 1996 American Joint Committee On Cancer.

Gambaran TNM	Defenisi
Tumor primer (<i>T</i>)	Tidak terbukti adanya tumor primer
T0	Kanker yang tersembunyi terlihat pada sitologi
Tx	bilasan bronkus tetapi tidak terlihat pada radiogram atau bronkoskopi
TIS	Karsioma in situ
T1	Tumor dengan diameter ≤ 3 cm dikelilingi paru-paru atau pleura viseralis yang normal.
T2	Tumor dengan diameter 3 cm atau dalam setiap ukuran dimana sudah menyerang pleura viseralis atau mengakibatkan atelektasis yang meluas ke hilus, harus berjarak 2 cm distal dari karina.
T3	Tumor dalam setiap ukuran pleura mediastinalis, atau pericardium tanpa mengenai jantung, pembuluh darah besar, trakea, esophagus, atau korpus vertebrae, atau dala jarak 2 cm dari karina tetapi tidak melibat karina.
T4	Tumor dalam setiap ukuran yang sudah menyerang mediastinum atau mengenai jantung, pembuluh darah besar, trakea, esophagus, koepua vertebrae, atau karina, atau adanya efusi pleura yang maligna.
<i>Kelenjar limfe regional (N)</i>	
N0	Tidak dapat terlihat metastasis pada kelenjar
N1	
N2	

N3	regional.
Metastasis jauh (M)	Metastasis pada peribronkial dan/atau kelenjar-kelenjar hilus ipsilateral.
M0	Metastasis pada mediastinal ipsi lateral atau kelenjar limfe subkarina.
M1	Metastasis pada mediastinal atau kelenjar-kelenjar limfe hilus kontralateral ; kelenjar-kelenjar limfe skalenus atau supraklavikular ipsilateral atau kontralateral.
<i>Kelompok stadium</i>	
Karsinoma tersembunyi	
TxNOM0	
Stadium 0	
TISNOM0	Tidak diketahui adanya metastasis jauh
Stadium 1	Metastasis jauh terdapat pada tempat tertentu (seperti otak).
T1NOM0	Sputum mengandung sel-sel ganas tetapi tidak dapat dibuktikan adanya tumor primer atau metastasis
T1N1M0	Karsinoma in situ
Stadium II	
T2N1M0	Tumor termasuk klasifikasi T1 atau T2 tanpa adanya bukti metastasis pada kelenjar limfe regional atau tempat yang jauh.
Stadium IIIa	
T3NOM0	
Stadium IIIb setiap	Tumor termasuk klasifikasi T1 atau T2 dan terdapat bukti adanya metastasis pada kelenjar limfe peribronkial atau hilus ipsilateral.
T4	
Setiap NM0	
Stadium IV setiap T, setiap	Tumor termasuk klasifikasi T3 dengan atau tanpa bukti metastasis pada kelenjar limfe

N,M1	<p>peribronkial atau hilus ipsilateral, tidak ada metastasis jauh.</p> <p>Setiap tumor dengan metastasis pada kelenjar limfe hilus atau mediastinal kontralateral, atau pada kelenjar limfe</p> <p>Skalenus atau supraklavikular, atau setiap tumor yang termasuk klasifikasi T4 dengan atau tanpa metastasis kelenjar limfe regional, tidak ada metastasis jauh.</p> <p>Setiap tumor dengan metastasis jauh.</p>
------	---

Sumber : (Price, 1995).

2.1.7 Patofisiologi

Dari etiologi yang menyerang percabangan segmen/ sub bronkus menyebabkan cilia hilang dan deskuamasi sehingga terjadi pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka menyebabkan metaplasia, hyperplasia dan dysplasia. Bila lesi perifer yang disebabkan oleh metaplasia, hyperplasia dan dysplasia menembus ruang pleura, biasa timbul efusi pleura, dan bisa diikuti invasi langsung pada kosta dan korpus vertebrae.

Lesi yang letaknya sentral berasal dari salah satu cabang bronkus yang terbesar. Lesi menyebabkan obstruksi dan ulserasi bronkus dengan diiikuti dengan supurasi dibagian distal. Gejala-gejala yang timbul dapat berupa batuk, hemoptysis, dyspneu, demam, dan dingin. *Wheezing unilateral* dapat terdengar pada saat auskultasi.

Pada stadium lanjut, penurunan berat badan dan biasanya menunjukkan adanya metastase, khususnya pada hati. Kanker paru dapat bermetastase ke struktur-struktur terdekat seperti kelenjar limfe, dinding esophagus, pericardium, otak, dan tulang rangka.

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

1. Radiologi

a. Foto thorax posterior-anterior (PA) dan lateral serta tomografi dada. Merupakan pemeriksaan awal sederhana sederhana yang dapat mendeteksi adanya kanker paru. Menggambarkan bentuk, ukuran, dan lokasi lesi. Dapat menyatakan massa udara pada bagian hilus, effuse pleural, atelektasis erosi tulang rusuk atau vertebrae.

b. Bronkhografi

Untuk melihat tumor dipercabangan bronkus.

2. Laboratorium

a. Sitologi (sputum, pleural, atau nodus limfe).

Dilakukan untuk mengkaji adanya/tahap karsinoma.

b. Pemeriksaan fungsi paru dan GDA

Dapat dilakukan untuk mengkaji kapasitas untuk memenuhi kebutuhan ventilasi.

c. Tes kulit, jumlah absolute limfosit.

Dapat dilakukan untuk mengevaluasi kompetensi imun (umum pada kanker paru).

3. Hispatologi

a. Bronkoskopi

Memungkinkan visualisasi, pencucian bagian dan pembersihan sitologi lesi (besarnya karsinoma bronkogenik dapat diketahui).

b. Biopsi trans torakal (TTB).

Biopsi dengan TTB terutama untuk lesi yang letaknya perifer dengan ukuran < 2 cm, sensitivitasnya mencapai 90-95 %.

c. Torakoskopi

Biopsi tumor didaerah pleura memberikan hasil yang lebih baik dengan cara torakoskopi.

d. Mediastinosopi

Untuk mendapatkan tumor metastastasis atau kelenjar getah bening yang terlibat.

e. Torakotomi

Torakotomi untuk diagnostik kanker paru dikerjakan bila bermacam-macam prosedur nonn invasif sebelumnya gagal mendapatkan sel tumor.

4. Pecitraan

a. CT-Scanning untuk mengevaluasi jaringan parenkim paru dan pleura.

b. MRI, untuk menunjukkan keadaan mediasternum.

2.1.9 Penatalaksanaan

Tujuan pengobatan kanker dapat berupa :

a. Kuratif

Memperpanjang masa bebas penyakit dan meningkatkan angka harapan hidup klien.

b. Paliatif

Mengurangi dampak kanker, meningkatkan kualitas hidup.

c. Rawat rumah (Hospice care) pada kasus terminal.

Mengurangi dampak fisis maupun psikologis kanker baik pada pasien maupun keluarga.

d. Supotif

Menunjukkan pengobatan kuratif, paliatif, dan terminal seperti pemberian nutrisi, transfusi darah dan komponen darah, obat anti nyeri dan anti infeksi (Padila, 2001 dan Doenges, 2000).

1. Pembedahan

Tujuan pada pembedahan kanker paru sama seperti penyakit paru lain, untuk mengangkat semua jaringan yang sakit sementara mempertahankan sebanyak mungkin fungsi pari-paru yang tidak terkena kanker.

a) Toraktomi eksplorasi

Untuk mengkonfirmasi diagnosa tersangka penyakit paru atau thoraks khususnya karsinoma, untuk melakukan biopsi.

b) Pneumonektomi (pengangkatan paru)

Karsinoma bronkogenik bilamana dengan labektomi tidak semua lesi bisa diangkat.

c) Labektomi (pengangkatan lobus paru)

Karsinoma bronkogenik yang terbatas pada satu lobus, bronkietasis bleb atau bula emfisematosa ; abses paru, infeksi jamur, tumor jinak tuberkulois.

d) Resesi segmental

Merupakan pengangkatan satu atau lebih segmen paru.

e) Resesi baji

Tumor jinak dengan batas tegas, tumor metas metik atau penyakit peradangan yang terlokalisir. Merupakan pengangkatan dari permukaan paru-paru berbentuk baji (potongan es).

f) Dekontikasi

Merupakan pengangkatan bahan-bahan fibrin dari pleura viscelaris.

2. Radiasi

Pada beberapa kasus, radioterapi dilakukan sebagai pengobatan kuratif dan bisa juga sebagai terapi adjuvant/paliatif pada tumor dengan komplikasi, seperti mengurangi efek obstruksi/penekanan terhadap pembuluh darah bronkus.

3. Kemoterapi

Kemoterapi digunakan untuk mengganggu pola pertumbuhan tumor, untuk menangani pasien tumor paru sel kecil atau dengan metastasis luas serta untuk melen gkapi bedah atau terapi radiasi.

2.2 Konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker paru

Asuhan keperawatan yang akan dibahas dalam tulisan ini adalah teori asuhan keperawatan menurut Bickley, 2008.

1. Pengkajian

A. Keluhan umum

Nyeri dada, sesak napas, mengi, batuk, sputum mengandung darah (hemoptisis).

B. Riwayat adanya faktor resiko

Perokok berat dan kronis baik sigaret maupun cerutu (faktor resiko mayo)

- Terpajan terhadap lingkungan karsinogen (polusi udara, arsenik, debu logam, asap kimia, debu radioaktif, dan asbestos).
- Penyakit kronis sebelumnya yang telah mengakibatkan pembentukan jaringan parut dan fibrosis pada jaringan paru.

C. Riwayat kesehatan keluarga

Salah satu hal yang perlu diperhatikan adalah riwayat keluarga. Faktor gen menjadi salah satu penyebab kanker.

D. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi dada untuk mengetahui

- Deformitas atau ketidakseimbangan
- Retraksi interkostal
- Gangguan atau penyimpangan gerakan pernapasan
- Frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya bernapas.
- Retraksi inspirasi pada area supraklavikular
- Kontraksi inspirasi sternomastoideus

b. Palpasi dada untuk mengetahui

- Nyeri tekan
- Pengkajian terhadap abnormalitas yang dapat dilihat
- Ekspansi pernapasan

- Fremitus taktil
- c. Perkusi dada
- Bunyi jantung normal mungkin tidak ada pada emfisema.
- d. Auskultasi
- Bunyi napas
 - Bunyi napas tambahan
Crackles/rales, mengi atau ronchi, wheezing.
 - Jika ada indikasi, bunyi suara yang ditransmisikan.

E. Pemeriksaan kuku jari dan tangan

- Inspeksi : Falang dorsal membulat dan menggelembung. Kecembunngan dari lempeng kuku meningkat. Sudut antara lempeng kuku dan lipatan kuku proksimal bertambah sampai 180° atau lebih. Lipatan kuku proksimal teraba seperti busa. Banyak penyebab dan kondisi ini, termasuk hipoksia kronis dan kanker paru.

2. Diagnosa Keperawatan Dan Rencana Keperawatan.

Preoperasi (Gale, 2000 dan Nanda 2015, Chyntia Tayor 2015)

1) Kerusakan pertukaran gas

Berhubungan dengan :

- Hipoventilasi

Batasan karakteristik :

- Gangguan penglihatan
- Penurunan Co₂
- Takikardi
- Keletihan
- Somnolen
- Iritabilitas
- Hypoxia

- Kebingungan
- Dyspneu
- Nasal faring
- AGD normal
- Sianosis
- Warna kulit abnormal (pucat)
- Sakit kepala ketika bangun
- Frekuensi dan kedalaman nafas abnormal.

Kriteria hasil : Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi adekuat dengan GDA dalam rentang normal dan bebas gejala distress pernafasan.

Intervensi :

- a) kaji status pernafasan dengan sering, catat peningkatan frekuensi atau upaya pernafasan atau perubahan pola nafas.

Rasional : Dispnea merupakan mekanisme kompensasi adanya tahanan jalan nafas

- b) Catat ada atau tidak adanya bunyi tambahan dan adanya bunyi tambahan, misalnya krekels, mengi.

Rasional : Bunyi nafas dapat menurun, tidak sama atau tak ada pada area yang sakit. krekels adalah bukti peningkatan cairan dalam area jaringan sebagai akibat peningkatan permeabilitas membrane alveolar kapiler, mengi adalah bukti adanya tahanan atau penyempitan jalan nafas sehubungan dengan mucus/ edema serta tumor.

- c) Kaji adanya sianosis

Rasional : penurunan oksigenasi bermakna terjadi sebelum sianosis, sianosis sentral dari organ hangat contoh lidah, bibir dan daun telinga adalah paling indikatif.

- d) kolaborasi pemberian oksigen lembab sesuai indikasi
Rasional : Memaksimalkan sediaan oksigen untuk pertukaran
- e) Awasi atau gambarkan seri GDA
Rasional : Menunjukkan ventilasi atau oksigenasi digunakan sebagai dasar evaluasi keefektifan terapi atau indikator kebutuhan perubahan terapi.

2) Bersihan jalan nafas tidak efektif

Berhubungan dengan :

- Adanya jalan napas buatan
- Benda asing dalam jalan nafas
- Eksudat dalam alveoli
- Hiperplasia pada dinding bronkus
- Mukus berlebihan
- Penyakit paru obstruksi kronis
- Sekresi yang bertahan
- Spasme jalan napas

Batasan karakteristik :

- Dyspneu, penurunan suara napas
- Orthopneu
- Cyanosis
- Kelainan suara napas (rales, wheezing).
- Kesulitan berbicara
- Batuk tidak efektif
- Produksi sputum
- Gelisah
- Perubahan frekuensi dan irama napas.

Kriteria Hasil :

- Menunjukkan hilangnya dispnea
- Mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih
- Mengeluarkan mucus tanpa kesulitan
- Menunjukkan perilaku untuk memperbaiki / mempertahankan bersihan jalan nafas.

Intervensi :

a) Catat perubahan upaya dan pola bernafas.

Rasional : penggunaan otot interkostal/abdominal dari pelebaran nasal menunjukkan peningkatan upaya bernafas

b) Observasi penurunan ekspansi dinding dada

Rasional : Ekspansi dada terbatas atau tidak sama sehubungan dengan akumulasi cairan, edema, dan sekret dalam seksi lobus.

c) Catat karakteristik batuk (misalnya menetap, efektif, tak efektif), juga produksi dan karakteristik sputum.

Rasional : karakteristik batuk dapat berubah tergantung pada penyebab gagal pernafasan. bila ada sputum mungkin banyak, kental, berdarah

d) Pertahankan posisi tubuh/ kepala tepat dan gunakan alat jalan nafas sesuai kebutuhan.

Rasional : Memudahkan memelihara jalan nafas atas paten bila jalan nafas pasien dipengaruhi

e) Kolaborasi pemberian bronkodilator, contoh aminofilin , albuterol dll. Awasi untuk efek Samping merugikan dari obat, contoh takikardi, hipertensi, tremor, insomnia.

Rasional : Obat diberikan untuk menghilangkan spasme bronkus, menurunkan viskositas sekret, memperbaiki

ventilasi dan memudahkan pembuangan sekret.
Memerlukan perubahan dosis/pilihan obat.

3) Ketakutan / ansietas

Berhubungan dengan :

- Krisis situasi
- Ancaman untuk perubahan status kesehatan, takut mati
- faktor psikologis

Batasan karakteristik :

- Gelisah
- Kesedihan yang mendalam
- Distress
- Ketakutan
- Perasaan tidak adekuat
- Gugup
- Bingung
- Menyesal
- Ragu/tidak percaya diri
- Khawatir

Kriteria Hasil :

- Menyatakan kesadaran terhadap ansietas dan cara sehat untuk mengatasinya
- Mengakui dan mendiskusikan takut
- Tampak rileks dan melaporkan ansietas menurun sampai tingkat dapat ditangani
- Menunjukkan pemecahan masalah dan penggunaan sumber efektif.

intervensi :

- a) Observasi peningkatan gelisah, emosi labil

Rasional : Memburuknya penyakit dapat menyebabkan atau meningkatkan ansietas

- b) pertahankan lingkungan tenang dengan sedikit rangsangan

Rasional : menurunkan ansietas dengan meningkatkan relaksasi dan penghematan energi.

- c) Tunjukan/bantu dengan teknik relaksasi ,meditasi,bimbingan imajinasi.

Rasional : memberikan kesempatan untuk pasien menangani ansietasnya sendiri dan merasa terkontrol

- d) Identifikasi persepsi klien terhadap ancaman yang ada oleh situasi.

Rasional : Membantu pengenalan ansietas/takut dan mengidentifikasi tindakan yang dapat membantu untuk individu.

- e) dorong pasien untuk mengakui dan menyatakan perasaan.

Rasional : Langkah awal dalam mengatasi perasaan adalah terhadap identifikasi dan ekspresi.mendorong penerimaan situasi dan kemampuan diri untuk mengatasi

- 4) Kurang pengetahuan mengenai kondisi,tindakan,prognosis.

Berhubungan dengan :

- Kurang informasi
- kesalahan interpretasi informasi
- kurang mengingat.

Batasan karakteristik :

- Perilaku hiperbola

- Perilaku tidak tepat (histeria, bermusuhan, agitasi, apatis).
- Pengungkapan masalah

Kriteria Hasil :

- Menjelaskan hubungan antara proses penyakit dan terapi
- Menggambarkan/menyatakan diet
- Obat dan program aktivitas
- Mengidentifikasi dengan benar tanda dan gejala yang memerlukan perhatian medic
- Membuat perencanaan untuk perawatan lanjut.

Intervensi :

- a) Dorong belajar untuk memenuhi kebutuhan pasien, berikan informasi dalam cara yang jelas/ringkas.

Rasional : sembuh dari gangguan gagal paru dapat sangat menghambat lingkup perhatian pasien, konsentrasi dan energi untuk penerimaan informasi/tugas baru.

- b) Berikan informasi verbal dan tertulis tentang obat

Rasional : pemberian instruksi penggunaan obat yang aman memungkinkan pasien untuk mengikuti dengan tepat program pengobatan.

- c) Kaji konseling nutrisi tentang reenvana makan, kebutuhan makanan kalori tinggi.

Rasional: pasien dengan masalah pernafasan berat biasanya mengalami penurunan berat badan dan anoreksia sehingga memerlukan peningkatan nutrisi untuk penyembuhan.

- d) Berikan pedoman untuk aktivitas

Rasional : pasien harus menghindari untuk terlalu lelah dan mengimbangi periode istirahat dan aktivitas untuk meningkatkan regangan/stamina dan menceggh konsumsi/kebutuhan oksigen berlebihan.

Pascaoperasi

1. Kerusakan pertukaran gas

Berhubungan dengan :

- Pengangkatan jaringan paru
- Gangguan suplai oksigen
- Menurunan kapasitas pembawa oksigen darah (kehilangan darah).

Kriteria hasil :

- Menunjukan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan adekuat dengan GDA dalam rentang normal .
- Bebas gejala distress pernafasan

Intervensi :

- a) Catat frekuensi ,kedalaman dan kemudahan pernafasan, observasi penggunaan otot bantu, nafas bibir, perubahan kulit/membrane mukosa.

Rasional : Pernafasan meningkat sebagai akibat nyeri atau sebagai mekanisme kompensasi awal terhadap hilangnya jaringan paru.

- b) Auskultasi paru untuk gerakan udara dan bunyi nafas tak normal

Rasional : konsolidasi dan kurangnya gerakan udara pada sisi yang dioperasi normal pada pasien pneumonoktomi. Namun, pasien tubektomi harus

menunjukkan aliran udara normal pada lobus yang masih ada.

c) Pertahankan kepatenan jalan nafas memengaruhi ventilasi, mengganggu pertukaran gas.

d) Ubah posisi dengan sering, letakkan pasien pada posisi duduk juga telentang sampai posisi miring.

Rasional : Memaksimalkan ekspansi paru dan drainase sekret.

e) Dorong /bantu dengan latihan nafas dalam dan oksigenasi dan menurunkan/mencegah atelektasis.

2. Bersihan jalan nafas tidak efektif

Berhubungan dengan :

- Peningkatan jumlah/viskositas sekret
- keterbatasan gerakan dada/nyeri
- kelemahan/kelelahan

Kriteria hasil :

- Menunjukkan potensi jalan nafas
- Dengan cairan sekret mudah dikeluarkan
- Bunyi nafas jelas dan pernafasan tak bising

intervensi :

a) Auskultasi dada untuk karakteristik bunyi nafas dan adanya sekret

Rasional : Pernafasan bising ronki dan mengi menunjukkan tertahannya sekret dan/atau obstruksi jalan nafas.

b) Bantu pasien dengan/instruksikan untuk nafas dalam efektif dan batuk dengan posisi duduk tinggi dan menekan daerah insisi.

Rasional : Posisi duduk memungkinkan ekspansi paru maksimal dan penekanan menguatkan upaya batuk untuk memobilisasi dan membuang sekret. penekanan dilakukan oleh perawat.

- c) Observasi jumlah dan karakteristik sputum /aspirasi sekret.

Rasional : Peningkatan jumlah sekret tak berwarna/berair awalnya normal dan harus menurun sesuai kemajuan penyembuhan.

- d) Dorong masukan cairan peroral (sedikitnya 2500ml/hari) dalam toleransi jantung.

Rasional : Hidrasi adekuat untuk mempertahankan sekret hilang/peningkatan pengeluaran.

- e) Kolaborasi pemberian bronkodilator ,ekspektoran ,dan atau analgetik sesuai indikasi.

Rasional : Menghilangkan spasme bronkus untuk memperbaiki aliran udara, mengencerkan dan menurunkan viskositas sekret.

3. Nyeri (Akut)

Berhubungan dengan :

- Insisi bedah
- Trauma jaringan dan gangguan saraf internal
- Adanya selang dada
- Invasi kanker ke pleura
- Dinding dada

Kriteria hasil :

- Melaporkan nyeri hilang/terkontrol
- Tampak rileks dan tidur/istirahat dengan baik.

- Berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/dibutuhkan.

Intervensi :

- a) Tanyakan pasien tentang nyeri. tentukan karakteristik nyeri. buat rentang intensitas pada skala 0-10.

Rasional : membantu dalam evaluasi gejala nyeri karena kanker. penggunaan skala rentang membantu pasien dalam mengkaji tingkat nyeri dan memberikan alat untuk evaluasi keefektifan analgesic, meningkatkan control nyeri.

- b) Kaji pernyataan verbal dan nonverbal nyeri pasien

Rasional : ketidaksesuaian antar petunjuk verbal /nonverbal dapat memberikan petunjuk derajat nyeri, kebutuhan/keefektifan intervensi

- c) Catat kemungkinan penyebab nyeri patofisiologi dan psikologi

Rasional : Insisi posterolateral lebih tidak nyaman untuk pasien dari pada insisi anterolateral. selain itu takut, distress, ansietas, dan kehilangan sesuai diagnosa kanker dapat mengganggu kemampuan mengatasinya.

- d) Dorong menyatakan perasaan tentang nyeri

Rasional : Takut /masalah dapat meningkatkan tegangan otot dan menurunkan ambang persepsi nyeri.

- e) Berikan tindakan kenyamanan. dorong dan ajarkan penggunaan teknik relaksasi

Rasional : meningkatkan relaksasi dan pengalihan perhatian

4. Ansietas

Berhubungan dengan :

- krisis situasi
- Ancaman/perubahan status kesehatan
- Adanya ancaman kematian

Kriteria hasil :

- Mengakui dan mendiskusikan takut/masalah
- Menunjukkan rentang perasaan yang tepat dan penampilan wajah tampak rileks/istirahat
- Menyatakan pengetahuan yang akurat tentang situasi

Intevensi :

- a) Evaluasi tingkat pemahaman pasien/orang terdekat tentang diagnose

Rasioanl : pasien dan orang terdekat mendengar dan mengasimilasi informasi baru yang meliputi perubahan ada gambaran diri dan pola hidup. pemahaman persepsi ini melibatkan susunan tekanan perawatan individu dan memberikan informasi yang perlu untuk memilih intervensi yang tepat.

- b) Akui rasa takut/masalah pasien dan dorong mengekspresikan perasaan

Rasional : Dukungan memungkinkan pasien mulai membuka atau menerima kenyataan kanker dan pengobatannya.

- c) Terima penyangkalan pasien tetapi jangan dikuatkan.

Rasional : Bila penyangkalan ekstrem atau ansietas mempengaruhi kemajuan penyembuhan, menghadapi isu pasien perlu dijelaskan dan membuka cara penyelesaiannya.

d) Berikan kesempatan untuk bertanya dan jawab dengan jujur. Yakinlah bahwa pasien dan pemberi perawatan mempunyai pemahaman yang sama

Rasional : Membuat kepercayaan dan menurunkan kesalahan persepsi /8 salah interpretasi terhadap informasi

e) Libatkan pasien /orang terdekat dalam perencanaan perawatan. Berikan waktu untuk menyiapkan pengobatan.

Rasioanal : Dapat membantu memperbaiki beberapa perasaan control /kemandirian pada pasien yang merasa tak berdaya dalam menerima pengobatan dan diagnosa.

f) Berikan kenyamanan fisik pasien

Rasional : ini sulit untuk menerima dengan isu emosi bila pengalaman ekstrem/ketidaknyamanan fisik menetap

5. Kurang pengetahuan mengenai kondisi ,tindakan, prognosis.

Berhubungan dengan :

- Kurang atau tidak mengenal informasi/sumber salah interpretasi informasi
- kurang mengingat

Kriteria hasil :

- Menyatakan pemahaman seluk beluk diagnosa program pengobatan
- Melakukan dengan benar prosedur yang perlu dan menjelaskan atas tindakan tersebut, berpartisipasi dalam proses belajar, melakukan perubahan pola hidup

Intervensi :

- a) Diskusikan diagnosa, rencana/terapi saat ini dan hasil yang diharapkan

Rasional: Memberikan informasi khusus individu, membuat pengetahuan untuk belajar lanjut tentang manajemen di rumah. Radiasi dan kemoterapi dapat menyertai intervensi bedah dan informasi penting untuk memampukan pasien/orang terdekat untuk membuat keputusan berdasarkan informasi.

- b) Kuatkan penjelasan ahli bedah tentang prosedur pembedahan dengan memberikan diagram yang tepat. masukkan informasi ini dalam diskusi tentang harapan jangka pendek/panjang dari penyembuhan.

Rasional : Lamanya rehabilitasi dan prognosis tergantung pada tipe pembedahan, kondisi preoperasi dan lamanya /derajat komplikasi.

- c) Diskusikan perlunya perencanaan untuk mengevaluasi perawatan saat pulang.

Rasional : Pengkajian evaluasi status pernafasan dan kesehatan umum penting sekali untuk meyakinkan penyembuhan optimal. juga memberikan kesempatan untuk merujuk masalah /pertanyaan pada waktu yang sedikit stres.

3. Implementasi

Implementasi adalah suatu tindakan atau pelaksana dari sebuah rencana yang yang sudah disusun secara matang dan terperinci.

Implementasi untuk diagnosa pertukaran gas yaitu, mengkaji status pernafasan dengan sering, mencatat peningkatan frekuensi atau upaya pernapasan atau perubahan pola napas, mencatat ada atau tidaknya buntitanambahan misalnya krekels dan mengi, mengkaji adanya sianosis, memberikan tindakan kolaborasi oksigen lembap yang sesuai indikasi.

Implementasi untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif yaitu, mencatat perubahan upaya dan pola napas, mengobservasi penurunan ekspansi paru dinding dada, mencatat karakteristik batuk (misalnya menetap, edema, dan sekret, dalam seksi lobus, mempertahankan posisi tubuh/kepela tepat dan gunakan alat jalan napas sesuai kebutuhan, tindakan kolaborasi pemberian bronkodilator seperti aminofilin dan albuterol.

Implementasi untuk diagnosa ketakutan/ansietas yaitu, mengobservasi peningkatan gelisah dan emosi yang labil, mempertahankan lingkungan tenang dengan sedikit rangsangan, memberikan bantuan dengan teknik relaksasi, dorong pasien untuk menyatakan perasaan.

Implementasi untuk diagnosa kurang pengetahuan yaitu, memberikan informasi verbal tertulis tentang obat, mengkaji konseling nutrisi tentang rencana makan, memberikan pedoman untuk aktifitas.

4. Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan mengukur dan menilai. Mengukur lebih bersifat kuantitatif, sedangkan menilai lebih bersifat kuratif. Evaluasi disesuaikan dengan kriteria hasil.

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Studi kasus

3.1.1 Pengkajian

Dalam bab ini diuraikan studi kasus yaitu asuhan keperawatan pada Tn. N.A.O dengan kanker paru. Tn.N.A.O berumur 66 tahun, berasal dari Flores. Pekerjaan sehari-hari Tn.N.A.O adalah sebagai seorang petani. Tn.N.A.O masuk rumah sakit pada tanggal 22 Mei 2018, dengan diagnosis medis Pneumonia + tumor paru.

Pengkajian pasien dilakukan pada tanggal 11 Mei 2018 pukul 10 wita. Alasan pasien masuk rumah sakit adalah karena batuk dan sesak napas lebih dari 1 bulan. Pasien tidak ada riwayat sakit apapun sebelumnya, tidak pernah mengonsumsi obat-obatan apapun. Dalam keluarga pasien tidak ada yang pernah menderita penyakit yang sama seperti yang diderita oleh Tn.N.A.O. saat ini pasien hanya bisa terbaring di tempat tidur karena kaki kiri dan kanannya susah digerakan, dan tampak ada luka bagian pinggang. Selain itu saat ini Tn.N.A.O juga susah untuk makan. Setiap kali makan sering mengalami mual muntah. Porsi makan yang diberikan selalu tidak bisa dihabiskan.

Tn.N.A.O memiliki kebiasaan merokok perharinya 1-2 bungkus, Tn.N.A.O biasa merokok di pagi hari sebelum ke kebun, siang hari saat bekerja di kebun dan kadang malam hari pun pasien tetap merokok. Rokok yang dikonsumsi oleh Tn.N.A.O adalah rokok surya dan jika tidak ada rokok surya, Tn.N.A.O biasa merokok dengan menggunakan rokok tembakau yang biasa dibuat sendiri dikampung. Selain merokok Tn.N.A.O juga punya kebiasaan mengonsumsi alkohol dalam sehari biasa menghabiskan 1 botol yang berukuran 600 ml dan kadang 2 botol dalam sehari jika ada acara adat di kampung. Tn.N.A.O juga memiliki kebiasaan mengonsumsi kopi dalam jumlah yang banyak. Dalam sehari Tn.N.A.O biasa mengonsumsi 3 gelas kopi dan kadang di tambah 1 botol lagi

untuk diminum saat sedang di kebun. Selain memiliki kebiasaan di atas, Tn.N.A.O biasa melakukan aktivitas hariannya dengan berolahraga berjalan kaki ke kebun.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan auskultasi bunyi napas terdengar bunyi ronchi pada lobus paru bagian kanan atas dan bagian kiri atas. RR : 28 kali/menit, TD : 100/60 mmHg, Nadi : 80 kali/menit, suhu : 37,5 °C, pasien tampak terpasang nasal kanul 3 lpm, kesadaran Composmentis dengan GCS :(E/M/V) 4/5/6. Hasil pengukuran kekuatan otot didapatkan : ekstremitas atas bagian sinistra dan dekstra bernilai 4, dan ekstremitas bawah bagian sinistra dan dekstra bernilai 1. Pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur. Seluruh aktivitas harian dibantu oleh perawat dan keluarga. Pasien tampak terpasang kateter.

Hasil pemeriksaan sementara didapatkan RO thorax : Curiga susp tumor paru dan pneumonia dan dilakukan CT Scan pada tanggal 26 Mei 2018 dengan hasil CT scan : Efusi pleura ringan bilateral bagian kiri metastase dari corpus vertebrae miring kiri thorax. Selain dilakukan CT Scan dan foto thorax ada juga USG. Hasil USG menunjukkan adanya efusi pleura dextra. Tn.N.A.O mendapatkan terapi yaitu : salbutamol 2 mg, 3x1 tab/PO, Coditam 2 mg, 3x1 tab/PO, methylprednizolon 4 mg, 2x1 tab/PO, Pct tab 4 mg, 3x1 tab/PO, Laxadyn syrup 3x1 cc/PO, Omz 40mg tab/PO, Sucraflat syrup 3x1 cc/PO, Vit k 3x1 /iv, furosemid 3x20 g/iv.

3.1.2 Perumusan diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah :

Diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas yang disebabkan oleh penumpukan sekret dengan data yang didapatkan yaitu : pasien mengatakan merasa sesak napas , batuk berdahak, pasien tampak sesak napas, batuk tidak efektif, suara napas ronchi, RR: 28 kali/menit.

Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi yang disebabkan oleh kurang asupan makanan dengan data yang didapatkan yaitu : Pasien mengatakan rasa mual dan ingin muntah. Pasien tidak ada napsu makan dan tidak mampu menghabiskan porsi makan, Pasien tampak kurus, LILA yang didapatkan 21 cm.

Diagnosa hambatan mobilitas fisik yang disebabkan oleh penurunan kekuatan otot dengan data yang didapatkan yaitu : pasien mengatakan kedua kakinya tidak dapat digerakkan, tidak mampu membalikkan badan sendiri, pasien tidak mampu menggerakkan kedua kaki, Pasien hanya berada pada posisi terlentang diatas tempat tidur.

Diagnosa kerusakan integritas kulit yang disebabkan oleh faktor mekanik (tirah baring) dengan data yang didapatkan yaitu : pasien mengatakan ada luka di bagian belakang, ada luka dekubitus dibagian belakang tubuh pasien.

Diagnosa insomnia yang disebabkan oleh ketidaknyamanan fisik (batuk, sesak napas) dengan data yang didapatkan yaitu : pasien mengatakan sulit untuk tidur nyenyak, sering terkejut saat tidur , tidur hanya 1-2 jam, pasien tampak lemah, pasien tampak mengantuk, konjungtiva pasien tampak pucat.

Diagnosa defisit perawatan diri yang disebabkan oleh kelemahan fisik dengan data yang didapatkan yaitu : pasien mengatakan sudah satu minggu belum mandi karena tidak bisa sama sekali ke kamar mandi hanya lap-lap badan saja, rambut pasien tampak berantakan, kuku kaki dan tangan panjang dan kotor, pasien tercium bau keringat.

Diagnosa defisit pengetahuan yang disebabkan oleh kurang terpapar informasi dengan data yang didapatkan yaitu : Pasien mengatakan tidak tau sama sekali tentang penyakit yang dideritanya, pasien tampak bingung saat ditanya seputaran tentang penyakitnya.

Diagnos resiko infeksi yang disebabkan oleh tindakan infasif dengan data yang didapatkan yaitu : Pasien mengatakan kateter dipasang sudah 1 bulan lamanya, dan terakhir dibersihkan pada tanggal 25. Infus di pasang sejak saat

awal masuk, oksigen dipasang sejak saat awal masuk tapi belum pernah dibersihkan, pasien tampak terpasang kateter, terpasang infus, tampak terpasang nasal kanul.

3.1.3 Perencanaan

Dalam tahap perencanaan ada goal, objektif, rencana/intervensi dan rasional. perencanaan yang dibuat adalah :

Pada diagnosa pertama adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas napas berhubungan dengan penumpukan secret berlebihan, dipilih sebagai diagnosa pertama karena dapat mengancam jiwa, maka goal untuk diagnosa pertama adalah pasien akan meningkatkan bersihan jalan napas yang efektif selama dalam perawatan, dengan objektifnya dalam jangka waktu : 1 x 24 jam RR menurun dari 28 menjadi 22 kali/menit, 1 jam menurun dari 22 kali/menit menjadi 18 kali/menit. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa pertama adalah, atur posisi semi fowler/fowler untuk mempermudah ekspansi paru, beri minum air hangat untuk mengencerkan lendir, ajarkan napas dalam dan batuk efektif untuk mempermudah mengeluarkan lendir, monitor bunyi napas untuk memastikan ada perubahan setelah dilakukan tindakan keperawatan, tindakan kolaborasi untuk membantu membantu mengurangi batuk.

Pada diagnosa kedua ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, dipilih diagnosa kedua karena dapat mengancam tumbuh kembang, maka goal untuk diagnosa kedua adalah pasien akan menunjukkan keseimbangan nutrisi selama dalam perawatan, dengan objektifnya Dalam jangka 1 x 24 jam, LILA bertambah dari 21 menjadi 22 cm, ½ porsi makan dari porsi makan yang diberikan dapat dihabiskan. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa kedua adalah, ukur LILA untuk mendapatkan pembacaan yang paling akurat, bantu pasien untuk kumur-kumur sebelum makan untuk mengeluarkan sisa-sisa makanan yang ada di dalam mulut, beri posisi fowler pada pasien agar tidak terjadi aspirasi,

memberikan makanan sedikit tapi sering agar mempermudah pasien makan, memberikan makanan yang masih hangat agar nafsu makannya baik, ciptakan lingkungan yang menyenangkan pada waktu makan, seperti menyingkirkan pispot untuk meningkatkan nafsu makan pasien, berikan aroma terapi jika pasien merasa mual untuk mengurangi rasa mual.

Pada diagnosa ketiga hambatan mobilitas yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dipilih sebagai diagnosa ketiga karena dapat mengancam kesehatan. Maka goal untuk diagnosa ketiga adalah pasien akan meningkatkan mobilisasi fisik selama dalam perawatan, dengan objektifnya dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien dapat menggerakkan otot dengan kriteria hasil pasien dapat melakukan miring kiri/kanan kekuatan otot meningkat dari 1 menjadi 2, dapat melakukan ROM pasif. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa ketiga adalah, lakukan latihan ROM pasif pada anggota tubuh yang lemah dan ROM aktif pada anggota tubuh yang kuat agar mempermudah pasien untuk melakukan mobilisasi, monitor vital sign sebelum dan sesudah latihan untuk memungkinkan kondisi pasien sebelum dan sesudah latihan, damping dan bantu pasien saat mobilisasi dalam pemenuhan kebutuhan ADLs untuk mempermudah aktivitas ADL, berikan alat bantu jika pasien membutuhkan berikan bantuan untuk merubah posisi.

Pada diagnosa ke empat kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tirah baring) dipilih sebagai diagnosa ke empat karena dapat mengancam kesehatan. Maka goal untuk diagnosa ke empat adalah pasien akan mempertahankan keutuhan kulit selama dalam perawatan, dengan objektifnya dalam jangka waktu 1 jam luka bersih, tampak kemerahan, tidak ada nanah, dalam jangka waktu 2-3 hari pinggir luka berwarna putih, tampak kemerahan. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa yang ke empat adalah, bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya, dengan gerakan sirkuler dari dalam keluar untuk meminimalkan terjadinya infeksi dan mempercepat penyembuhan, lakukan perawatan luka, lakukan pembalutan

dengan tepat untuk memberikan sirkulasi, ajarkan keluarga tentang teknik perawatan luka pada keluarga agar keluarga paham cara perawatannya dan dapat membantu dalam perawatan.

Pada diagnosa ke lima insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (batuk, sesak napas) dipilih sebagai diagnosa ke lima karena dapat mengancam kesehatan. Maka goal untuk diagnosa ke lima adalah pasien akan meningkatkan pola tidur yang efektif selama dalam perawatan, dengan objektifnya dalam jangka waktu 1-15 menit pasien dapat tidur 3 – 4 jam tanpa batuk dan sesak napas, 1 x 24 jam banntalan hitam berkurang, pasien tidak menguap saat sedang berbicara. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa ke lima adalah, gunakan alat bantu tidur misalnya air hangat untuk kompres relaksasi otot, bahan bacaan, pijatan di punggung untuk merileksasikan otot-otot, batasi pengunjung selama periode istirahat yang optimal untuk memudahkan dalam mendapatkan tidur yang optimal, anjurkan pasien untuk mendengar musik yang lembut agar mempermudah rasa inginn tidur, berikan minyak aroma terapi pada pasien untuk meningkatkan rasa nyaman pada pasien.

Pada diagnosa ke enam defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik, dipilih sebagai diagnosa ke enam karena dapat menngancam kesehatan. Maka goal untuk diagnosa ke enam adalah, pasien akan meningkatkan perawatan diri mandi dan higiene selama dalam perawatan, dengan objektifnya dalam jangka waktu, dalam 30 menit pasien tampak bersih, tidak berbau keringat, dalam waktu 15 menit kuku kaki dan tangan bersih, tidak panjang. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa ke enam adalah, sediakan alat bantu seperti sikat gigi bergagang panjang untuk mandi dan perawatan hygiene dan ajarkan penggunaannya alat bantu yang tepat akan meningkatkan kemandirian, bantu sebagian atau sepenuhnya saat mandi atau hygiene setiap untuk meningkatkan perasaan mandiri, ajarkan pasien dan keluarga cara memotong kuku kaki dan tangan untuk

memandirikan pasien dan keluarga dalam perawatan diri, ajarkan pasien dan keluarga teknik mandi atau hygiene untuk memandirikan keluarga dan pasien, gunting kuku pasien dan anjurkan pada keluarga untuk menggunting kuku jika sudah mulai panjang kembali untuk meningkatkan kenyamanan dan menegah masuknya kuman.

Pada diagnosa ke tujuh defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dipilih sebagai diagnosa ke tujuh karena dapat mengancam tumbuh kembang. Maka goal untuk diagnosa ke tujuh adalah, pasien mampu meningkatkan pengetahuan selama dalam perawatan dengan objektifnya adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2-3 jam, pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, pasien mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat/tim kesehatan lainnya. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa yang ke tujuh adalah, kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit yang dideritanya, jelaskan tentang penyakit, penyebab, dan tanda gejalanya untuk menambah pengetahuan pasien tentang seputaran penyakit yang diderita, Siapkan materi yang akan disampaikan agar penyuluh lebih mempersiapkan diri dengan baik dalam menyampaikan materi, sediakan media yang akan digunakan dalam penyuluhan untuk membantu mempermudah penyampaian materi yang akan disampaikan.

Pada diagnosa delapan resiko infeksi berhubungan dengan tindakan infeksi dipilih sebagai diagnosa ke delapan karena dapat mengancam kesehatan. Maka goal untuk diagnosa ke delapan adalah pasien tidak akan menunjukkan tanda-tanda infeksi, dengan objektifnya adalah dalam jangka waktu 1 x 24 jam kateter selalu tampak bersih, selang infus tampak selalu bersih, selang nasal kanul selalu tampak bersih dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa ke delapan adalah, mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan untuk mencegah terjadi infeksi nasokomial,

instruksikan kepada pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah berkunjung ke pasien untuk mencegah infeksi, tingkatkan intake nutrisi (tinggi protein, tinggi kalori) untuk memperbaiki sel yang rusak dan memproduksi sel yang baru, Berikan perawatan area luka : perawatan kateter dan perawatan infus untuk membantu terjadinya penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi.

3.1.4 Implementasi

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 11 juni 2018 sampai 13 juni 2018. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari sehingga pada hari pertama (senin, 11 juni 2018 pukul 12.50) dilakukan implementasi pada diagnosa ketidakefektian bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret yaitu, mengatur posisi semi fowler, memberikan minum air hangat, mengajarkan napas dalam, mengajarkan batuk efektif, memberikan obat salbtamol 2 mg. Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang dilakukan pada senin 11 juni 2018 pukul 11.30 yaitu, monitor vital sign, membantu pasien bergeser ke atas tempat tidur, membantu mengubah posisi pasien. Pada diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan pada senin 11 juni pukul 12.00 yaitu, melakukan perawatan luka dekubitus dengan menggunakan NaCl dan salep gentamicin, mengatur posisi miring kiri dan miring kanan. Pada diagnosa insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (sesak napas) implementasi yang dilakukan pada senin 11 juni 2018 pukul 12.30 yaitu, meminta keluarga untuk mengurangi pengunjung yang datang terutama di malam hari, meminta keluarga untuk menggosok aroma terapi (minyak kayu putih) pada pasien. Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi yang dilakukan pada senin 11 juni 2018 pukul 14.00 yaitu, melayani pasien makan bubur hangat, mengukur LILA pasien. Pada diagnosa defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan fisik yang dapat dilakukan pada hari

senin 11 juni 2018 pukul 13.40 yaitu, mengajarkan pasien dan keluarga cara memotong kuku kaki dan tangan yang benar, menganjurkan kepada keluarga dan juga pasien untuk memotong kuku jika sudah mulai panjang kembali, memotong kuku dan kaki tangan pasien, menyediakan alat mandi dan hygiene. Pada diagnosa resiko infeksi dilakukan implementasi pada senin 11 juni 2018 pukul 12.00 yaitu, melakukan perawatan selang infus, menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum berkunjung dan sesudah berkunjung.

Senin, 11 Juni pada pukul 10.00 . Pada diagnosa defisit pengetahuan yang dilakukan yaitu, mengkaji tingkat pengetahuan, menyiapkan materi, menyediakan media.

Pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan secret dilakukan tindakan keperawatan pada hari selasa 12 juni pukul 12.00 yaitu, mengatur posisi semi fowler, memberikan minum air hangat, mengajarkan napas dalam, mengajarkan batuk efektif , melayani obat salbutamol 2 mg/tab (PO), monitor bunyi napas pasien. Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dilakukan implementasi pada selasa 12 juni 2018 pukul 08.00 yaitu, monitor vital sign, membantu pasien bergeser ke atas tempat tidur, membantu mengubah posisi pasien. Pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Faktor mekanik (tirah baring) dilakukan implementasi pada hari selasa, 12 juni 2018 pukul 09.20 yaitu, merencanakan melakukan perawatan luka. Pada diagnosa insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (sesak napas) dilakukan implementasi pada hari selasa 12 juni pukul 13.00 yaitu, menganjurkan kepada keluarga dan pasien untuk menggunakan air panas untuk membersihkan diri sebelum tidur, menganjurkan kepada keluarga untuk membatasi pengunjung, menganjurkan pasien untuk mendengarkan musik yang lembut. Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

dilakukan saat pada hari Selasa 12 Juni pukul 12.30 yaitu, mengatur posisi semi Fowler, membantu pasien kumur-kumur, memberikan bubur hangat, mengukur LILA. Pada diagnosa defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan fisik dilakukan pada hari Selasa 12 Juni pukul 08.00 yaitu, menyediakan alat mandi pasien seperti sabun, handuk, pakaian ganti, mengajarkan kepada keluarga tentang cara memandikan. Pada diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif dilakukan implementasi pada Senin 12 Juni pukul 10.00 yaitu, melakukan perawatan selang infus, menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum berkunjung dan sesudah berkunjung.

Pada hari Selasa, 12 Juni 2018 dilakukan implementasi pukul 09.00 pada diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu, melakukan penyuluhan tentang apa itu pneumonia, tanda dan gejala pneumonia, penyebab pneumonia, cara pencegahan pneumonia dan cara penanggulangannya kepada keluarga dan juga pada pasien.

Rabu, 13 Juni 2018 dilakukan beberapa tindakan untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan pola napas berhubungan dengan penumpukan mucus dilakukan pada pukul 08.15 yaitu, mengatur posisi semi Fowler, memberikan minum air hangat, mengajarkan napas dalam, mengajarkan batuk efektif. Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 11.30 yaitu, monitor vital sign, membantu pasien bergeser ke atas tempat tidur, membantu mengubah posisi pasien, mengajarkan ROM pasif. Pada diagnosa Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Faktor mekanik (tirah baring) dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 12.00 yaitu, melakukan perawatan luka decubitus dengan menggunakan NaCl dan salep gentamicin, mengatur posisi miring kiri dan miring kanan. Pada diagnosa insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (sesak napas) dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 08.00 yaitu, menyediakan alat

mandi dan hygiene, bersama keluarga memandikan pasien, menganjurkan kepada keluarga dan juga pasien untuk memotong kuku jika sudah mulai panjang kembali. Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 09.00 yaitu, melakukan perawatan selang infuse, menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum berkunjung dan sesudah berkunjung, melakukan perawatan kateter.

3.1.5 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan pada jam 14.00 wita mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Untuk diagnosa Ketidakefektifan bersihan pola napas berhubungan dengan penumpukan sekret, pasien mengatakan sudah mengeluarkan lendir sedikit, pasien tampak mampu mengeluarkan lendir, saat auskultasi bunyi napas masih terdengar bunyi ronchi di lobus kanan atas paru, masalah belum teratasi, intervensi 1 – 8 dilanjutkan.

ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, S : Pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan makanan yang diberikan dengan cara memakannya sedikit demi sedikit, O : pasien tampak menghabiskan porsi makan yang disediakan. LILA 21 cm, A : masalah belum teratasi, P : intervensi 1-7 dilanjutkan.

hambatan mobilitas yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, pasien mengatakan kakinya masih susah digerakan tapi sudah bisa membalikan badan ke kiri dan ke kanan, pasien tampak tidak mampu menggerakkan kaki sinistra dan dekstra, kekuatan otot yang didapatkan ekstremitas bawah bernilai 1. Pasien tampak mampu membalikan badan sendiri, masalah belum teratasi, intervensi 1-5 dilanjutkan.

kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tirah baring), pasien mengatakan bagian belakangnya masih terasa sakit, luka pasien berwarna kehitaman, bernanah, dan berbau busuk, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

Insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (batuk, sesak), pasien mengatakan sudah bisa tidur dari jam 20.00 malam sampai 02.00 pagi, pasien tampak lebih bersemangat, tidak tampak menguap saat sedang berbicara. masih tampak terlihat bantalan hitam di bawah mata, masalah belum teratasi, intervensi 1- 4 dilanjutkan.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik, pasien mengatakan merasa segar dan nyaman setelah dimandikan, pasien tampak segar, tidak berbau, kuku kaki dan tangan tampak bersih dan pendek, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

Untuk diagnosa defisit pengetahuan, pasien mengatakan setelah mendapat penjelasan pasien menjadi lebih paham dengan penyakit yang dideritanya, pasien tampak mampu menyebutkan kembali apa yang sudah disampaikan, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

Diagnosa delapan, resiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif, pasien mengatakan setelah seminggu tidak dibersihkan kateternya, ini pertama kali dibersihkan, pasien tampak terpasang selang oksigen dan kateter, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek.

3.2.1 Pengkajian

Menurut teori (Thomson, 1970) sesuai dengan data yang didapatkan dari Tn.N.AO dengan data pengkajian yang didapatkan Tn.N.A.O mengatakan penyebabnya adalah karena pekerjaannya sebagai petani dan kebiasaan merokok, minum alkohol, dan minum kopi dalam jumlah yang banyak. Dalam hasil pengkajian yang didapat pada Tn.N.A.O sesuai dengan teori pengkajian Tn.N.A.O usia 66 tahun, masuk rumah sakit dengan alasan masuk karena sesak napas dan batuk sudah 1 bulan yang lalu.

Menurut teori padila (2013) untuk pemeriksaan kanker paru yaitu, radiologi, foto thorax posterior-anterior (PA) dan lateral serta tomografi dada, bronkhografi untuk melihat tumor dipercabangan bronkus, laboratorium (Sitologi seperti sputum, pleural, atau nodus limfe), pemeriksaan fungsi paru dan GDA, tes kulit, jumlah absolute limfosit, hispatologi, bronkoskopi, biopsi trans torakal (TTB), torakoskopi, mediastinosopi, torakotomi, pecitraan, CT-Scanning untuk mengevaluasi jaringan parenkim paru dan pleura, MRI. Sementara pada Tn.N.A.O dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu, dengan hasil pemeriksaan sementara didapatkan RO thorax : Curiga susp tumor paru dan pneumonia dan dilakukan CT Scan pada tanggal 26 Mei 2018 dengan hasil CT scan : Efusi pleura ringan bilateral bagian kiri metastase dari corpus vertebrae miring kiri thorax. Selain dilakukan CT Scan dan foto thorax ada juga USG. Hasil USG menunjukkan adanya efusi pleura dextra. Sesuai dengan teori.

Menurut teori yang di tulis padila (2013) terapi yang diberikan pada pasien kanker paru yaitu, kolaborasi pemberian bronkodilator ,ekspektoran, dan atau analgetik sesuai indikasi, kolaborasi pemberian bronkodilator, contoh aminofilin , albuterol. Pada kasus Tn.N.A.O mendapatkan terapi salbutamol 2 mg, 3x1 tab/PO, Coditam 2 mg, 3x1 tab/PO, methylprednizolon 4 mg, 2x1

tab/PO, Pct tab 4 mg, 3x1 tab/PO, Laxadyn syrup 3x1 cc/PO, Omz 40mg tab/PO, Sucraflat syrup 3x1 cc/PO, Vit k 3x1 /iv, furosemid 3x20 g/iv.

3.2.2 Diagnosa

Menurut Gale (2000) yaitu, kerusakan pertukaran gas, bersihan jalan nafas tidak efektif, ketakutan / ansietas, kurang pengetahuan mengenai kondisi. Sedangkan pada kasus Tn.N.A.O diagnosa yang didapatkan yaitu, ketidakefektifan bersihan jalan napas yang disebabkan oleh penumpukan sekret di angkat karena ditemukan data yaitu : pasien mengatakan merasa sesak napas , batuk berdahak, pasien tampak sesak napas, batuk tidak efektif, suara napas ronchi, RR: 28 kali/menit.

Untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi yang disebabkan oleh kurang asupan makanan diangkat karena didapatkan data pada Tn.N.A.O yaitu: Pasien mengatakan rasa mual dan ingin muntah, pasien tidak ada nafsu makan dan tidak mampu menghabiskan porsi makan, pasien tampak kurus, LILA yang didapatkan 21 cm.

Untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik yang disebabkan oleh penurunan kekuatan otot diangkat karena ditemukan data yaitu: pasien mengatakan kedua kakinya tidak dapat digerakkan, tidak mampu membalikkan badan sendiri, pasien tidak mampu menggerakkan kedua kaki, Pasien hanya berada pada posisi terlentang diatas tempat tidur.

Untuk diagnosa kerusakan integritas kulit yang disebabkan oleh faktor mekanik (tirah baring) diangkat karena ditemukan data yaitu: pasien mengatakan ada luka di bagian belakang, ada luka dekubitus dibagian belakang tubuh pasien.

Untuk diagnosa insomnia yang disebabkan oleh ketidaknyamanan fisik (batuk, sesak napas) diangkat karena ditemukan data yaitu : pasien mengatakan sulit untuk tidur nyenyak . sering terkejut saat tidur , tidur hanya

1-2 jam, pasien tampak lemah, pasien tampak mengantuk, konjungtiva pasien tampak pucat.

Untuk diagnosa defisit perawatan diri yang disebabkan oleh kelemahan fisik diangkat karena ditemukan data yaitu : pasien mengatakan sudah satu minggu belum mandi karena tidak bisa sama sekali ke kamar mandi hanya lap-lap badan saja, rambut pasien tampak berantakan, kuku kaki dan tangan panjang dan kotor, pasien tercium bau keringat.

Untuk diagnosa defisit pengetahuan yang disebabkan oleh kurang terpapar informasi diangkat karena ditemukan data yaitu : Pasien mengatakan tidak tau sama sekali tentang penyakit yang dideritanya, pasien tampak bingung saat ditanya seputaran tentang penyakitnya.

Untuk diagnosa resiko infeksi yang disebabkan oleh tindakan infasif diangkat karena ditemukan data yaitu : Pasien mengatakan kateter dipasang sudah 1 bulan lamanya, dan terakhir dibersihkan pada tanggal 25. infus di pasang sejak saat awal masuk, oksigen dipasang sejak saat awal masuk tapi belum pernah dibersihkan, pasien tampak terpasang kateter, terpasang infus, tampak terpasang nasal kanul.

3.2.3 Perencanaan

Intervensi pada kasus Tn.N.A.O, intervensi keperawatan pada diagnosis ketidakefektifan bersihan jalan napas intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dilakukan pada pasien, hanya intervensi mengatur posisi semi fowler, memberikan minum air hangat, mengajarkan napas dalam, mengajarkan batuk efektif, memberikan obat salbutamol 2 mg.

Secara umum tujuan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami ketidakefektifan bersihan jalan napas bergantung pada diagnosis dan batasan karakteristik masing-masing individu. Beberapa tujuan untuk pasien yang mengalami ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah sebagai berikut : 1 x 24 jam RR menurun dari 28 menjadi 22 kali/menit, 1 jam menurun dari 22 kali/menit menjadi 18 kali/menit. (Chyntia Taylor, 2015).

Intervensi pada kasus Tn.N.A.O, intervensi keperawatan pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi. intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dilakukan pada pasien, hanya intervensi ukur LILA, bantu pasien untuk kumur-kumur sebelum makan, beri posisi fowler pada pasien, memberikan makanan sedikit tapi sering, memberikan makanan yang masih hangat, ciptakan lingkungan yang menyenangkan pada waktu makan, seperti menyingkirkan pispot untuk meningkatkan nafsu makan pasien , berikan aroma terapi jika pasien merasa mual. Beberapa tujuan pasien yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi : 1 x 24 jam, LILA bertambah dari 21 menjadi 22 cm, ½ porsi makan dari porsi makan yang diberikan dapat dihabiskan.

Rencana tindakan yang akan dilakukan pada kasus Tn.N.A.O, intervensi keperawatan pada diagnosa hambatan mobilitas. Rencana keperawatan yang telah ditetapkan dilakukan pada pasien, hanya intervensi lakukan latihan ROM pasif pada anggota tubuh yang lemah dan ROM aktif, monitor vital sign sebelum dan sesudah latihan dampingi dan bantu pasien

saat mobilisasi dalam pemenuhan kebutuhan ADLs, berikan alat bantu jika pasien membutuhkan berikan bantuan untuk merubah posisi. Beberapa tujuan pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik : 1 x 24 jam pasien dapat menggerakkan otot dengan kriteria hasil pasien dapat melakukan miring kiri/kanan kekuatan otot meningkat dari 1 menjadi 2, dapat melakukan ROM pasif.

Pada kasus Tn.N.A.O, intervensi keperawatan pada diagnosa kerusakan integritas kulit. Intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dilakukan pada pasien, hanya intervensi bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya, dengan gerakan sirkuler dari dalam keluar, lakukan perawatan luka, lakukan pembalutan dengan tepat, ajarkan keluarga tentang teknik perawatan luka pada keluarga. Beberapa tujuan pasien yang mengalami kerusakan integritas kulit : 1 jam luka bersih, tampak kemerahan, tidak ada nanah, dalam jangka waktu 2-3 hari pinggir luka berwarna putih, tampak kemerahan. Intervensi pada kasus Tn.N.A.O.

intervensi keperawatan pada diagnosa insomnia. Intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dilakukan pada pasien, hanya intervensi gunakan alat bantu tidur misalnya air hangat, pijatan di punggung untuk merileksasikan otot-otot, batasi pengunjung selama periode istirahat yang optimal, anjurkan pasien, berikan minyak aroma terapi pada pasien. Beberapa tujuan pasien mengalami insomnia : 1-15 menit pasien dapat tidur 3 – 4 jam tanpa batuk dan sesak napas, 1 x 24 jam banntalan hitam berkurang, pasien tidak menguap saat sedang berbicara.

Intervensi pada kasus Tn.N.A.O, intervensi keperawatan pada diagnosis defisit perawatan diri. Intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dilakukan pada pasien, hanya intervensi sediakan alat bantu seperti sikat gigi bergagang panjang dan ajarkan penggunaannya alat bantu yang tepat, bantu sebagian atau sepenuhnya saat mandi atau hygiene setiap, ajarkan pasien dan keluarga cara memotong kuku kaki dan tangan, ajarkan pasien dan keluarga

teknik mandi atau higiene, gunting kuku pasien dan anjurkan pada keluarga. Beberapa tujuan pasien mengalami insomnia : dalam 30 menit pasien tampak bersih, tidak berbau keringat, dalam waktu 15 menit kuku kaki dan tangan bersih, tidak panjang.

Intervensi pada kasus Tn.N.A.O, intervensi keperawatan pada diagnosa defisit pengetahuan. Intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dilakukan pada pasien, hanya intervensi kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit yang dideritanya, jelaskan tentang penyakit, penyebab, dan tanda gejalanya, siapkan materi yang akan disampaikan, sediakan media yang akan digunakan dalam penyuluhan. Beberapa tujuan pasien mengalami defisit pengetahuan : selama 2-3 jam, pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, pasien mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat/tim kesehatan lainnya.

Intervensi pada kasus Tn.N.A.O, intervensi keperawatan pada diagnosa resiko infeksi. Intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dilakukan pada pasien, hanya intervensi mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, instruksikan kepada pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah berkunjung ke pasien, tingkatkan intake nutrisi (tinggi protein, tinggi kalori), Berikan perawatan area luka : perawatan kateter dan perawatan infus. Beberapa tujuan pasien mengalami 1 x 24 jam kateter selalu tampak bersih, selang infus tampak selalu bersih, selang nasal kanul.

3.2.4 Implementasi

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Tn.N.A.O semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan dan berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan. Tindakan yang dilakukan senin 11 juni 2018 yaitu :

Pada diagnosa pertama adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan secret intervensi yang dapat dilakukan yaitu, atur posisi semi fowler/fowler, beri minum air hangat, ajarkan napas dalam dan batuk efektif , monitor bunyi napas, memberikan salbutamol 2 mg. pada diagnosa ini dapat dijalankan semua.

Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang dilakukan pada seninn 11 juni 2018 pukul 11.30 yaitu, monitor vital sign,membantu pasien bergeser ke atas tempat tidur,membantu mengubah posisi pasien. Intervensi yang tidak dilakukan melatih pasien latihan ROM aktif dan pasif karena kondisi pasien dalam keadaan sesak sekali dan belum bersedia untuk melakukan aktivitas.

Pada diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan pada senin 11 juni pukul 12.00 yaitu, melakukan perawatan luka decubitus denga menggunakan NaCl dan salep gentamicin, mengatur posisi miring kiri dan miring kanan. Semua intervensi dapat diimplementasikan.

Pada diagnosa insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (sesak napas) implementasi yang dilakukan pada senin 11 juni 2018 pukul 12.30 yaitu, meminta keluarga untuk mengurangi pengunjung yang datang terutama di malam hari, meminta keluarga untuk menggosok aroma terapi (minyak kayu putih) pada pasien. Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi yang dilakukan pada senin 11 juni 2018 pukul 14.00 yaitu, melayani pasien makan bubur hangat, mengukur LILA pasien. Pada diagnosa ini semua intervensi dapat dijalankan semua.

Pada diagnosa defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan fisik yang dapat dilakukan pada hari senin 11 juni 2108 pukul 13.40 yaitu, mengajarkan pasien dan keluarga cara memotong kuku kaki dan tangan yang benar, menganjurkan kepada keluarga dan juga pasien untuk memotong kuku jika sudah mulai panjang kembali, memotong kuku dan kaki tangan pasien, menyediakan alat mandi dan hygiene. Pada diagnosa ini, intervensi yang tidak bisa dijalankan yaitu, bantu memandikan pasien, mengajarkan keluarga cara memandikan pasien yang benar karena kondisi pasien belum memungkinkan untuk melakukan aktifitas apapun.

Pada diagnosa resiko infeksi dilakukan implementasi pada senin 11 juni 2018 pukul 12.00 yaitu, melakukan perawatan selang infus, menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum berkunjung dan sesudah berkunjung. Pada diagnosa ini, intervensi yang tidak dilakukan yaitu, tingkatkan intake nutrisi karena pasien mengalami mual, berikan perawatan kateter, perawatan infus karena pasien belum bersedia untuk melakukan perawatan luka.

Implementasi pada hari selasa, 12 Juni 2018, dilakukan implementasi pukul 09.00 pada diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu, melakukan penyuluhan tentang apa itu pneumonia, tanda dan gejala pneumonia, penyebab pneumonia, cara pencegahan pneumonia dan cara penanggulangannya kepada keluarga dan juga pada pasien. Pada diagnosa ini semua intervensi dapat dilakukan.

Pada diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan secret dilakukan tindakan keperawatan pada hari selasa 12 juni pukul 12.00 yaitu, mengatur posisi semi fowler, memberikan minum air hangat, mengajarkan napas dalam, mengajarkan batuk efektif, melayani obat salbutamol 2 mg/tab (PO), monitor bunyi napas pasien. Pada diagnosa ini, semua intervensi dapat dijalankan.

Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dilakukan implementasi pada Selasa 12 Juni 2018 pukul 08.00 yaitu, monitor vital sign, membantu pasien bergeser ke atas tempat tidur, membantu mengubah posisi pasien. Pada diagnosa ini, intervensi yang belum dijalankan yaitu, latihan ROM aktif dan pasif karena pasien mengalami sesak napas dan masih malas untuk melakukan aktivitas.

Pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Faktor mekanik (tirah baring) dilakukan implementasi pada hari Selasa, 12 Juni 2018 pukul 09.20 yaitu, merencanakan melakukan perawatan luka. Pada diagnosa ini, intervensi yang tidak dilakukan yaitu, perawatan luka karena pasien merasakan sesak sekali jadi tidak memungkinkan kondisi untuk miring kiri dan kanan.

Pada diagnosa insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (sesak napas) dilakukan implementasi pada hari Selasa 12 Juni pukul 13.00 yaitu, menganjurkan kepada keluarga dan pasien untuk menggunakan air panas untuk membersihkan diri sebelum tidur, menganjurkan kepada keluarga untuk membatasi pengunjung, menganjurkan pasien untuk mendengarkan musik yang lembut.

Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan dilakukan saat pada hari Selasa 12 Juni pukul 12.30 yaitu, mengatur posisi semi Fowler, membantu pasien kumur-kumur, memberikan bubur hangat, mengukur LILA. Pada diagnosa ini semua intervensi dalam dijalankan.

Pada diagnosa defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan fisik dilakukan pada hari Selasa 12 Juni pukul 08.00 yaitu, menyediakan alat mandi pasien seperti sabun, handuk, pakaian ganti, mengajarkan kepada keluarga tentang cara memandikan. Pada diagnosa ini, semua intervensi dapat dijalankan.

Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif dilakukan implementasi pada senin 12 juni pukul 10.00 yaitu, melakukan perawatan selang infus, menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum berkunjung dan sesudah berkunjung. Pada diagnosa ini intervensi yang tidak bisa dijalankan yaitu, perawatan kateter karena pasien masih merasa malu untuk dilakukan tindakan.

Pada hari selasa, 12 juni 2018 dilakukan implementasi pukul 09.00 pada diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu, melakukan penyuluhan tentang apa itu pneumonia, tanda dan gejala pneumonia, penyebab pneumonia, cara pencegahan pneumonia dan cara penanggulangannya kepada keluarga dan juga pada pasien. pada diagnosa ini, semua intervensi dapat dijalankan.

Rabu, 13 juni 2018 dilakukan beberapa tindakan untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan pola napas berhubungan dengan penumpukan mucus dilakukan pada pukul 08.15 yaitu, mengatur posisi semi fowler, memberikan minum air hangat, mengajarkan napas dalam, mengajarkan batuk efektif. Pada diagnosa ini tidak dilakukan tindakan kolaborasi dikarenakan pasien sudah pulang.

Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 11.30 yaitu, monitor vital sign, membantu pasien bergeser ke atas tempat tidur, membantu mengubah posisi pasien, mengajarkan ROM pasif. Pada diagnosa ini semua intervensi dapat dilakukan semua.

Pada diagnosa Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Faktor mekanik (tirah baring) dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 12.00 yaitu, melakukan perawatan luka dekubitus dengan menggunakan NaCl dan salep gentamicin, mengatur posisi miring kiri dan miring kanan. Pada diagnosa ini, intervensi dapat dijalankan semua.

Pada diagnosa insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (sesak napas) dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 08.00 yaitu, menyediakan alat mandi dan hygiene, bersama keluarga memandikan pasien, menganjurkan kepada keluarga dan juga pasien untuk memotong kuku jika sudah mulai panjang kembali. Pada diagnosa ini, intervensi dapat dilakukan semua.

Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 09.00 yaitu, melakukan perawatan selang infus, menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum berkunjung dan sesudah berkunjung, melakukan perawatan kateter. Pada diagnosa ini dapat dijalankan semua intervensi.

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi pada kasus Tn.N.A.O sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa ketidakefektifan jalan napas, masalah belum teratasi karena masih ditemukan RR : 30 kali/menit, auskultasi bunyi napas masih terdengar bunyi ronchi pada lobus paru bagian kanan atas dan lobus paru bagian kiri atas, pasien tampak terpasang O2 2 lpm. Intervensi tidak bisa dilanjutkan karena pasien pulang paksa.

Pada kasus Tn.N.A.O evaluasi yang dilakukan sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik, masalah belum teratasi karena masih ditemukan, kekuatan otot ekstremitas bagian bawah kiri dan kanan bernilai 1. Pasien tampak terbaring lemah. Intervensi tidak bisa dilanjutkan pasien pulang.

Dalam evaluasi hasil tindakan pada kasus Tn. N.A.O untuk diagnosa kerusakan integritas kulit, sesuai dengan implementasi yang dibuat pada kriteria hasil yang telah ditetapkan. Masalah belum teratasi karena masih

ditemukan : luka pasien tercium bau, nampak menghitam di daerah luka, luka tampak bernanah.

Pada kasus Tn.N.A.O evaluasi yang dilakukan sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk insomnia, masalah belum teratasi karena masih ditemukan, masih tampak adanya bantalan hitam dibagian bawah mata pasien.

Hasil evaluasi pada kasus Tn.N.A.O sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat sesuai dengan implementasi yang dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi, masalah belum teratasi karena masih ditemukan, LILA pasien 21 cm.

Evaluasi pada Tn.N.A.O sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat sesuai dengan implementasi yang dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa defisit perawatan mandi. Masalah teratasi.

Evaluasi pada Tn.N.A.O sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat sesuai dengan implementasi yang dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa resiko infeksi, masalah teratasi.

Evaluasi pada Tn.N.A.O sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat sesuai dengan implementasi yang dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa defisit pengetahuan. Masalah teratasi.

3.3 Keterbatasan studi kasus

Dalam studi kasus ini, banyak kendala yang ditemui yaitu diantaranya keterbatasan waktu penelitian dan pengambilan kasus yang hanya berfokus pada perawatan satu pasien, sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan masalah yang dapat ditimbulkan pada pasien yang mengalami Kanker paru. Dan keterbatasan waktu ini juga membuat asuhan keperawatan yang diberikan tidak terarah dan berkesinambungan, sehingga pemulihan pasien tidak diikuti dan dievaluasi lagi dengan baik. Semua sangat mempengaruhi hasil dari studi kasus yang dilakukan.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Simpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker paru di ruang Teratai RSUD W. Z. Johannes Kupang pada tahun 2018 dapat diberikan secara sistematis dan terorganisir dengan menggunakan pengkajian yang baku serta hasil yang diharapkan sesuai dengan harapan pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa :

1. Hasil pengkajian pada Tn.N.A.O yang mengalami sesak napas dan batuk. Saat diauskultasi terdengar bunyi ronchi pada lobus paru bagian kanan atas dan kiri atas, RR yang didapatkan 28 kali/menit, tampak terpasang O2 nasal kanul 2 lpm, pasien memiliki riwayat sebagai perokok aktif. bagian pinggang pasien tampak ada luka decubitus, pasien tidak dapat menggerakkan kaki sama sekali, kekuatan otot yang didapatkan di bagian ekstremitas bawah bernilai 1. Pengkajian yang didapatkan pada pasien Tn.N.A.O sesuai dengan teori yang ditulis Padila dalam Buku asuhan keperawatan penyakit dalam tahun 2013.
2. Menurut teori Gale diagnosa yang biasa muncul pada penderita kanker paru yaitu, kerusakan pertukaran gas, bersihan jalan nafas tidak efektif, ketakutan / ansietas, kurang pengetahuan mengenai kondisi. Pada Tn.N.A.O ditemukan ada 8 diagnosa yaitu, ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d penumpukan sekret, hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot, kerusakan integritas kulit b.d faktor mekanik (tirah baring), insomnia b.d ketidaknyamanan fisik (sering batuk \pm 1 jam), kurang asupan makanan b.d ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, defisit perawatan diri b.d kelemahan fisik, resiko infeksi b.d tindakan infasif, defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi.

4.2 Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.N.A.O di ruangan Teratai, RSUD W.Z.Johannes Kupang dan kesimpulan yang telah ditulis oleh mahasiswa seperti di atas, maka mahasiswa memberikan saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya keikutsertaan keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu akan perkembangan dan kebiasaan pasien.
2. Dalam memberikan implementasi tidak harus sesuai dengan apa yang terdapat pada teori, akan tetapi harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan rumah sakit.
3. Dalam memberikan perawatan diagnosa harus tercatat dengan baik agar perawat terarah melakukan tindakan.
4. Dalam penyuluhan menggunakan media dengan baik dan dokumentasi dengan baik.

Daftar pustaka

- Herdman. 2015. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017, edisi 10*. Jakarta: EGC
- Lynn S Bickley. 2008. *Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Nugroho, Taufan. 2012. *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, dan Penyakit Dalam*.Jogjakarta.Nuha Medika
- Padila. 2013. *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*.Jogjakarta.Nuha Medika
- Padila. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medika Bedah*. Jogjakarta. Nuha Medika
- Taylor, Cyntia M. 2015. *Diagnosa Keperawatan : Dengan Rencana Asuhan*. Jakarta: EGC

Lampiran 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Mufatir Pua Dawe
NIM : PO 530320115036

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn.N.A.O
Ruang/Kamar : Teratai/
Diagnosa Medis : Pneumonia + Tumor paru
No. Medical Record : 491752
Tanggal Pengkajian : Senin, 11 juni 2018 Jam :10.00 WITA
Masuk Rumah Sakit : 22 Mei 2018 Jam :18.00 WITA

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. N. A. O Jenis Kelamin : Laki
Umur/Tanggal Lahir : **66 Tahun/1 Januari 1932** Status Perkawinan : Kawin
Agama : Katolik Suku Bangsa : Flores/Indonesia
Pendidikan Terakhir :Tidak tamat SD Pekerjaan : Petani
Alamat : Waierang,Flores

Identitas Penanggung

Nama : Tn. B Pekerjaan : Petani
Jenis Kelamin : Laki-laki Hubungan dengan klien : Saudara

Alamat : Waiwerang, Flores

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama :

pasien mengatakan merasa sesak napas. Sesak napas yang dirasakan setiap waktu dan terus menerus berlokasi di bagian dada dan sistem pernapasan. Alasan sampai pasien memutuskan untuk masuk rumah sakit karena batuknya sudah berbulan-bulan dan tak kunjung hilang. Pasien mengatakan batuk yang dirasakannya sampai sekarang karena pekerjaannya sebagai petani yang biasanya memacul di kebun sehingga membuat batuknya semakin parah dari hari ke hari.

2. Riwayat Keluhan Utama:

Pasien mengatakan mulai merasakan sesak napas sejak 1 bulan yang lalu, pasien juga merasakan nyeri pinggang, kedua kaki pasien tidak dapat digerakan sejak 1 bulan terakhir, kedua kaki pasien juga bengkak sejak 2 minggu lalu. Sifat keluhan yang dirasakan terus-menerus, dan mendesak di bagian dada.

Selain itu pasien juga mengatakan jika sesak napas ia sulit untuk berbicara dan sulit tidur nyenyak karena batuk dan sesak napas. Jika dalam suhu ruangan meningkat ia akan merasa lebih sesak. Jika sesaknya mulai bertambah pasien akan beristirahat dan minum air putih untuk mengurangi sesak napas.

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya :

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah sakit, pasien tidak memiliki riwayat alergi dan belum pernah dioperasi sebelumnya.

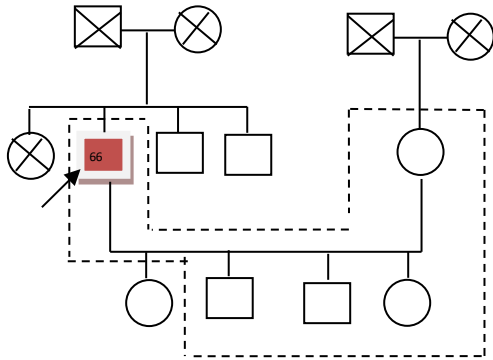
4. Kebiasaan

Pasien mengatakan biasa merokok 1 - 2 bungkus/hari, rokoknya yang biasa di konsumsi adalah rokok surya jika tidak ada rokok surya pasien akan merokok dengan menggunakan rokok tembakau gulung yang dibuat sendiri. Biasa pasien mengkonsumsi rokok di waktu pagi, siang dan juga kadang malam hari pun merokok.

Selain merokok pasien juga mengkonsumsi minuman beralkohol yang biasa di konsumsinya sehari 2 botol jika ada acara adat atau acara keluarga. Pasien juga mengkonsumsi kopi. Dalam sehari pasien biasa menghabiskan 3 gelas kopi di tambah 1 botol disaat sedang berkebun. Pasien tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan apapun sebelumnya.

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Keterangan :

□ : Laki – laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

┌──┐ : Garis keturunan

→ □ : Pasien

----- : Tinggal serumah

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital
 - Tekanan darah : 100/60 mmHg - Nadi : 80 kali/menit
 - Pernapasan : 28 kali/menit - Suhu badan : 37.5°C
2. Kepala dan leher

Pasien mengatakan tidak ada sakit kepala maupun pusing sama sekali. Pada saat pemeriksaan fisik tidak ditemukan adanya lesi, masa, observasi wajah tampak simetris. Penglihatan pasien tampak baik, tidak menggunakan alat bantu melihat (kacamata), tidak ada nyeri pada kepala.

Tidak pernah dioperasi sebelumnya. Saat pemeriksaan fisik tidak di temukan adanya kelainan pendengaran, di bagian hidung tidak didapatkan adanya alergi rhinitis, tidak terdapat polip, tidak ditemukan adanya sinusitis, tidak tampak adanya epistaksis. Pada pemeriksaan bagian mulut ditemukan keadaan gigi pasien tidak lengkap, tampak ada karies, tidak memakai gigi palsu, tidak ada gangguan bicara, dan tidak ada pembesaran kelenjar leher.
3. Sistem Kardiovaskuler

Pada sistem kardiovaskuler tidak ada keluhan nyeri di bagian dada, kesadaran composmentis, GCS 4 5 6. Bentuk dada 1 : 1, bibir tampak tidak ada sianosis, kuku kaki dan tangan tidak tampak sianosis. Capillary refill di dapatkan < 2 detik, tangan tidak tampak adanya edema. Pada saat pemeriksaan Ictus cordis/apical pulse teraba, vena jugularis tidak teraba. Saat diperkusi tidak ada pembesaran jantung, auskultasi bunyi BJ 1 dan BJ 2 normal.
4. Sistem Respirasi

Pasien mengatakan sesak napas dan batuk, RR yang didapatkan saat pengkajian adalah 28 x /menit. Saat diinspeksi tidak ada jejas, bentuk dada 1 : 1, jenis pernapasan dispneu. Pasien tampak menggunakan alat bantu napas nasal kasul 3 lpm, saat diperkusi tidak ada cairan, irama napas pasien teratur, tampak ada retraksi otot pernapasan. Saat di auskultasi bunyi napas terdengar bunyi ronchi di lapang paru bagian kanan atas dan sebagiannya lagi berada dilapang paru bagian kiri atas.
5. Sistem Pencernaan

Saat diinspeksi turgor kulit baik, kedaan bibir lebab, keadaan warna mukosa berwarna merah muda. Tidak ada luka/perdarahan. Tidak tampak adanya tanda-tanda peradangan. Keadaan gusi pasien tampak normal, warna kulit pasien sawo matang. Keadaan abdomen pasien, warna kulit abdomennya coklat, tidak terdapat luka. Saat ditekan perutnya, pasien meringis kesakitan. Saat diauskultasi bunyi usus pasien 26 kali/menit, saat diperkusi abdomennya tidak terdapat udara ataupun masa.
6. Sistem Persyarafan

Tingkat kesadaran pasien composmentis, GCS (E/M/V) : 4/5/6, pupil isokor, tidak ada kejang, tampak ada kelumpuhan di ekstremitas bagian bawah.
7. Sistem Musculoskeletal

Pasien mengatakan kedua kakinya susah untuk digerakan, saat di kaji didapatkan kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 1 bagian sinistra dan bagian dektra juga 1. Kemudian untuk ekstremitas atasnya bagian sinistra maupun dekstra bernilai 4.

8. Sistem Integumentari

Di sistem integument didapatkan tidak tampak rash, tidak ada lesi, tidak tampak petechie. Kulit pasien tampak kotor dan berbau keringat, kuku kaki dan tangan tampak panjang dan kotor.

9. Sistem Perkemihan

Pasien tampak menggunakan alat bantu untuk berkemih (kateter). Kandung kemih pasien tidak tampak membesar, tidak ada nyeri tekan. Produksi urine pasien 2500 cc dengan intake per oralnya 960 cc/hari dan cairan parental NaCl 500 cc dalam 24 jam.

10. Sistem Endokrin

Pada sistem endokrin tidak ada keluhan.

11. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Personal hygiene

Dari awal masuk pasien sudah tidak bisa mandi dan melakukan aktifitas membersihkan dirinya sendiri, Karena kakinya susah sekali untuk digerakan. Pasien hanya bisa berbaring saja di tempat tidur.

B. Nutrisi

Kebiasaan pola makan pasien baik dengan frekuensi 3 kali/hari. Tidak ada pantangan makanan apapun untuk beliau. Pasien biasa mengonsumsi air dalam sehari berjumlah 5-6 gelas, sama halnya seperti makanan tidak ada minuman yang tidak disukai oleh pasien. Pasien mengatakan tidak mengetahui berat badannya sebelum sakit karena tidak pernah ditimbang hanya saja merasa badannya sudah menurun sekali dari sebelum sakit, dan ukuran tinggi badan pasien 160 cm.

Perubahan yang terjadi saat pasien sakit pola makannya kurang baik karena biasa merasa mual. Kadang-kadang pasien tidak mampu menghabiskan porsi makan yang diberikan. Dari hasil pengukuran LILA pasien didapatkan 21 cm.

C. Eliminasi

Pasien mengatakan biasanya buang air kecil dengan frekuensi 3-4 kali, warnanya kuning kecoklatan, bau pesing dengan jumlah/ hari 2500 cc. pada saat sakit eliminasi pasien berubah yang biasa langsung BAK di kama mandi akhirnya harus di pasang kateter, dengan jumlah urine perharinya 2000-2500 cc/hari.

Untuk BAB kebiasaan sehari-hari pasien baik dengan frekuensi 2-2 kali/hari. Konsistensinya lunak. Perubahan selama sakit, pasien hanya bisa BAB 1 kali/hari dengan warna kuning kehitaman dan berbau busuk.

D. Olah raga dan Aktivitas

Dalam kegiatan sehari-hari biasanya pasien berolahraga dengan cara berkebun yang dilakukannya setiap hari.

E. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21.00 WITA

Bangun jam : bangun tiap jam

- Tidur siang jam : tidak bisa tidur nyenyak

- Apakah mudah terbangun : ya , pasien sering terkejut saat tidur karena merasa sesak napas

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri
2. Organisasi sosial yang diikuti : kelompok tani
3. Keadaan rumah dan lingkungan : bersih dan tenang
Status rumah : milik sendiri, pasien mengatakan lingkungan rumahnya selalu tenang, pasien mengatakan rumah mereka terletak yang jauh dari kali jadi tidak akan terkena banjir .
4. Jika pasien mengatakan jika ada masalah selalu berdiskusi dengan orang lain
5. Cara mengatasi suatu masalah dalam keluarga adalah dengan berdiskusi, mencari pendapat dan solusi
6. Interaksi dalam keluarga, pasien dan keluarga selalu melakukan diskusi mengenai keadaan keluarga.

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

Pasien mengatakan selalu mengikuti ibadah setiap hari minggu di gereja kapela yang berada di dekat rumah dan selalu terlibat dalam organisasi keagamaan dengan mengikuti doa Rosario.

Keadaan Psikologis Selama Sakit

Pasien mengatakan penyakit yang dialaminya sekarang akibat dari kesibukannya bekerja selama ini sehingga tidak mempunyai waktu untuk beristirahat dan menjaga kesehatannya. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya, ia merasa sedang dalam keadaan yang lemah, status kesehatan yang buruk, diusia seperti ini ia harus terbaring lemah diRumah Sakit. Pasien mengatakan dapat menjalin komunikasi dan kerja sama yang baik dengan tenaga kesehatan yang merawat.

Data Laboratorium & Diagnostik**a. Pemeriksaan Darah**

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan Tanggal					
			22/05/18	24/05/18	26/05/18	28/05/18	07/06/18	08/06/18
1.	Albumin	3.5- 5.2			2.5			2.1
	LDH	240-480					568	
	HB	13.0-18.0	12.1			10.6		
	Lekosit	4-10 ribu	17,480			11.640		
	Trombosit	150-400 ribu				447		
	Limfosit	20-40	7.126			9.210		
	Neutrofil	50-70	84.2			83.1		

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

- a. RO thorax : curiga susp tumor paru dan pnemonnia dilakukan CT scan thorax pada tanggal 26 mei 2018
- b. CT Scan : Efusi pleura ringan bilateral bagian kiri metastase dari corpus vertebrai kiring kiri thorax
- c. USG : pleura efusi dextra

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

- Ultrasonographi : tidak dilakukan
- Biopsy : tidak dilakukan
- Colonoscopy : tidak dilakukan

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidak dilakukan
- Obat

Nama obat	Efek samping Dosis dan cara pemberian	Indikasi dan kontraindikasi
Salbutamol	2 mg, 3x1 tab/PO Tremor , rasa gugup dan kesulitan tidur.	Indikasi : Untuk melebarkan saluran napas. Kontraindikasi: tidak boleh digunakan untuk penderita a jantung dengan nadi cepat.
Coditam	2 mg, 3x1 tab/PO <ul style="list-style-type: none">• Pada penggunaan dalam waktu yang lama akan mengakibatkan toleransi/ ketergantungan.• Depresi pernafasan terutama pada penderita asma, depresi <u>jantung</u> dan <u>syok</u>.• Pusing, gangguan penglihatan. depresi mental, sedasi, koma, euforia, disforia, lemah, agitasi, nervous, delirium dan insomnia• Mual, muntah,	Indikasi : Untuk meredakan rasa nyeri berat. Kontraindikasi : <ul style="list-style-type: none">• Hipersensitif terhadap kodein dan parasetamol.• Penderita asma yang akut, depresi pernafasan, penderita alkoholisme akut, luka pada kepala, peningkatan penekanan intrakranial, pembedahan saluran empedu.• Ibu hamil atau menyusui.• Tidak boleh digunakan pada penderita dengan gangguan fungsi <u>hati</u>.

	hipotensi dan konstipasi.	
methilprednizolon	<p>4 mg, 2x1 tab/PO</p> <ul style="list-style-type: none"> • kegelisahan • penglihatan kabur • penurunan jumlah urin • pusing • detak jantung cepat atau lambat • Berdebar • sakit kepala • cepat marah • depresi mental • mati rasa atau kesemutan di lengan atau kaki • sesak napas • kesulitan berpikir, berbicara, atau berjalan pernapasan 	<p>Indikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peradangan (pembengkakan), alergi parah, misalnya karena makanan atau obat. • Gangguan hormon adrenal arthritis atau radang sendi • Gangguan darah atau sumsum tulang akibat peradangan atau autoimun • Masalah mata atau penglihatan akibat peradangan, alergi, atau autoimun • Penyakit Lupus • Penyakit kulit akibat peradangan, alergi, atau autoimun • Masalah ginjal akibat peradangan, alergi, atau autoimun contohnya sindroma nefrotik radang usus. <p>Kontraindikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memiliki alergi atau hipersensitifitas terhadap komponen obat • Memiliki penyakit infeksi jamur sistemik Penderita TBC, diabetes melitus, herpes simpleks, varisela, dan osteoporosis. • Baru saja menerima vaksinasi dengan vaksin hidup.
Pct tab	<p>4 mg, 3x1 tab/PO</p> <p>Walaupun efek samping paracetamol jarang, namun jika itu terjadi maka ditandai dengan: ruam atau pembengkakan. ini bisa menjadi tanda dari reaksi alergi hipotensi (tekanan darah rendah) ketika diberikan di rumah sakit</p>	<p>Indikasi : utama paracetamol yaitu digunakan sebagai obat penurun panas (analgesik) dan dapat digunakan sebagai obat penghilang rasa sakit dari segala jenis seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri pasca operasi, nyeri sehubungan dengan pilek, nyeri otot pasca-trauma</p> <p>Kontraindikasi : obat parasetamol tidak boleh digunakan pada orang dengan kondisi sebagai berikut: alergi</p>

	dengan infus. Kerusakan hati dan ginjal, ketika diambil pada dosis lebih tinggi dari yang direkomendasikan (overdosis)	parasetamol atau acetaminophen gangguan fungsi hati dan penyakit hati.
Laxadyn syrup	3x1 cc/PO <u>Ruam kulit</u> , <u>pruritus</u> , rasa panas terbakar, <u>kolik</u> , kehilangan cairan & elektrolit tubuh, <u>diare</u> , mual & muntah.	Indikasi : <u>konstipasi</u> (untuk <u>bilas</u> usus sebelum & sesudah op), <u>bilas</u> usus sebelum pemeriksaan <u>radiologi</u> . Kontraindikasi : <u>Ileus</u> obstruktif, <u>nyeri</u> perut yang tidak diketahui penyebabnya
Omz	40mg tab/PO. Omeprazol memang tidak menyebabkan kantuk. Namun, bisa menimbulkan efek samping lainnya. Efek samping omeprazole pada dewasa dan anak-anak sedikit berbeda. Efek samping paada dewasa bisa meliputi sakit kepala, sakit perut, mual, diare, muntah, kembung. Sedangkan pada anak dapat mencakup efek samping tersebut ditambah dengan demam.	Indikasi : <ul style="list-style-type: none"> • Pengobatan jangka pendek pada penderita tukak duodenal, yakni tukak atau luka pada usus 12 jari yang terletak di dekat lambung. • Pengobatan penderita tukak lambung dan tukak duodenum yang tidak responsif terhadap pemberian obat – obat antagonis reseptor H2 contohnya cimetidine, ranitidine. • Pengobatan refluks esofagitis erosif / ulseratif pada penderita yang telah didiagnosa melalui endoskopi. Baca: penyakit GERD • Pengobatan jangka panjang pada penderita sindroma Zollinger Ellison, dimana salah satu gejalanya adalah tingginya kadar asam lambung. • Infeksi lambung disebabkan oleh bakteri Helicobacter pylori. Kontraindikasi : obat omeprazol tidak boleh digunakan pada pasien yang diketahui mempunyai riwayat hipersensitif terhadap komponen omperazole. Jika Anda memiliki riwayat alergi, baik terhadap obat atau

		makanan tertentu, maka sebaiknya beri tahu dokter sebelum anda mengonsumsi obat ini
Sucraflat syrup	<p>3x1 cc/PO</p> <p>Efek samping yang dapat timbul setelah mengonsumsi sukralfat adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konstipasi. • Sakit kepala. • Vertigo. • Pusing. • Diare. • Insomnia. • Perut kembung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sebagai profilaksis atau pencegahan tukak usus duabelas jari (duodenum). • Aphthous ulcer dan stomatitis yang disebabkan oleh radiasi atau kemoterapi. • Gastro esophageal reflux disease (GERD) selama kehamilan. Digunakan sebagai obat lini pertama yang biasanya dibarengi dengan perubahan gaya hidup yang mendukung penyembuhan. • Mengurangi risiko ventilator-associated pneumonia (VAP). • Menghambat striktur pada luka bakar korosif dan esophagitis korosif. • Pendarahan pada rektum setelah iradiasi untuk kanker serviks uterus. • Hyperphosphatemia akibat gagal ginjal. <p>Kontraindikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak boleh diberikan untuk pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap sukralfat dan komponen lain dalam obat. • Tidak dianjurkan digunakan oleh anak usia < 15 tahun. • Jangan menggunakan obat ini pada pasien gagal ginjal kronis mengingat resiko nefropati yang diinduksi oleh aluminium.
Vit k	<p>3x1 /iv</p> <p>Efek samping yang telah dilaporkan adalah gangguan saluran pencernaan, gejala yang dapat timbul seperti mual, perut mulas, dan diare.</p>	<p>Indikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencegah atau mengobati defisiensi vitamin K • Mengobati perdarahan yang disebabkan oleh obat

		<p>antikoagulan</p> <p>Kontraindikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanita yang merencanakan kehamilan, baru melahirkan, atau sedang menyusui sebaiknya bertanya pada dokter sebelum mengonsumsi suplemen vitamin K. Sementara itu, ibu hamil hanya boleh mengonsumsinya dengan anjuran dokter. • Jangan mengonsumsi vitamin K melebihi durasi yang ditentukan oleh dokter.
furosemid	<p>3x20 g/iv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Furosemid dapat menyebabkan hipokalemia, hal ini dapat diatasi dengan mengkombinasikan obat dengan produk kalium. • Efek samping lainnya yang juga dapat timbul antara lain gangguan pendengaran, sakit kepala, pusing dan penglihatan kabur. • Efek samping yang berat antara lain anemia aplastik, anemia hemolitik, trombositopenia, leukopenia, agranulositosis, dan eosinofilia. 	<p>Indikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencegah atau mengobati defisiensi vitamin K • Mengobati perdarahan yang disebabkan oleh obat antikoagulan <p>Kontraindikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanita yang merencanakan kehamilan, baru melahirkan, atau sedang menyusui sebaiknya bertanya pada dokter sebelum mengonsumsi suplemen vitamin K. Sementara itu, ibu hamil hanya boleh mengonsumsinya dengan anjuran dokter. • Jangan mengonsumsi vitamin K melebihi durasi yang ditentukan oleh dokter. • Harap berhati-hati mengonsumsi suplemen vitamin K jika menggunakan anda sedang menggunakan obat antikoagulan, menderita gangguan ginjal, serta menderita gangguan hati.

Lampiran 2

2. Diagnosa Keperawatan

Analisa Data

No	Masalah	Penyebab	Data-Data
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas	Penumpukan sekret	DS : pasien mengatakan merasa sesak napas, batuk berdahak tapi susah dikeluarkan. DO: pasien tampak sesak napas, batuk tidak mengeluarkan lendir, terdengar bunyi napas terdapat ronchi di lobus dekstra atas paru dan sebagian berada di lobus sinistra atas paru, RR: 28 kali/menit
2.	Hambatan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot	DS : pasien mengatakan kedua kakinya tidak dapat digerakkan, tidak mampu membalikkan badan sendiri dan hanya bisa berbaring saja di tempat tidur. DO : pasien tidak mampu menggerakkan kedua kaki, pasien hanya berada pada posisi terlentang diatas tempat tidur.
3	Kerusakan integritas kulit	Faktor mekanik (tirah baring)	DS : pasien mengatakan ada luka di bagian belakang dan terasa sakit saat di ditendes, pasien mengatakan sulit untuk mengubah posisi tidur DO: pasien sudah dirawat selama 1 bulan, ada luka dekubitus dibagian belakang tubuh pasien.
4	Insomnia	Ketidaknyamanan fisik (sering batuk \pm 1 jam).	DS : pasien mengatakan sulit untuk tidur nyenyak, sering terbangun saat tidur karena batuk dan juga sesak napas, tidur hanya 1-2 jam saja. DO : pasien tampak lemah, pasien tampak mengantuk, mata pasien tampak ada bantalan hitam di bagian bawah, pasien tampak menguap saat berbicara
5	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	DS : pasien mengatakan rasa mual dan ingin muntah. Pasien tidak ada napsu makan dan tidak mampu menghabiskan porsi makan. DO : pasien tampak kurus, LILA yang didapatkan 21 cm, masa atrofi ototnya mengecil
6.	Defisit perawatan diri	Kelemahan fisik	DS : pasien mengatakan sudah satu minggu belum mandi karena tidak bisa sama sekali ke kamar mandi hanya lap-lap

			<p>badan saja.</p> <p>DO : rambut pasien tampak berantakan, kuku kaki dan tangan panjang dan kotor, pasien tercium bau keringat.</p>
7	Risiko infeksi	Tindakan infasif	<p>DS : pasien mengatakan kateter dipasang sudah 1 bulan lamaya, dan terkhir dibersihkan pada tanggal 25. Infus di pasang sejak saat awal masuk, oksigen diasang sejak saat awal masuk tapi belum pernah dibersihkan.</p> <p>DO : pasien tampak terpasang kateter, terpasang infus, tampak terpasang nasal kanul.</p>
8	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi	<p>DS : pasien mengatakan tidak tau sama sekali tentang penyakit yang dideritanya.</p> <p>DO : pasien tampak bingung saat ditanya seputaran tentang penyakitnya.</p>

2. Diagnosa keperawatan

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret berlebih yang ditandai dengan DS : pasien mengatakan merasa sesak napas , batuk berdahak , DO: Pasien tampak sesak napas, batuk tidak efektif, suara napas ronchi, RR: 28 kali/menit.
- 2) Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan DS : pasien mengatakan kedua kakinya tidak dapat digerakkan, tidak mampu membalikkan badan sendiri. DO : pasien tidak mampu menggerakkan kedua kaki, Pasien hanya berada pada posisi terlentang diatas tempat tidur.
- 3) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Faktor mekanik (tirah baring) yang ditandai dengan DS :pasien mengatakan ada luka di bagian belakang, DO : ada luka dekubitus dibagian belakang tubuh pasien.
- 4) Insomnia berhubungan dengan Ketidaknyamanan fisik (sesak napas) yang ditandai dengan DS : pasien mengatakan sulit untuk tidur nyenyak . sering terkejut saat tidur , tidur hanya 1-2 jam. DO : pasien tampak lemah, pasien tampak mengantuk, konjungtiva pasien tampak pucat.
- 5) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan yang ditandai dengan DS : pasien mengatakan rasa mual dan ingin muntah. Pasien tidak ada napsu makan dan tidak mampu menghabiskan porsi makan, DO : pasien tampak kurus, LILA yang didapatkan 21 cm.
- 6) Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan fisik yang ditandai dengan DS : pasien mengatakan sudah satu minggu belum mandi karena tidak bisa sama sekali ke kamar mandi hanya lap-lap badan saja. DO : rambut pasien tampak berantakan, kuku kaki dan tangan panjang dan kotor, pasien tercium bau keringat.

- 7) Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif yang ditandai dengan DS : pasien mengatakan kateter dipasang sudah 1 bulan lamaya, dan terakhir dibersihkan pada tanggal 25. Infus di pasang sejak saat awal masuk, oksigen diasang sejak saat awal masuk tapi belum pernah dibersihkan. DO : pasien tampak terpasang kateter, terpasang infus, tampak terpasang nasal kanul.
- 8) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan DS : pasien mengatakan tidak tau sama sekali tentang penyakit yang dideritanya. DO : pasien tampak bingung saat ditanya seputaran tentang penyakitnya.

Lampiran 3

3. Intervensi keperawatan

No .	Diagnosa keperawatan	Goal dan objektif	Intervensi
1.	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan napas napas berhubungan dengan penumpukan secret berlebihan DS : pasien mengatakan merasa sesak napas , batuk berdahak DO: -pasien tampak sesak napas, -batuk tidak efektif -suara napas ronchi, - RR: 28 kali/menit</p>	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan bersihan jalan napas yang efektif selama dalam perawatan. Objektif : Dalam jangka waktu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 x 24 jam RR menurun dari 28 menjadi 22 kali/menit - 1 jam menurun dari 22 kali/menit menjadi 18 kali/menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semi fowler/fowler R/ : Untuk mempermudah ekspansi paru. 2. Beri minum air hangat R/ : untuk mengencerkan lendir . 3. Ajarkan napas dalam dan latih batuk efektif. R/ : mempermudah mengeluarkan lendir 4. Monitor bunyi napas R/ : memastikan ada perubahan setelah dilakukan tindakan keperawatan. 5. Tindakan kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> - pemberian obat salbutamol 3 x 1 mg/tablet. - Pemberian O2 2Lpm R/ : untuk membantu mengurangi batuk.
2.	<p>Insomnia berhubungan dengan Ketidaknyamanan fisik (batuk dan sesak napas) DS : pasien mengatakan sulit untuk tidur nyenyak . sering terbangun saat tidur karena batuk dan juga sesak napas, tidur hanya 1-2 jam saja. DO : - pasien tampak lemas</p>	<p>Goal : pasien akan meningkatkan pola tidur yang efektif selama dalam perawatan. Objektif : Dalam jangka waktu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1-15 menit pasien dapat tidur 3 – jam tanpa batuk dan sesak napas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan alat bantu tidur misalnya air hangat untuk kompres relaksasi otot, bahan bacaan, pijatan di punggung. R/ : untuk merileksasikan otot-otot 2. Batasi pengunjug selama periode istirahat yang optimal. R/ : memudahkan dalam mendapatkan tidur yang optimal. 3. Anjurkan pasien untuk mendengar musik yang lembut R/ : agar mempermudah rasa inginn tidur. 4. Berikan minyak aroma terapi pada pasien. R/ : untuk meningkatkan rasa nyaman pada pasien

	<p>ah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengantuk - Mata pasien tampak ada bantalan hitam di bagian bawah. - Pasien tampak menguap saat berbicara 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 x 24 jam bantalan hitam berkurang - Pasien tidak menguap saat sedang berbicara 	
3.	<p>Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot</p> <p>DS : pasien mengatakan kedua kakinya tidak dapat digerakkan, tidak mampu membalikkan badan sendiri dan hanya bisa berbaring saja di tempat tidur.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak mampu menggerakkan kedua kaki - Pasien hanya berada pada posisi terlentang diatas 	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan mobilisasi fisik selama dalam perawatan.</p> <p>Objektif : Dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien dapat menggerakkan otot dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat melakukan miring kiri/kanan - Kekuatan otot meningkat dari 1 menjadi 2. - Dapat melakukan ROM pasif. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan latihan ROM pasif pada anggota tubuh yang lemah dan ROM aktif pada anggota tubuh yang kuat. R/ : mempermudah pasien untuk melakukan mobilisasi 2. Monitor vital sign sebelum dan sesudah latihan R/ : untuk memungkinkan kondisi pasien sebelum dan sesudah latihan 3. Damping dan bantu pasien saat mobilisasi dalam pemenuhan kebutuhan ADLs. R/ : mempermudah aktivitas ADL 4. Berikan alat bantu R/ : jika pasien membutuhkan <p>Berikan bantuan untuk merubah posisi</p>

	tempat tidur.		
4.	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tirah baring)	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan keutuhan kulit selama dalam perawatan</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dalam jangka waktu 1 jam luka bersih, tampak kemerahan, tidak ada nanah. - Dalam jangka waktu 2-3 hari pinggir luka berwarna putih, tampak kemerahan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya, dengan gerakan sirkuler dari dalam keluar R/ : meminimalkan terjadinya infeksi dan mempercepat penyembuhan. 2. Lakukan perawatan luka : basahi kasa dengan NaCl, bersihkan dengan menggunakan NaCl, berikan salep (gentamicin) jika dibutuhkan. R/ : Membantu mempercepat penyembuhan 3. Lakukan pembalutan dengan tepat. R/ : memberikan sirkulasi 4. Ajarkan keluarga tentang teknik perawatan luka pada keluarga. R/ : agar keluarga paham cara perawatannya dan dapat membantu dalam perawatan.
5.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan.</p> <p>DS : Pasien mengatakan rasa mual dan ingin muntah. Pasien tidak ada nafsu makan dan tidak mampu menghabiskan porsi makan.</p> <p>DO : Pasien tampak kurus, LILA yang didapatkan 21 cm, masa atrofi ototnya mengecil</p>	<p>Goal : pasien akan menunjukkan keseimbangan nutrisi selama dalam perawatan.</p> <p>Objektif :</p> <p>Dalam jangka 1 x 24 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - LILA bertambah dari 21 menjadi 22 cm. - ½ porsi makan dari porsi makan yang diberikan dapat dihabiskan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ukur LILA pasien pada jam yang sama setiap hari R/ : untuk mendapatkan pembacaan yang paling akurat 2. Bantu pasien untuk kumur-kumur sebelum makan. R/ : untuk mengeluarkan sisa-sisa makanan yang ada di dalam mulut. 3. Beri posisi Fowler pada pasien. R/ : agar tidak terjadi aspirasi. 4. Memberikan makanan sedikit tapi sering R/ : Agar mempermudah pasien makan. 5. Memberikan makanan yang masih hangat. R/ : agar nafsu makannya baik. 6. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan pada waktu makan, seperti menyingkirkan pispot. R/ : untuk meningkatkan nafsu makan pasien. 7. Berikan aroma terapi jika pasien

			<p>merasa mual. R/ : Untuk mengurangi rasa mual</p>
6.	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik DS : pasien mengatakan sudah satu minggu belum mandi karena tidak bisa sama sekali ke kamar mandi hanya lap-lap badan saja. DO : Rambut pasien tampak berantakan, kuku kaki dan tangan panjang dan kotor, pasien tercium bau keringat.</p>	<p>Goal : pasien akan meningkatkan perawatan diri mandi dan hygiene selama dalam perawatan. Objektif : Dalam jangka waktu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dalam 30 menit pasien tampak bersih, tidak berbau keringat - Dalam waktu 15 menit kuku kaki dan tangan bersih, tidak panjang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan alat bantu seperti sikat gigi bergagang panjang untuk mandi dan perawatan hygiene dan ajarkan penggunaannya. R/ : alat bantu yang tepat akan meningkatkan kemandirian. 2. Bantu sebagian atau sepenuhnya saat mandi atau hygiene setiap. R / : meningkatkan perasaan mandiri. 3. Ajarkan pasien dan keluarga cara memotong kuku kaki dan tangan. R/ : memandirikan pasien dan keluarga dalam perawatan diri. 4. Ajarkan pasien dan keluarga teknik mandi atau hygiene. R/ : untuk memandirikan keluarga dan pasien. 5. Gunting kuku pasien dan anjurkan pada keluarga untuk menggunting kuku jika sudah mulai panjang kembali. <p>R/ : meningkatkan kenyamanan, menegah masuknya kuman.</p>
7.	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif DS : Pasien mengatakan kateter dipasang sudah 1 bulan lamaya, dan terakhir dibersihkan pada tanggal 25. Infus di pasang sejak saat awal masuk, oksigen diasang sejak saat awal masuk</p>	<p>Goal : pasien tidak akan menunjukan tanda-tanda infeksi Objektif : Dalam jangka waktu 1 x 24 jam :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kateter selalu tampak bersih - Selang infus tampak selalu bersih - Selang nasal kanul selalu tampak 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan R/ : mencegah terjadi infeksi nasokomial 2. Instruksikan kepada pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah berkunjung ke pasien. R/ : mencegah infeksi 3. Tingkatkan intake nutrisi (tinggi protein, tinggi kalori). R/ : untuk memperbaiki sel yang rusak dan memproduksi sel yang baru. 4. Berikan perawatan area luka : <ul style="list-style-type: none"> - perawatan kateter - perawatan infus. R/ : membantu terjadinya penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi.

	<p>tapi belum pernah dibersihkan.</p> <p>DO : pasien tampak terpasang kateter, terpasang infus, tampak terpasang nasal kanul.</p>	bersih	
8.	<p>Deficit pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi</p> <p>DS : Pasien mengatakan tidak tau sama sekali tentang penyakit yang dideritanya.</p> <p>DO : Pasien tampak bingung saat ditanya seputaran tentang penyakitnya.</p>	<p>Goal : Pasien mampu meningkatkan pengetahuan selama dalam perawatan.</p> <p>Objektif : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2-3 jam :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit. - Pasien mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat/tim kesehatan lainnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga R/ : untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit yang dideritanya. 2. Jelaskan tentang penyakit, penyebab, dan tanda gejalanya. R/ : menambah pengetahuan pasien tentang seputaran penyakit yang diderita. 3. Siapkan materi yang akan disampaikan. R/ : agar penyuluh lebih mempersiapkan diri dengan baik dalam menyampaikan materi. 4. Sediakan media yang akan digunakan dalam penyuluhan. R/ : membantu mempermudah penyampaian materi yang akan disampaikan.

Lampiran 4

4. Implementasi

Hari/tanggal : Senin, 11 Juni 2018

Hari/tggl	Waktu	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
Senin, 11 juni 2018	12.50	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret	<ul style="list-style-type: none"> - Mengatur posisi semi fowler - Memberikan minum air hangat - Mengajarkan napas dalam - Mengajarkan batuk efektif 	<p>S : pasien mengatakan sudah mengeluarkan lendir sedikit.</p> <p>O : pasien tampak mampu mengeluarkan lendir, auskultasi bunyi napas masih terdengar bunyi ronchi di lobus kanan atas paru.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1 – 8 dilanjutkan</p>
Senin, 11 juni 2018	11.30	Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor vital sign - Membantu pasien bergeser ke atas tempat tidur. - Membantu mengubah posisi pasien 	<p>S : pasien mengatakan kakinya masih susah digerakkan dan masih belum bisa membalikkan badan sedikit.</p> <p>O : pasien tampak tidak mampu menggerakkan kaki sinistra dan dekstra, kekuatan otot yang didapatkan ekstremitas bawah bernilai 1.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1-5 dilanjutkan</p>
Senin, 11 juni 2018	12.00	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tirah baring)	<ul style="list-style-type: none"> - melakukan perawatan luka dekubitus dengan menggunakan NaCl dan salep gentamicin. - Mengatur posisi miring kiri dan miring kanan 	<p>S : pasien mengatakan bagian pinggangnya terasa sakit karena ada luka.</p> <p>O : tampak masih ada luka di bagian pinggang</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
Senin, 11 juni 2018	12.30	Insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (batuk, sesak napas)	<ul style="list-style-type: none"> - Meminta keluarga untuk mengurangi pengunjung yang datang terutama di malam hari - Meminta keluarga untuk menggosok aroma terapi (minyak kayu putih) pada pasien. 	<p>S : pasien mengatakan susah tidur karena sesak napas dan hanya bisa tertidur 1 jam saja dan kemudian terbangun lagi.</p> <p>O : pasien tampak lusuh, tampak menguap saat sedang berbicara, mata pasien tampak sayup-sayup, di bawah mata pasien tampak ada bantalan hitam.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1- 4 dilanjutkan.</p>

Senin, 11 juni 2018	13.00 14.00	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan	<ul style="list-style-type: none"> - Melayani pasien makan bubur hangat - Mengukur LILA pasien 	<p>S : pasien mengatakan belum bisa menghabiskan porsi makan.</p> <p>O : pasien tampak tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, didapatkan LILA 21 cm.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1-7 dilanjutkan</p>
Senin, 11 juni 2018	13.40	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien dan keluarga cara memotong kuku kaki dan tangan yang benar. - Mengajarkan kepada keluarga dan juga pasien untuk memotong kuku jika sudah mulai panjang kembali. - Memotong kuku dan kaki tangan pasien. - Menyediakan alat mandi dan hygiene 	<p>S : pasien mengatakan sedikit merasa nyaman karena kukunya yang panjang sudah di potong tapi masih terganggu dengan kondisinya karena belum mandi.</p> <p>O : kuku kaki dan tangan pasien tampak bersih dan pendek. Pasien masih tercium bau keringat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1 - 5 dilanjutkan</p>
Senin, 11 juni 2018	12.00	Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan perawatan selang infus - Mengajarkan pada pasien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum berkunjung dan sesudah berkunjung. 	<p>S : pasien mengatakan masih menggunakan kateter dan selang oksigennya yang sama dari hari awal masuk samapai pada tanggal 11 belum dibersihkan.</p> <p>O : pasien tampak terpasang selang oksigen dan kateter.</p> <p>A : masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi 1 -4 dilanjutkan</p>
Selasa,12 juni 2018	09.00	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapat informasi	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan penyuluhan tentang apa itu pneumonia, tanda dan gejala pneumonia, penyebab pneumonia, cara pencegahan pneumonia dan cara 	<p>S : Pasien mengatakan setelah mendapat penjelasan pasien menjadi lebih paham dengan penyakit yang dideritanya.</p> <p>O : Pasien tampak mampu menyebutkan kembali apa yang sudah disampaikan.</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>

			penanggulangannya kepada keluarga dan juga pada pasien.	
--	--	--	---	--

Implementasi

Hari/tanggal : Selasa, 12 Juni 2018

Hari/tanggal	Waktu	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 12 juni 2018	09.00 12.00	Ketidakefektifan bersihan pola napas berhubungan dengan penumpukan sekret	<ul style="list-style-type: none"> - Mengatur posisi semi fowler - Memberikan minum air hangat - Mengajarkan napas dalam - Mengajarkan batuk efektif - Melayani obat salbutamol 2 mg/tab (PO) - Monitor bunyi napas pasien 	<p>S : pasien mengatakan sebelumnya lendirnya sudah bisa keluar</p> <p>O : pada saat batuk, pasien tampak mengeluarkan lendir. Masih terdengar bunyi ronchi pada paru bagian dekstra atas dan bagian paru sinistra atas.</p> <p>A : ketidakefektifan bersihan jalan napas</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I : mengatur posisi pasien semi fowler, memberikan minum air hangat</p> <p>E : masih terdengar bunyi ronchi pada paru bagian dekstra atas dan sinistra atas, RR : 30 x/menit.</p>
Selasa, 12 juni 2018	08.00	Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor vital sign - Membantu pasien bergeser ke atas tempat tidur. - Membantu mengubah posisi pasien 	<p>S : pasien mengatakan belum bisa melakukan aktifitas apapun sendiri karena kakinya masih susah digerakan.</p> <p>O : pasien tampak hanya berbaring saja di tempat tidur. kekuatan otot ekstremitas atas 4 dan kekuatan otot ekstremitas bawah 1. TTV : TD : 100/90 mmHg, Nadi : 90x/menit.</p> <p>A : Hambatan mobilitas fisik</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I : Lakukan ROM pasif, monitor vital sign, damping pasien dalam melakukan aktiifitas</p> <p>E : pasien dapat miring kiri dan kanan sendiri. Kekkuatan otot yang didapatkan: ekstremitas atas 4 dan ekstremitas bawah 4.</p>

Selasa, 12 juni 2018	09.20	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tirah baring)	<ul style="list-style-type: none"> - Merencanakan melakukan perawatan luka 	<p>S : pasien mengatakan masih sakit di area belakang jika ditendes</p> <p>O : pasien tampak kesakitan saat berbaring posisi telentang. Luka tampak keluar nanah.</p> <p>A : kerusakan integritas kulit</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I : merencanakan perawatan luka (pasien menolak karena masih terlalu sesak).</p> <p>E : luka pasien mengeluarkan nanah.</p>
Selasa, 12 juni 2018	13.00	Insomnia berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (batuk, sesak napas)	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan kepada keluarga dan pasien untuk menggunakan air panas untuk membersihkan diri sebelum tidur. - Mengajukan kepada keluarga untuk membatasi pengunjung - Mengajukan pasien untuk mendengarkan musik yang lembut 	<p>S : pasien mengatakan sudah bisa tidur dari jam 20.00 sampai jam 24 terbangun kembali karena batuk.</p> <p>O : pasien tampak tidak lagi menguap saat berbicara, masih tampak bantalan hitam di bawah mata.</p> <p>A : insomnia</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I : mengajukan pasien mendengarkan musik yang lembut dan mengajukan kepada keluarga untuk membatasi pengunjung.</p> <p>E : pasien dapat tidur dengan nyaman selama 4 jam.</p>
Selasa, 12 juni 2018	12.30 14.00	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengatur posisi semi fowler - Membantu pasien kumur-kumur - Memberikan bubur hangat - Mengukur LILA 	<p>S : pasien mengatakan belum bisa menghabiskan semua makanan yang disediakan.</p> <p>O : pasien tampak menyisakan makanan yang telah disediakan</p> <p>A : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I : memberikan bubur hangat dan mengukur LILA.</p> <p>E : pasien belum mampu menghabiskan porsi makan yang disediakan. LILA yang didapatkan 21.</p>
Selasa, 12 Juni 2018	08.00	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan alat mandi pasien seperti sabun, handuk, pakaian ganti. - Mengajarkan 	<p>S : pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dimandikan</p> <p>O : kuku kaki dan tangan bersih, pasien tidak berbau keringat.</p> <p>A : defisit perawatan diri.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>

			kepada keluarga tentang cara memandikan.	I : mengajarkan keluarga cara mandi. E : kuku kaki dan tangan pasien tampak bersih, pasien tidak tercium bau keringat.
Selasa, 12 juni 2018	10.00	Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan perawatann selang infus - Menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum berkunjung dan sesudah berkunjung. 	<p>S : pasien mengatakan sudah 1 minggu belum pernah melakukan perawatan kateter.</p> <p>O : pasien tampak terpasang selang infus, kateter dan selang nasal kanul.</p> <p>A : resiko infeksi P : lanjutkan intervensi I : melakukan perawatan infus dan selang nasal kanul E : selang kateter tampak kotor .</p>

Implementasi

Hari/tanggal : Rabu 13 Juni 2018

Hari/tggl	Waktu	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
Rabu, 13 – 2018	08.15	Ketidakefektifan bersihan pola napas berhubungan dengan penumpukan sekret	<ul style="list-style-type: none"> - Mengatur posisi semi fowler - Memberikan minum air hangat - Mengajarkan napas dalam - Mengajarkan batuk efektif 	<p>S : pasien mengatakan sudah mengeluarkan lendir sedikit.</p> <p>O : pasien tampak mampu mengeluarkan lendir, auskultasi bunyi napas masih terdengar bunyi ronchi di lobus kanan atas paru.</p> <p>A : masalah belum teratasi P : Intervensi 1 – 8 dilanjutkan</p>
Rabu, 13 – 2018	11.30	Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor vital sign - Membantu pasien bergeser ke atas tempat tidur. - Membantu menguubah posisi pasien 	<p>S : pasien mengatakan kakinya masih susah digerakan tapi sudah bisa membalikan badan ke kiri dan ke kanan.</p> <p>O : pasien tampak tidak mampu menggerakkan kaki sinistra dan dekstra,kekuatan otot yang didapatkan ekstremitas bawah bernilai 1. Pasien tampak mampu membalkan badan sendiri.</p> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi 1-5 dilanjutkan</p>
Rabu, 13 – 2018	12.00	Kerusakan integritas kulit berhubungan	<ul style="list-style-type: none"> - melakukan perawatan luka dekubitus 	<p>S : pasien mengatakan bagian belakangnya masih terasa sakit.</p> <p>O : luka pasien berwarna</p>

		dengan faktor mekanik (tirah baring)	<p>dengan menggunakan NaCl dan salep gentamicin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengatur posisi miring kiri dan miring kanan 	<p>kehitaman, bernanah, dan berbau busuk.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
Rabu, 13 – 2018		Insomnia berhubungan dengan Ketidaknyamanan fisik (sesak napas)	<ul style="list-style-type: none"> - Meminta keluarga untuk mengurangi pengunjung yang datang terutama di malam hari - Meminta keluarga untuk menggosok aroma terapi (minyak kayu putih) pada pasien. 	<p>S : pasien mengatakan sudah bisa tidur dari jam 20.00 malam sampai 02.pagi</p> <p>O : pasien tampak lebih bersemangat, tidak tampak menguap saat sedang berbicara.Masih tampak terlihat bantalan hitam di bawah mata.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1- 4 dilanjutkan.</p>
Rabu, 13 – 2018	12.00	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan	<ul style="list-style-type: none"> - Melayani pasien makan bubur hangat - Mengukur LILA pasien 	<p>S : Pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan makanan yang diberikan dengan cara memakannya sedikit demi sedikit.</p> <p>O : pasien tampak menghabiskan porsi makan yang disediakan. LILA 21 cm.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1-7 dilanjutkan</p>
Senin, 11 juni 2018	08.00	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan alat mandi dan hygiene. - Bersama keluarga memandikan pasien. - Menganjurkan kepada keluarga dan juga pasien untuk memotong kuku jika sudah mulai panjang kembali. 	<p>S : pasien mengatakan merasa segar dan nyaman setelah dimandikan.</p> <p>O :pasien tampak segar, tidak berbau, kuku kaki dan tangan tampak bersih dan pendek.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1 - 5 dilanjutkan</p>

Rabu, 13 – 2018	09.00	Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan infusif	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan perawatan selang infus - Menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum berkunjung dan sesudah berkunjung. - Melakukan perawatan kateter 	<p>S : pasien mengatakan setelah seminggu tidak dibersihkan kateternya, ini pertama kali dibersihkan.</p> <p>O : pasien tampak terpasang selang oksigen dan kateter.</p> <p>A : masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi 1 -4 dilanjutkan</p>
--------------------	-------	---	--	--

Lampiran 5

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik bahasan : Pneumonia

Hari/tanggal : Selasa, 12 juni 2018

Waktu : 30 menit.

Tempat : Ruang teratai

Sasaran : Pasien dan keluarga

1. Tujuan.

- Umum : Pasien dan keluarga mampu memahami tentang peyakit pnemonia
- Khusus : Setelah melakukan penyuluhan ini pasien dan keluarga mampu
 1. Menjelaskan pengertian pneumonia
 2. Menjelaskan penyebab pneumonia
 3. Menjelaskan tanda dan gejala pneumonia
 4. Menjelaskan cara mencegah pneumonia

2. Materi

- Pengertian pneumonia
- Penyebab pneumonia
- Tanda dan gejala pneumonia
- Cara pencegahan pneumonia

3. Kegiatan

No	Tahap	Kegiatan		Waktu
		Penyuluh	Sasaran	
1.	Pendahuluan	<ul style="list-style-type: none">• Memberi salam pembukaan.• Memperkenalkan diri.• Menjelaskan tujuan penyuluhan.	<ul style="list-style-type: none">• Membalas salam.• Mendengar identitas penyuluh.• Menyimak tujuan penyuluhan	5 menit.
2.	Penyajian materi	<ul style="list-style-type: none">• Mengajukan beberapa pertanyaan tentang apa yang pasien dan keluarga ketahui tentang pnemonia• Memberikan materi tentang<ul style="list-style-type: none">• Pengertian pneumonia• Penyebab pneumonia• Tanda dan gejala pneumonia• Cara pencegahan pneumonia	<ul style="list-style-type: none">• Menjawab pertanyaan penyuluh.• Mendengar dengan seksama dan mencatat hal-hal yang penting dan yang kurang jelas.	20 menit.
3.	Diskusi	<ul style="list-style-type: none">• Meminta peserta mengajukan pertanyaan tentang : apa itu pnemonia, penyebab pnemonia,	<ul style="list-style-type: none">• Pasien dan keluarga mengajukan pertanyaan kepada	10 menit

		tanda dan gejala pnemonia dan cara mencegah pnemonia.	penyuluh tentang apa itu pnemonia, penyebab pnemonia, tanda dan gejala pnemonia dan cara mencegah pnemonia	
5.	Penutup	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi : Mengajukan pertanyaan tentang materi yang disampaikan • Menyimpulkan materi yang telah disampaikan. • Mengucapkan salam penutup. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien dan keluarga mampu menjelaskan tentang materi yang disampaikan penyuluh • Mendengarkan dan memperhatikan, kesimpulan. • Menjawab salam. 	5 menit

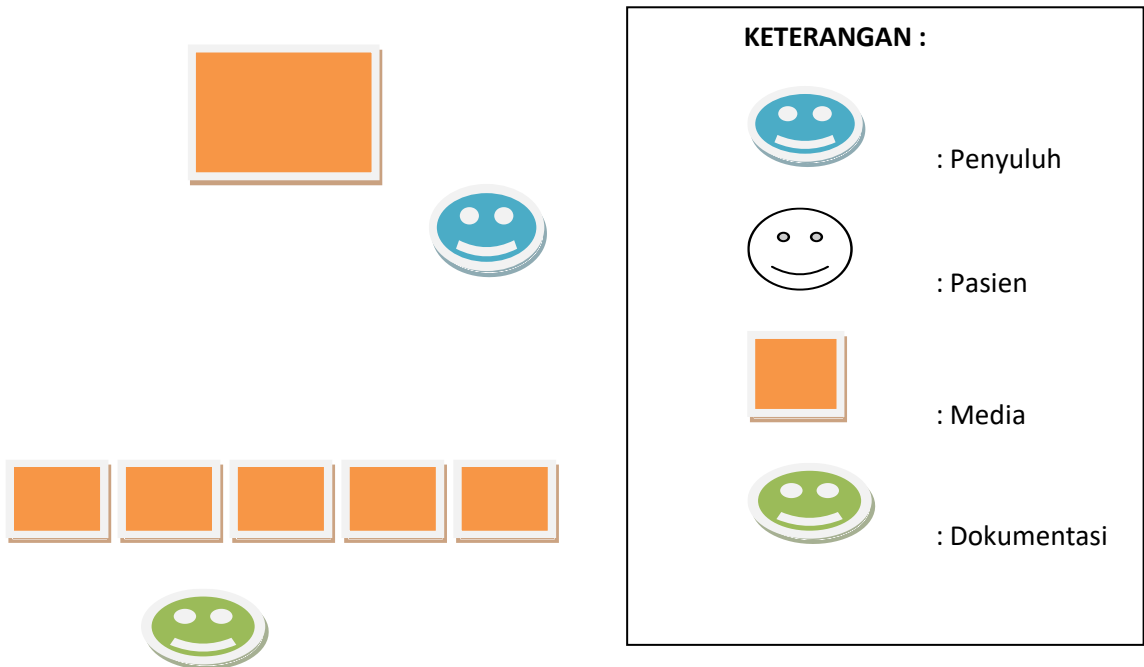
4. Metode.

- ❖ Ceramah.
- ❖ Diskusi.

5. Media.

- ❖ Leaflet
- ❖ Poster

5. Setingtempat



6. Pengorganisasian

Pembimbing :

Penyuluh/Pemateri : Mufatir Pua Dawe

7. Evaluasi

- 1) Metode evaluasi : Lisan
- 2) Soal :
 - a. Apa yang dimaksudkan dengan pnemonia?
 - b. Apa saja penyebab pnemonia?
 - c. Apa saja tanda dan gejala pnemonia?
 - d. Bagaimana cara mencegah ?

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Pneumonia adalah proses inflamatori parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh agens infeksius. Pneumonia adalah salah satu penyakit saluran pernapasan bawah akut (ISNBA) dengan gejala batuk dan disertai dengan sesak napas yang disebabkan oleh agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma (fungi) dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru-paru yang disertai eksudat dan konsolidasi. Pneumonia adalah penyakit batuk pilek disertai napas sesak atau napas cepat (Misnadiarly, 2008). Pneumonia adalah infeksi akut pada jaringan paru-paru (alveoli). (Devi Indriasari, 2009). Pneumonia adalah penyakit yang menyebabkan konsolidasi pada parenkim paru (Valentina L. Brashers, 2007). Pneumonia adalah inflamasi atau infeksi pada parenkim pulmo (Irman Somantri, 2007).

B. Etiologi

1. Bakteri

Pneumonia bakterial dibagi menjadi dua bakteri penyebabnya yaitu :

a. Typical organisme

Penyebab pneumonia berasal dari gram positif berupa :

- Streptococcus pneumoniae : merupakan bakteri anaerob fakultatif. Bakteri patogen ini ditemukan pneumonia komunitas rawat inap di luar ICU sebanyak 20-60%, sedangkan pada pneumonia komunitas rawat inap di ICU sebanyak 33%.
- Staphylococcus aureus : bakteri anaerob fakultatif. Pada pasien yang diberikan obat secara intravena (intravena drug abusers) memungkinkan infeksi kuman ini menyebar secara hematogen dari kontaminasi injeksi awal menuju ke paru-paru. Kuman ini memiliki daya tahan paling kuat, apabila suatu organ telah terinfeksi kuman ini akan timbul tanda khas, yaitu peradangan, nekrosis dan pembentukan abses. Methicillin-resistant S. Aureus (MRSA)

memiliki dampak yang besar dalam pemilihan antibiotik dimana kuman ini resisten terhadap beberapa antibiotik.

- Enterococcus (*E. faecalis*, *E. faecium*) : organisme streptococcus grup D yang merupakan flora normal usus. Penyebab pneumonia berasal dari gram negatif sering menyerang pada pasien defisiensi imun (immunocompromised) atau pasien yang di rawat di rumah sakit, di rawat di rumah sakit dalam waktu yang lama dan dilakukan pemasangan endotracheal tube.

Contoh bakteri gram negatif dibawah adalah :

- *Pseudomonas aeruginosa* : bakteri anaerob, bentuk batang dan memiliki bau yang sangat khas.
- *Klebsiella pneumoniae* : bakteri anaerob fakultatif, bentuk batang tidak berkapsul. Pada pasien alkoholisme kronik, diabetes atau PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik) dapat meningkatkan resiko terserang kuman ini.
- *Haemophilus influenzae* : bakteri bentuk batang anaerob dengan berkapsul atau tidak berkapsul. Jenis kuman ini yang memiliki virulensi tinggi yaitu encapsulated type B (HiB).
- Atipikal organisme : bakteri yang termasuk atipikal adalah *Mycoplasma* sp, *Chlamydia* sp, *Legionella* sp.

2. Virus

Disebabkan oleh virus influenza yang menyebar melalui droplet, biasanya menyerang pada pasien dengan imunodefisiensi. Diduga virus penyebabnya adalah cytomegalovirus, herpes simplex virus, varicella zoster virus.

3. Fungi

Infeksi pneumonia akibat jamur biasanya disebabkan oleh jamur oportunistik, dimana spora jamur masuk ke dalam tubuh saat menghirup udara. Organisme yang menyerang adalah *Candida sp.*, *Aspergillus sp.*, *Cryptococcus neoformans*.

C. Tanda & Gejala

- Gejala khas adalah demam, menggigil, berkeringat, batuk (baik non produktif atau produktif atau menghasilkan sputum berlendir, purulen, atau bercak darah), sakit dada karena pleuritis dan sesak. Gejala umum lainnya adalah pasien lebih suka berbaring pada sisi yang sakit dengan lutut tertekuk karena nyeri dada. Pemeriksaan fisik didapatkan retraksi atau penarikan dinding dada bagian bawah saat pernafas, takipneu, kenaikan atau penurunan taktil fremitus, perkusi redup sampai pekak menggambarkan konsolidasi atau terdapat cairan pleura, ronki, suara pernafasan bronkial, pleural friction rub.

D. Cara pencegahan pneumonia

- a. Jangan merokok
- b. Hindari konsumsi minuman secara berlebihan dan berkepanjangan
- c. Mencuci tangan sesering mungkin untuk mencegah virus dan bakteri yang ada.
- d. Menjaga kebersihan
- e. Untuk anak-anak disebut vaksin konjugasi pneumokokus (PVC).

Daftar Pustaka

Gonce morton patricia,2013, "*Keperawatan Kritis*".vol 1.jakarta,EGC.

Stillwel B.Susan, 2012,*Pedoman Keperawatan Kritis*.edisi 3, jakarta,EGC.

file:///C:/Users/User/Documents/FIDA_AMALINA_22010110120027_BAB2KTI.pdf