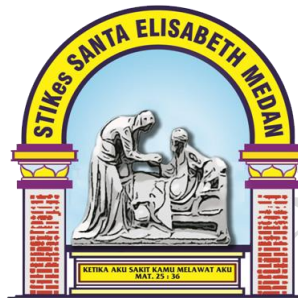


**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN: CA PARU PADA TN. S
DI RUANG RAWAT INAP ST. MARTA RUMAH SAKIT
SANTA ELISABETH MEDAN 26-28 JANUARI 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

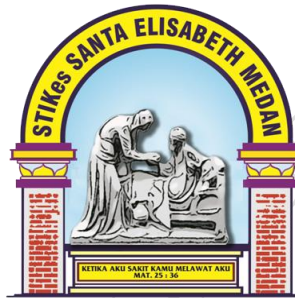
Patricia Juniati Simarmata
NIM. 052024029

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERNAFASAN : CA PARU PADA TN. S DI RUANG RAWAT
INAP ST. MARTA RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
26-28 JANUARI 2025**

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

Patricia Juniati Simarmata
NIM. 052024029

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
2025**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 29 APRIL 2025

MENGESAHKAN



(Lindawati F. Tampubolon S. Kep., Ns., M. Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana B. Karo, M. Kep., DNSc)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 29 APRIL 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Friska S. H Ginting, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Vina Y. S Sigalingging, S.Kep., Ns., M.Kep

Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep



LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh :
Patricia Juniati Simarmata

Medan, 29 April 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji

(Friska Sri Handayani Ginting, S.Kep., Ns., M.Kep)

Anggota

(Vina Yolanda Sari Sigalingging, S.Kep., Ns., M.Kep)

(Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Adapun judul karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Gangguan Sistem Pernafasan : CA Paru Pada Tn. S di Ruang Rawat Inap St. Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 26-28 Januari 2025”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ners Program Studi Ners Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, saya telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp.OT (K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus kelolaan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan.
3. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep selaku ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis untuk mengikuti penyusunan karya ilmiah akhir ini.



4. Friska Sri Handayani Ginting, S. Kep., Ns., M. kep selaku dosen pembimbing I sekaligus penguji I yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Vina Yolanda Sari Sigalingging, S. Kep., Ns., M. kep selaku dosen penguji II saya, yang telah memberi waktu dalam membimbing dan menguji saya pada karya ilmiah akhir ini.
6. Helinida Saragih, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen penguji III saya, yang telah memberi waktu dalam membimbing dan menguji saya pada karya ilmiah akhir ini.
7. Jagentar Parlindungan Pane, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah membantu, membimbing, dan memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Kepada seluruh dosen yang telah membimbing, memberikan dukungan, motivasi kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan Tahun 2024.
10. Teristimewa kepada kedua orangtua tercinta Bapak R. Simarmata dan Ibu D. Sirait serta ketiga saudara kandung saya Sandro Simarmata, Surif Simarmata, dan Happy Simarmata yang telah memberi kasih sayang, nasihat, dukungan moral, dan material sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.



Saya menyadari bahwa penulisan karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati saya menerima kritik dan saran membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Harapan penulis semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat untuk pembangunan ilmu pengetahuan khususnya dalam profesi keperawatan.

Medan, 29 April 2025

Penulis

(Patricia Juniati Simaramata)



SINOPSIS

Patricia Juniati Simarmata, 052024029

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Sistem Pernafasan:CA Paru Pada Tn. S Di Ruang Rawat Inap St. Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan CA Paru

Kanker paru-paru adalah pertumbuhan sel yang tidak normal dan tidak terkendali pada jaringan paru-paru, yang mengakibatkan tumor. Tumor di paru-paru dapat bersifat primer ketika berkembang di jaringan paru-paru. Tumor dapat bersifat sekunder ketika menyebar (bermetastasis) dari kanker di area tubuh lainnya, seperti hati, otak, atau ginjal. namun paparan atau inhalasi berkepanjangan suatu zat yang bersifat karsinogenik merupakan faktor penyebab utama, di samping adanya faktor lain seperti kekebalan tubuh, genetik, dan lain-lain. Kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat dan menjadi pedoman dalam pencegahan terjadinya penyakit tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. S dengan CA Paru di ruang St. Marta RS. Santa Elisabeth Medan. Hasil : Tanda dan gejala yang timbul pada kasus CA Paru didapatkan semua sesuai dengan literature buku dan data yang ada di lapangan, selain itu penentuan diagnosa keperawatan juga disesuaikan dengan SDKI yang didapat. Selain itu, penentuan perencanaan yang diberikan pada klien dengan pneumonia berupa pemberian oksigen, pemberian terapi nebulizer, pemebrian posisi *semi fowler*, fisioterapi dada, pemberian aromaterapi lavender.



DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	
SAMPUL DALAM	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
KATA PENGANTAR	v
SINOPSIS	viii
DAFTAR ISI	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4. Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat praktis	6
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	7
2.1. Konsep Dasar Medis	7
2.1.1 Defenisi CA Paru.....	7
2.1.2 Etiologi CA Paru	7
2.1.3 Anatomi Fisiologi.....	8
2.1.4 Patofisiologi CA Paru.....	15
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	16
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik CA Paru	16
2.1.7 Penatalaksanaan CA Paru.....	17
2.2. Konsep Dasar Keperawatan	19
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	19
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	20
2.2.3 Intervensi Keperawatan	21
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	25
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	25
Case Study	26
BAB 3 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN	27
BAB 4 PEMBAHASAN	73
4.1. Pengkajian Keperawatan.....	73
4.2. Diagnosa Keperawatan	73
4.3. Intervensi Keperawatan	75
4.4. Implementasi Keperawatan	77



4.5. Evaluasi Keperawatan.....	78
BAB 5 Simpulan Dan Saran.....	76
5.1. Simpulan	76
5.2. Saran.....	77
5.2.1. Bagi Mahasiswa	77
5.2.2. Bagi Institusi Pendidikan	77
5.2.3. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.....	77
DAFTAR PUSTAKA	78
LAMPIRAN	80
EBP	81
SOP	83
MIND MAPPING	85



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker paru merupakan salah satu penyakit ganas yang menyerang organ vital paru yang berasal dari paru itu sendiri atau yang sering disebut dengan kanker paru primer. Kanker paru primer merupakan jenis tumor yang bersifat ganas dan berasal dari epitel bronkus (karsinoma bronkus/bronchogenic carcinoma) (Nugroho et al., 2023).

Kanker adalah penyebab utama kematian di seluruh dunia, terhitung hampir 10 juta kematian pada tahun 2020 atau hampir satu dari enam kematian akibat kanker (Indra Buana, 2022). Menurut perkiraan American Cancer Society untuk kanker paru di Amerika Serikat pada tahun 2022 adalah sekitar 236.740 kasus baru kanker paru dimana 117.910 pada pria dan 118.830 pada perempuan dan sekitar 130.180 kematian akibat kanker paru dimana 68.820 pada pria dan 61.360 pada perempuan (3,4) (Indra Buana, 2022).

Kasus kanker paru di Indonesia pada tahun 2020 berada di urutan ketiga dengan jumlah 34.783 kasus (8,8% dari total kasus). Selain angka kejadiannya yang tinggi, kanker paru merupakan penyebab kematian karena kanker yang paling tinggi di Indonesia yaitu sekitar 13,2% dari total kematian kanker (WHO, 2020). Lima provinsi dengan jumlah pasien kanker paru terbanyak di tahun 2019 adalah Jawa Timur, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Provinsi Sumatera Selatan (A. Dewi et al., 2021)



Faktor risiko adalah sesuatu yang meningkatkan risiko terkena kanker paru, diantaranya dapat berupa perilaku, substansi, atau kondisi. Sebagian besar kanker adalah hasil dari banyak faktor risiko. Risiko terkena kanker paru meningkat seiring bertambahnya usia. Lebih dari setengah kasus kanker paru yang baru didiagnosis terjadi pada orang berusia 60 tahun atau lebih. Merokok adalah faktor risiko terbesar dalam terjadinya kanker paru. Pria lebih sering terkena kanker paru daripada Perempuan. Akan tetapi, angka kanker paru pada Perempuan juga terbilang tinggi. (Indra Buana, 2022).

Paparan jangka panjang oleh zat berbahaya menyebabkan kronis jaringan komponen asap dalam respon rokok inflamasi paru. Beberapa rokok yang berpotensi menyebabkan kondisi patologis pada paru antara lain akrolein, formaldehid, nitrogen oksida, kadmium, dan sianida. Selain itu, kandungan tar yang tinggi menjadi suatu radikal bebas yang sangat kuat. Respon inflamasi kronis yang ditimbulkan akan mengakibatkan penebalan dinding saluran napas, stenosis, emfisema, dan kerusakan struktural lainnya (Nugroho et al., 2023).

Masalah yang dapat terjadi pada pasien ca paru adalah bersihan jalan napas tidak efektif. Hal ini disebabkan karena tumor cenderung timbul ditempat pada jaringan parut sebelumnya (tuberkolosis, fibrosi) dan kebanyakan pada ca paru dapat mengakibatkan adanya obstruksi dan penumpukan cairan pada stadium lanjut. Dengan adanya penumpukan cairan maka suplai oksigen (O₂) ke otak, sel, dan jaringan menjadi terhambat. Kebutuhan oksigen akan mengalami gangguan bila salah satu organ sistem respirasi terganggu (Dewi, 2019). Dampak dari pengeluaran dahak yang tidak lancar akibat bersihan jalan napas tidak efektif



adalah penderita mengalami kesulitan bernafas dan gangguan pertukaran gas di dalam paru paru yang mengakibatkan timbulnya sianosis, kelelahan, apatis serta merasa lemah. Dalam tahap selanjutnya akan mengalami penyempitan jalan nafas sehingga terjadi perlengketan jalan nafas dan terjadi obstruksi jalan nafas (Sholehudin, 2019).

Pengobatan kanker paru-paru dalam jangka panjang mempengaruhi masalah fisiologis, psikologis dan sosial pasien. Pengobatan kanker paru-paru dibagi berdasarkan jenisnya antara NSCLC dan SCLC. Pengobatan biasanya didasarkan pada stadium kanker itu sendiri, termasuk pembedahan, radiasi dan kemoterapi (Joseph et al, 2020). Kemoterapi merupakan pengobatan dengan obat antineoplastik yang dapat membunuh sel kanker (Sitepu, 2021). Kemoterapi merupakan salah satu bentuk pengobatan yang umum dilakukan dengan segala manfaatnya, tentunya pengobatan ini juga mempunyai banyak efek samping (Sugiharto dkk, 2021).

Pasien kanker paru-paru dipantau secara intensif berdasarkan layanan, namun secara akut, beberapa situasi khusus dapat terjadi. Hal ini memerlukan diagnosis dini dan pendekatan profesional kesehatan untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian. Perawat dan keluarga sangat perlu berhati-hati dalam memantau respon pasien kanker paru (Diyannah et al, 2021).

Untuk itu, perawat berperan sebagai care givers atau pemberi asuhan keperawatan, dimana perawat dituntut untuk mampu berpikir kritis dimulai dari pengkajian pasien hingga evaluasi setiap tindakan. Tindakan yang dapat dilakukan

agar jalan nafas kembali efektif adalah mengeluarkan sekret yang sulit dikeluarkan dengan upaya batuk efektif dan fisioterapi dada (Sholehudin, 2019).

Keluarga memainkan peran penting dalam perawatan di rumah bagi pasien kanker paru-paru yang sakit. Asuhan keperawatan pada anak hendaknya didasarkan pada filosofi keperawatan yaitu perawatan yang berpusat pada keluarga (FCC). Salah satu konsep perawatan yang berpusat pada keluarga menekankan pentingnya keterlibatan dan pemberdayaan keluarga. Menurut Silalah dkk. (2022), keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien kanker yang berpusat pada keluarga, menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga dalam pengobatan pasien kanker paru dapat meningkatkan keberhasilan pengobatan dan kepuasan kebutuhan pasien. Pemberdayaan keluarga untuk menerapkan perawatan yang berpusat pada keluarga dapat berjalan maksimal ketika keluarga mengetahui cara merawat pasien kanker paru di rumah sakit atau di rumah (Diyanah et al., 2021).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas, maka rumusan masalah pada asuhan keperawatan ini adalah bagaimana asuhan keperawatan medikal medah pada pasien dengan CA Paru di ruangan Marta RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025?.



1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn. S dengan CA Paru di ruangan Santa Marta RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk melakukan pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan CA Paru
2. Untuk menegakkan diagnosa keperawatan medikal bedah pada pasien dengan CA Paru
3. Untuk menyusun perencanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan CA Paru
4. Untuk melakukan implementasi asuhan medikal bedah pada pasien dengan CA Paru
5. Untuk mengevaluasi asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan CA Paru

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari karya ilmiah akhir ini di harapkan menjadi sumber bacaan dan dapat mengembangkan pengetahuan mengenai asuhan keperawatan medikal bedah dengan gangguan sistem pernafasan : CA Paru Pada Tn. S di Ruang Rawat Inap St. Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 26-27 Januari 2025.



1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan CA Paru.

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CA Paru.

3. Bagi Lahan Praktek

Dapat memberikan pelayanan yang komprehensif sehingga mampu meningkatkan mutu pelayanan yang optimal dalam pengaplikasian asuhan keperawatan CA Paru.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Definisi CA Paru

Kanker paru-paru adalah pertumbuhan sel yang tidak normal dan tidak terkendali pada jaringan paru-paru, yang mengakibatkan tumor. Tumor di paru-paru dapat bersifat primer ketika berkembang di jaringan paru-paru. Tumor dapat bersifat sekunder ketika menyebar (bermetastasis) dari kanker di area tubuh lainnya, seperti hati, otak, atau ginjal. Ada dua kategori utama kanker paru-paru: sel kecil dan bukan sel kecil. Paparan berulang terhadap iritan yang terhirup meningkatkan risiko seseorang terkena kanker paru-paru.

Kanker paru-paru muncul dari sel epitel tunggal yang mengalami transformasi di saluran udara trakeobronkial. Karsinogen (asap rokok, gas radon, agen lingkungan dan pekerjaan lainnya) merusak sel, menyebabkan pertumbuhan abnormal dan perkembangan menjadi tumor ganas (Brunner & Suddarth, 2018).

2.1.2 Etiologi CA Paru

Penyebab pasti kanker paru belum diketahui, namun paparan atau inhalasi berkepanjangan suatu zat yang bersifat karsinogenik merupakan faktor penyebab utama, di samping adanya faktor lain seperti kekebalan tubuh, genetik, dan lain-lain. Dari beberapa kepustakaan, telah dilaporkan bahwa etiologi kanker paru sangat berhubungan dengan kebiasaan merokok.

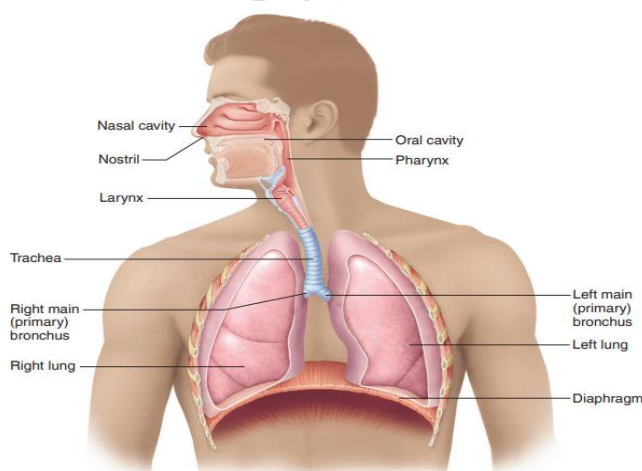
Diperkirakan 25% kanker paru dari pasien bukan perokok berasal dari perokok pasif. Terdapat perubahan/mutasi beberapa gen yang berperan dalam

kanker paru, yakni proto oncogen, tumor supressor gene, dan gene encoding enzyme. Etiologi lain dari kanker paru yang pernah dilaporkan adalah sebagai berikut (Ummara et al., 2021):

1. Paparan zat karsinogen,
seperti:
 - a. Asbestos, sering menimbulkan mesotelioma
 - b. Radiasi ion pada pekerja tambang uranium
 - c. Radon, arsen, kromium, nikel, polisiklik hidrokarbon, vinil klorida
2. Polusi udara
3. Penyakit paru seperti pneumonitis interstisial kronik
4. Riwayat paparan radiasi daerah torak
5. Genetik Kanker Paru: Sebuah Kajian Singkat

2.1.3 Anatomi Fisiologis

1. Anatomi



Anatomi atau struktur sistem respirasi yang akan dibahas meliputi saluran napas atas dan bawah. Saluran napas atas terdiri dari hidung dan rongga hidung,

faring, dan laring. Sedangkan saluran napas bawah terdiri dari trakea, bronkus, paru-paru, dan alveoli. Saluran napas atas adalah daerah di mana udara bergerak menuju area pertukaran gas di paru-paru.

1. Hidung dan Rongga Hidung

Hidung merupakan bagian dari sistem respirasi yang paling luar dan dapat dilihat secara langsung. Udara masuk dan keluar melalui lubang hidung. Hidung terbentuk dari tulang dan kartilago atau tulang rawan. Di dalam hidung terdapat rongga hidung yang menjadi jalur utama masuknya udara dan dipisahkan oleh septum. Rongga hidung dilapisi dengan epitel kolumnar bersilia yang kaya pembuluh darah (membran mukosa bersilia) dan mengandung sel goblet yang menyekresi lendir sehingga dapat menghangatkan udara yang melewatinya. Selain itu, memungkinkan partikel yang lebih kecil seperti debu dan bakteri menempel pada mukosa. Gerakan silia membawa lendir ke tenggorokan untuk ditelan atau dibatukkan. Mukosa juga melindungi epitel di bawahnya dari iritasi dan mencegah pengeringan.

2. Faring

Faring atau tenggorokan merupakan saluran umum untuk sistem pernapasan dan pencernaan. Faring yang memiliki panjang 12-14 cm dilewati oleh udara dari hidung serta makanan, air, dan udara dari mulut. Faring terdiri dari tiga bagian yaitu nasofaring, orofaring, dan laringofaring.

3. Laring

Laring terletak di tenggorokan anterior dan memanjang dari pangkal lidah ke trakea. Laring merupakan saluran udara yang menghubungkan faring dengan trakea dan terletak di anterior bagian atas esofagus. Terdapat sembilan kartilago yang membentuk laring dan dihubungkan satu sama lain oleh otot dan ligamen. Terdiri dari tiga buah kartilago tunggal yang besar yaitu epiglotis, tiroid, dan krikoid serta tiga pasang kartilago yang lebih kecil yaitu aritenoidea, kornikulata, dan kuneiformis.

4. Trakea

Trakea merupakan jalan napas yang bersifat fleksibel. Pada orang dewasa memiliki panjang 12 cm dan berdiameter sekitar 1,4–1,6. Trakea terletak memanjang dari laring ke bawah setinggi vertebra torakalis 7. Lalu bercabang menjadi bronkus primer kanan dan kiri setinggi vertebra torakalis kelima.

5. Bronkus

Trakea terbagi menjadi saluran udara yang lebih kecil yaitu bronkus primer, bronkus sekunder, bronkus tersier, dan bronkiolus. Bronkus primer terbagi menjadi dua yaitu bronkus utama kanan dan kiri. Bronkus utama kanan lebih pendek dan lebih luas dibandingkan bronkus utama kiri. Kondisi ini mengakibatkan bronkus utama kanan lebih mudah dimasuki oleh benda asing. Bronkus primer umumnya memiliki struktur yang mirip dengan trakea, tetapi diameternya lebih kecil.

Bronki utama bercabang menjadi bronki segmental dan subsegmental atau bronkus sekunder dan tersier menuju masing-masing lobus paru. Struktur tulang rawan menjadi kurang jelas dalam bronkus yang lebih kecil ini. Bronkus tersier bercabang menjadi banyak saluran udara yang lebih kecil yang disebut bronkiolus dengan diameternya kurang dari 1 mm. Bronkiolus memiliki dinding berupa otot polos dan tidak mengandung tulang rawan. Bronkiolus berakhir di duktus alveolaris yang bermuara menjadi kelompok kecil kantung berbentuk cangkir atau globular yang disebut alveoli

6. Paru - Paru dan Alveoli

Di dalam rongga thoraks terdapat dua pasang paru yang dipisahkan oleh ruang mediastinum. Organ-organ lain seperti jantung, aorta, vena cava, pembuluh darah pulmonal, esofagus, bagian dari trakea, dan bronki serta kelenjar timus terdapat di mediastinum. Di atas rusuk pertama terdapat bagian apeks paru dan pada diafragma terletak bagian basal paru (Umar et al., 2021).

2. Fisiologis

Fungsi utama sistem pernapasan adalah memasok oksigen ke tubuh dan membuang karbon dioksida. Untuk melakukannya, setidaknya empat peristiwa berbeda, yang secara kolektif disebut respirasi, harus terjadi:

1. Ventilasi paru. Udara harus bergerak masuk dan keluar paru-paru sehingga gas-gas di alveoli paru-paru terus-menerus disegarkan. Proses ventilasi paru-paru ini umumnya disebut pernapasan.
2. Respirasi eksternal. Pertukaran gas (pemuatan oksigen dan pelepasan karbon dioksida) antara darah paru-paru dan alveoli harus terjadi. Ingatlah bahwa dalam respirasi eksternal, pertukaran gas dilakukan antara darah dan bagian luar tubuh.
3. Pengangkutan gas pernapasan. Oksigen dan karbon dioksida harus diangkut ke dan dari paru-paru dan sel-sel jaringan tubuh melalui aliran darah.
4. Respirasi internal. Pada kapiler sistemik, pertukaran gas terjadi antara darah dan sel-sel di dalam tubuh.

Meskipun hanya dua proses pertama yang menjadi tanggung jawab khusus sistem pernapasan, keempat proses tersebut diperlukan agar pertukaran gas dapat terjadi. Perhatikan bahwa respirasi seluler, penggunaan oksigen untuk menghasilkan ATP dan karbon dioksida, merupakan landasan semua reaksi kimia, penghasil energi dan terjadi di semua sel (Marieb & Keller et al., 2024).

1. Mekanisme pernapasan
 - a. Inspirasi

Ketika otot-otot inspirasi, diafragma dan interkostal eksternal, berkontraksi, ukuran rongga toraks meningkat. Ketika diafragma berbentuk kubah berkontraksi ke arah inferior, dimensi superior-inferior (ketinggian) rongga toraks meningkat. Kontraksi interkostal eksternal mengangkat tulang rusuk dan mendorong sternum ke depan, yang meningkatkan dimensi anteroposterior dan lateral toraks. Paru-paru melekat erat pada dinding toraks (karena tegangan permukaan cairan di antara membran pleura), sehingga paru-paru meregang ke ukuran toraks yang baru dan lebih besar. Ketika volume intrapulmonal (volume di dalam paru-paru) meningkat, gas di dalam paru-paru menyebar untuk mengisi ruang yang lebih besar. Akibatnya, gas berkurang daripada tekanan atmosfer. Hal ini menyebabkan gas mengalir keluar secara pasif untuk menyamakan tekanan dengan tekanan di luar.

Namun, jika saluran pernapasan menyempit akibat kejang bronkiolus (seperti pada asma) atau tersumbat lendir atau cairan (seperti pada bronkitis kronis atau pneumonia), ekspirasi menjadi proses aktif. Dalam kasus ekspirasi paksa seperti itu, otot-otot interkostal internal diaktifkan untuk membantu menekan tulang rusuk, dan otot-otot perut berkontraksi dan membantu memaksa udara dari paru-paru dengan menekan organ-organ perut ke atas melawan diafragma.

Biasanya tekanan di dalam rongga pleura, tekanan intrapleura, selalu negatif. Ini adalah faktor utama yang mencegah kolaps paru-paru. Jika karena alasan apa

pun tekanan intrapleura menjadi sama dengan tekanan atmosfer, paru-paru segera mundur dan kolaps (Marieb & Keller et al., 2024).

b. Ekspirasi

Ekspirasi (pengembusan napas) pada orang sehat sebagian besar merupakan proses pasif yang lebih bergantung pada elastisitas alami paru-paru daripada kontraksi otot. Saat otot-otot inspirasi berelaksasi dan kembali ke panjang istirahat awalnya, tulang rusuk turun, diafragma berelaksasi ke atas, dan paru-paru mengecil. Dengan demikian, volume toraks dan intrapulmonal menurun. Saat volume intrapulmonal menurun, gas-gas di dalam paru-paru dipaksa lebih rapat, dan tekanan intrapulmonal naik ke titik yang lebih tinggi daripada tekanan atmosfer. Hal ini menyebabkan gas-gas mengalir keluar secara pasif untuk menyamakan tekanan dengan tekanan di luar.

Namun, jika saluran pernapasan menyempit karena kejang bronkiolus (seperti pada asma) atau tersumbat oleh lendir atau cairan (seperti pada bronkitis kronis atau pneumonia), ekspirasi menjadi proses aktif. Dalam kasus ekspirasi paksa seperti itu, otot-otot interkostal internal diaktifkan untuk membantu menekan tulang rusuk, dan otot-otot perut berkontraksi dan membantu memaksa udara dari paru-paru dengan menekan organ-organ perut ke atas melawan diafragma.

Biasanya tekanan di dalam rongga pleura, tekanan intrapleura, selalu negatif. Ini adalah faktor utama yang mencegah kolaps paru-paru. Jika karena alasan apa pun tekanan intrapleura menjadi sama dengan

tekanan atmosfer, paru-paru segera mengecil dan kolaps (Marieb & Keller, et al., 2024).

2.1.4 Patofisiologis CA Paru

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 displasia. Bila lesi perifer yang disebabkan oleh metaplasia, hyperplasia dan displasia menembus ruang pleura, biasa timbul efusi pleura, dan bisa diikuti invasi langsung pada kosta dan korpus vertebra.

Lesi yang letaknya sentral berasal dari salah satu cabang bronkus yang terbesar. Lesi ini menyebabkan obstruksi dan ulserasi bronkus dengan diikuti dengan supurasi di bagian distal. Gejala – gejala yang timbul dapat berupa batuk, hemoptysis, dyspnea, demam, dan dingin. Adapun faktor lain yang mempunyai kaitan dengan kanker paru termasuk predisposisi genetik dan penyakit pernapasan lain yang mendasari seperti PPOM dan tuberkulosis. Kombinasi dari faktor resiko terutama merokok sangat meningkatkan resiko terjadinya kanker paru. Wheezing unilateral dapat terdengar pada auskultasi. Pada stadium lanjut, penurunan berat badan biasanya menunjukkan adanya metastase, khususnya pada hati. Kanker paru dapat bermetastase ke struktur – struktur terdekat seperti kelenjar limfe, dinding esofagus, pericardium, otak, tulang rangka (Rahmawati et al., 2023).

2.1.5 Manifestasi Klinis CA Paru

Menurut – ada beberapa tanda dan gejala yang akan timbul pada pasien:

CA Paru yaitu sebagai berikut :

- a. Batuk karena iritasi dari massa. Adanya lendir atau eksudat mungkin tidak muncul sampai penyakit lanjut.
- b. Batuk berdarah (hemoptisis).
- c. Kelelahan.
- d. Penurunan berat badan karena kebutuhan kalori tumor, yang mengurangi kebutuhan tubuh.
- e. Anoreksia.
- f. Kesulitan bernapas (dispnea) yang disebabkan oleh jaringan paru-paru yang rusak. Pasien mulai mengalami masalah pernapasan di kemudian hari.
- g. Nyeri dada karena massa menekan jaringan di sekitarnya; mungkin tidak muncul sampai penyakit lanjut.
- h. Produksi sputum.
- i. Efusi pleura.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik CA Paru

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan untuk mendiagnosa CA:

Paru adalah sebagai berikut: (Asiva Noor, 2015)

- a. Massa di paru-paru terlihat pada rontgen dada.
- b. CT scan menunjukkan massa, keterlibatan kelenjar getah bening.

- c. Bronkoskopi dapat menunjukkan sel kanker pada bilasan bronkoskopi; dapat mengungkapkan lokasi tumor.
- d. Sel kanker terlihat dalam dahak.
- e. Biopsi akan menunjukkan jenis sel:
- f. Biopsi jarum melalui dinding dada untuk tumor perifer.
- g. Biopsi jaringan dari paru-paru untuk tumor yang lebih dalam.
- h. Pemindaian tulang atau CT scan menunjukkan metastasis penyakit.

2.1.7 Penatalaksanaan CA Paru

Adapun penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan menurut (Asivah Noor, 2015) adalah sebagai berikut:

1. Penatalaksanaan Non bedah (Nonsurgical Management)

a. Terapi Oksigen

Jika terjadi hipoksemia, perawat dapat memberikan oksigen via masker atau nasal kanula sesuai dengan permintaan. Bahkan jika klien tidak terlalu jelas hipoksemianya, dokter dapat memberikan oksigen sesuai yang dibutuhkan untuk memperbaiki dispnea dan kecemasan.

b. Terapi Obat

Jika klien mengalami bronkospasme, dokter dapat memberikan obat golongan bronkodilator (seperti pada klien asma) dan kortikosteroid untuk mengurangi bronkospasme, inflamasi, edema.

c. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan pilihan pengobatan pada klien dengan kanker paru, terutama pada small-cell lung cancer karena metastasis. Kemoterapi dapat juga digunakan bersamaan dengan terapi bedah.

d. Imunoterapi

Banyak klien kanker paru mengalami gangguan imun. Obat kemoterapi (Cytokin) biasa diberikan.

2) Pembedahan (surgical Management)

1. Dilakukan pada tumor stadium I, stadium II jenis karsinoma, adenokarsinoma, dan karsinoma sel besar undifferentiated.
2. Dilakukan khusus pada stadium III secara individual yang mencakup tiga kriteria berikut.
 - a. Karakteristik biologis tumor.
 - 1) Hasil baik pada tumor dari sel skuamosa dan epidermoid
 - 2) Hasil cukup baik pada adenokarsinoma dan karsinoma sel besar undifferentiated.
 - 3) Hasil buruk pada oat cell
 - b. Letak tumor dan pembagian stadium klinik untuk menentukan reseksi terbaik
 - c. Keadaan fungsional penderita.



2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien CA Paru adalah sebagai berikut (Rahmawati, 2023):

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan awal dari proses asuhan keperawatan dan merupakan satu proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien, data yang dikumpulkan ini meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yaitu pengumpulan data dan analisa data.

b. Pengumpulan Data Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun data atau informasi dari pasien yang meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual yang secara komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien terkait status kesehatan sehingga dapat mengarah untuk melaksanakan tindakan keperawatan.

c. Identitas Nama pasien, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, umur.

d. Keluhan utama

Nyeri hebat pada dada, dan mengalami kesulitan dalam bernapas.

e. Riwayat penyakit terdahulu

Hal ini meliputi penyakit yang pernah dialami apakah pernah di rawat di rumah sakit sebelumnya, pengobatan yang pernah dilakukan alergi

pasien, dengan ca paru biasanya memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan sistem pernapasan.

f. Genogram

Hal ini adalah data yang meliputi grafik keluarga hubungan keluarga.

g. Pemeriksaan fisik B1 (Sistem pernapasan), B2 (Sistem kardiovaskuler), B3 (Sistem persyarafan), B4 (Sistem perkemihan), B5 (Sistem pencernaan), B6 (Sistem muskuloskeletal).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual ataupun potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Daftar diagnosa keperawatan yang mungkin muncul dari hasil pengkajian pada pasien CA Paru menurut (Rahmawati, 2023)

1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b/d Hipersekresi jalan napas
2. Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik
3. Nausea b/d Efek Kemoterapi
4. Hipertemi b/d Proses Penyakit
5. Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017)

Menurut (Asiva Noor, 2015) daftar diagnosa keperawatan pada pasien CA Paru adalah sebagai berikut :

1. Kecemasan
2. Intoleransi aktivitas
3. Gangguan pertukaran gas

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan asuhan yang dilakukan perawat untuk meningkatkan, mencegah, atau memulihkan kesehatan klien. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat. Intervensi yang dapat dilaksanakan oleh perawat berdasarkan standard intervensi keperawatan Indonesia (Tim Pokja DPP PPNI, 2018) :

- 1) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b/d Hipersekresi jalan napas.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan jalan napas pasien efektif Kriteria Hasil :

- b) Pasien tidak mengalami sesak napas
- c) Tidak ada suara tambahan napas
- d) Suplai oksigen 95-100% d) Tidak menggunakan otot bantu

(Tim Pokja DPP PPNI, 2019)

Intervensi dan Rasional

- a) Observasi pola napas pasien R/Untuk mengidentifikasi pola napas pasien b) Berikan oksigen tambahan R/Untuk membantu suplai oksigen pasien



- b) Berikan Posisi Semi fowler R/Dilakukan agar pasien tidak mengalami sesak napas
- c) Edukasi kepada Pasien atau Keluarga terkait kondisi yang dialami R/Untuk membantu dalam prose penyembuhan pasien
- d) Kolaborasi dengan tim medis lain untuk pemberian Bronkodilator R/Untuk tindakan mengeluarkan sekret pada pasien (SIKI, 2018 hal: 186).

2) Nausea b/d Efek Kemoterapi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien tidak mengalami mual dan muntah hingga mengakibatkan penurunan berat badan Kriteria Hasil :

- a) Nafsu makan sedang menjadi meningkat
- b) Keluhan mual dari sedang menjadi menurun c) Pucat dari cukup membaik menjadi membaik (PPNI P. S., 2019)

Intervensi dan Rasional

- a) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan) R/Agar mengetahui penyebab mual pada pasien
- b) Monitoring mual (frekuensi, durasi, tingkat keparahan) R/Agar mengetahui frekuensi dan tingkat keparahan pada pasien
- c) Monitoring asupan nutrisi R/Agar mengetahui asupan nutrisi pada pasien d) Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik R/Agar pasien tidak mual dan muntah saat akan makan



- d) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (bau, suara, dan rangsangan tidak menyenangkan) R/Agar mual pada pasien dapat berkurang
- e) f) Anjurkan TKTP (tinggi kalori tinggi protein) R/ Agar nutrisi pasien dapat terpenuhi
- f) Anjurkan istirahat tidur yang cukup R/Agar pasien mendapatkan istirahat yang cukup
- g) Kolaborasi pemberian obat antiemetik R/Terapi obat oral mual untuk pasien (PPNI P. S., 2018).

3) Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pada pasien dapat berkurang Kriteria Hasil :

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun Sikap protektif menurun (PPNI P. S., 2019)

Intervensi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri R/Untuk mengetahui skala nyeri pada pasien
- c) Identifikasi nyeri non-verbal R/Untuk mengetahui respon nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/Untuk mengetahui faktor memperberat dan memperingan nyeri yang



- e) Control lingkungan yang memperberat kualitas nyeri R/Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri
- f) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri R/Untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri
- g) Kolaborasi pemberian analgesik R/ Pemberian obat anti nyeri (SIKI, 2018; hal : 201)

4) Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, pasien mampu menjalankan aktivitas seperti semula sebelum sakit Kriteria:

Hasil :

- a) Suplai oksigen dalam tubuh pasien dalam batas normal 96%-100%
- b) Pasien mampu beraktivitas secara mandiri
- c) Tidak mengalami perubahan pola napas saat aktivitas (PPNI P. S., 2019)

Intervensi dan Rasional

- a) Identifikasi pola aktivitas pasien R/ Untuk mengetahui penyebab dari ketidaknyamanan saat aktivitas
- b) Berikan lingkungan yang nyaman pada pasien R/Guna mempermudah pasien dalam beristirahat
- c) Anjurkan aktivitas secara bertahap R/Untuk mempermudah pasien dalam melaksanakan aktivitas

- d) Kolaborasi dengan tim medis lain R/untuk tindak lanjut terapi atau diet yang diberikan pada pasien (PPNI P. S., 2018).

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan merupakan perilaku atau tindakan tertentu yang dilakukan oleh seorang perawat untuk melaksanakan perencanaan keperawatan. Tindakan perencanaan keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019). Implementasi meliputi pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang didapat selama tahap perencanaan. implementasi perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan dan supervisi oleh perawat lain untuk melakukan perencanaan berdasar intervensi keperawatan yang berguna untuk membantu klien mencapai tujuan atau hasil yang diinginkan (Siregar, et al., 2021).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai, pada bagian evaluasi ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga akan timbul masalah baru pada pasien sesuai dengan kondisi situasional pasien setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan seluruh masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi (Rahmawati, 2023).



CASE STUDY

Pada tanggal 25 Januari 2025 seorang pasien laki-laki 65 tahun (Tn. S) dibawa oleh istrinya datang ke IGD dengan keluhan batuk berdahak dan sulit dikeluarkan sudah ≤ 2 minggu, demam sudah 1 minggu, sesak nafas saat beraktivitas, nyeri pada dada sebelah kiri saat bernafas dan batuk. Pasien memiliki riwayat CA Paru pada 2024. Kemudian Tn. S disarankan untuk rawat inap. Pada tanggal 26 Januari 2025 Mahasiswa melakukan pengkajian berupa pemeriksaan fisik dan pemeriksaan vital sign dimana didapat Tn. S mengatakan batuk dan sulit mengeluarkan dahak, nyeri pada dada, demam, tidak selera makan sejak di rawat. Vital sign TD : 114/82 mmHg, HR : 114 x/i, RR : 25x/i, T : 38,1°C. Pasien tampak gelisah, batuk dan sulit mengeluarkan sputum, tegang, khawatir. Pada pasien dilakukan pemeriksaan diagnostik yaitu foto thorax dan CT-Scan Thorax.

BAB III
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Patricia Juniati Simarmata NIM: 052024029

Unit : Immunocompromised Tgl. Pengkajian : 26 - 01 – 2025
Ruang/Kamar : Marta/44-2 Waktu Pengkajian: 08.30 WIB
Tgl. Masuk RS : 25 – 01 - 2025 Auto Anamnese : ☒
Allo Anamnese : ☒

1. IDENTIFIKASI

a. KLIEN

Nama Initial : Tn. S
Tempat/Tgl Lahir (umur) : Marom, 09 Maret 1959 (65 tahun)
Jenis Kelamin : ☒ Laki-laki ☐ Perempuan
Status Perkawinan : Kawin
Jumlah Anak : 5
Agama/Suku : Kristen Protestan / Batak Simalungun
Warga Negara : ☒ Indonesia ☐ Asing
Bahasa yang Digunakan : ☒ Indonesia
 ☒ Daerah : Simalungun
 ☐ Asing
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Pensiunan TNI
Alamat Rumah : Jln. Pemasarakatan No.49

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. H

Alamat : Jln. Pemasyarakatan No.49

Hubungan dengan klien : Istri

2. DATA MEDIK

a. Dikirim oleh : ☒ UGD (namanya)
☐ Dokter praktek

b. Diagnosa Medik :

b.1. Saat Masuk : CA Paru + Bronkopneumonia

b.2. Saat Pengkajian : CA Paru + Bronkopneumonia

3. KEADAAN UMUM

a. **KEADAAN SAKIT** : Klien tampak sakit ringan* / **sedang*** / berat*
(*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan : Tak bereaksi* / **baring lemah** / duduk / aktif / **gelisah** /
posisi tubuh berbaring / **pucat** / Cyanosis / **sesak**
napas penggunaan alat medik yang digunakan adalah
oksigen nasal kanul 5 L/i dan infus cairan RL 30
tts/menit

Lain-lain : -
(*pilih sesuai kondisi pasien)

b. RIWAYAT KESEHATAN

1). Keluhan Utama :

Pasien mengatakan batuk berdahak dan sulit dikeluarkan sudah
≤ 2 minggu, pasien juga mengatakan demam sudah 1 minggu,
sulit beraktivitas karena merasa sesak saat bernafas. Pasien
mengatakan nyeri dada disebelah kiri P : Nyeri saat bernafas
dan batuk, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Dibagian dada kiri, S :
7, T : Terus menerus

2). Riwayat kesehatan sekarang

Tn. S mengatakan merasa sesak dan batuk, mual dan muntah
serta tidak selera makan sejak di rawat di Rumah Sakit. Tn. S
tampak sesak nafas dan menggunakan otot bantu nafas dan
gelisah.

3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Tn. S mengatakan ia memiliki riwayat CA Paru sejak 2024 dan telah menyelesaikan kemoterapi satu siklus sejak bulan 10 2024. Dan saat ini kembali didiagnosa CA Paru.

4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran :

1). **Kualitatif** : ☒ Composmentis ☐ Somnolens
☐ Apatis ☐ Soporocomatous

2). **Kuantitatif** :

Skala Coma Glasgow :

> Respon Motorik : 6

> Respon Bicara : 5

> Respon Membuka Mata: 4

> Jumlah : 15

3). **Kesimpulan** : **Composmentis**

Flapping Tremor / Asterixis : ☐ Positif ☒ Negatif

c. Tekanan darah : 114/82 mm Hg

MAP : 93 mm Hg

Kesimpulan : Normal

d. Suhu : 38,1°C ☐ Oral ☒ Axillar ☐ Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 28 X/menit

1). Irama : ☐ Teratur ☒ Kusmaul ☐ Cheynes-Stokes

2). Jenis : ☒ Dada ☐ Perut

5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : 172 cm

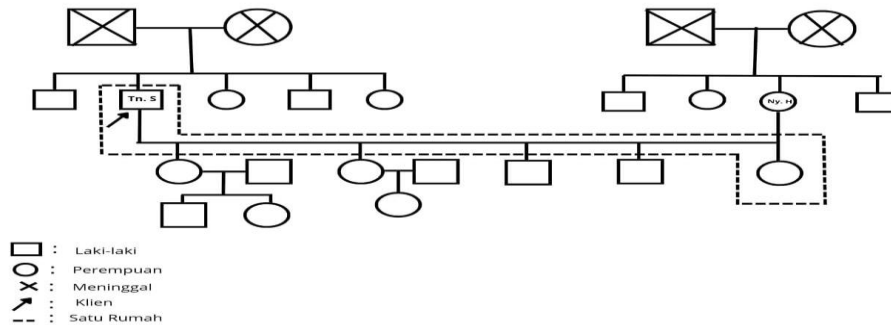
Berat Badan : 70 kg

IMT : 23,7

Kesimpulan : Normal

Catatan : Indeks massa tubuh dalam rentang normal

6. GENOGRAM : (3 generasi / keturunan)



Keterangan : Hingga saat ini hanya Tn. S yang memiliki riwayat penyakit CA Paru

7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

I. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN

1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :

(Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

	Kapan	Catatan
CA Paru	2024	Telah menyelesaikan kemoterapi 1 siklus pada bulan 10 2024

	Kapan	Catatan
		-

2). Data Subyektif

Tn. S mengatakan pada tahun 2024 telah didiagnosa CA Paru, sudah menyelesaikan kemoterapi siklus pertama, selesai yaitu pada bulan Oktober 2024.

3). Data Obyektif

- Kebersihan rambut : Bersih berwarna hitam
- Kulit kepala : Bersih
- Kebersihan kulit : Bersih dan tidak kering
- Kebersihan rongga mulut : Bersih
- Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
- Kebersihan anus : Tidak dikaji

I. NUTRISI DAN METABOLIK

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. S mengatakan sebelum sakit ia tidak memiliki alergi makan atau minuman dan makan 3 kali sehari dan menghabiskan 1 porsi yang terdiri atas nasi, ikan, sayur, dan buah serta menghindari konsumsi makan manis dan daging berlebihan, minum 6-8 gelas sehari dan mampu secara mandiri dalam menyediakan makan.

b. Keadaan sejak sakit

Sejak sakit Ny. H mengatakan sejak dirawat di Rumah Sakit suaminya tidak selera makan makanan Rumah Sakit, merasa mual dan muntah. Nafsu makan menurun, makan 3x sehari namun habis hanya $\frac{1}{4}$ porsi yang terdiri dari bubur, ikan, sayur, buah. Untuk minum Tn. S masih tetap minum 6-8 gelas per hari serta perlu bantuan orang lain untuk makan dan minum serta menyediakan makanan.

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : Bersih dan rambut hitam.
- Hidrasi kulit : Terhidrasi.
- Palpebrae : Tidak edema.
- Conjunctiva : Anemis.
- Sclera : Tidak ikterik.
- Rongga mulut : Bersih.
- Gusi : Tidak ada peradangan.

- Gigi Geligi :

☒

Utuh

☐

Tidak utuh

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

atas

(beri tanda pada gigi yang tanggal) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

bawah

- Gigi palsu :

☒

Tidak ada

☐

Ada gigi palsu

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Kemampuan mengunyah keras : mampu mengunyah keras
- Lidah : Berwarna merah ada lapisan putih
- Tonsil : ☐ Ada pembesaran
☒ Tidak ada pembesaran
- Pharing : Mampu menelan dengan baik
- Kelenjar parotis : ☐ Ada pembesaran
☒ Tidak ada pembesaran
- Kelenjar tyroid : ☐ Ada pembesaran
☒ Tidak ada pembesaran
- Abdomen
 - = Inspeksi : Bentuk simetris
 - = Auskultasi : Peristaltik 12 X / menit
 - = Palpasi : Tanda nyeri umum tidak ada
 - Massa tidak ada
 - Hidrasi kulit terhidrasi
 - Nyeri tekan: ☐ R. Epigastrica
☐ Titik Mc. Burney
☐ R. Suprapubica
☐ R. Illiaca
 - = Perkusi Tympani
 - * Ascites ☒ Negatif
☐ Positif, Lingkar perut 90 Cm
- Kelenjar limfe inguinal ☐ Teraba ada pembesaran
☒ Tidak teraba pembesaran
- Kulit :
 - = Uremic frost ☒ Negatif ☐ Positif
 - = Edema ☒ Negatif ☐ Positif

- = Icteric ☒ Negatif ☐ Positif
- = Tanda-tanda radang tidak ditemukan.
- = Lain-lain (yang ditemukan selain yang tertulis di atas)

Hasil foto thorax pada tanggal 25 Januari 2025

ditemukan lung tumor kiri

Hasil cek gula darah sewaktu pada tanggal 25

Januari 2025 didapatkan gula darah 140 mg/dL.

II. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. S mengatakan BAB 1 kali sehari setiap pagi, konsistensi BAB padat dan BAK \pm 4-5 kali sehari serta tidak ada gangguan saat BAB maupun BAK dan mampu melakukannya secara mandiri tanpa bantaun orang lain.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. S mengatakan tidak bisa BAB sudah 3 hari, BAK lancar namun dengan bantuan istrinya menggunakan pispot diatas tempat tidur.

2). Data Obyektif

a. Observasi

Tn. S tampak BAK diatas tempat tidur menggunakan pispot.

b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika : ☐ Kandung kemih penuh
☒ Kosong
- Nyeri ketuk ginjal :
 = Kiri : ☒ Negatif ☐ Positif
 = Kanan : ☒ Negatif ☐ Positif
- Mulut Urethra : Tidak dikaji
- Anus : Tidak dikaji

- = Peradangan : ☒ Negatif
- = Hemoroid : ☒ Negatif
- = Penemuan lain : Tidak ada

III. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. S mengatakan sebelum sakit ia mampu beraktivitas dalam kegiatan sehari-hari seperti membantu beberapa pekerjaan rumah, dan aktivitas di luar rumah.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. S mengatakan sejak sakit ia tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari seperti biasa baik di rumah maupun diluar rumah, Tn. S merasa mudah lelah dan tubuh terasa lemas serta sesak saat melakukan banyak aktivitas.

2). Data Obyektif

a). Observasi

b). Aktivitas Harian

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| - Makan | <input type="text" value="2"/> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 0 : mandiri
 1 : bantuan dengan alat
 2 : bantuan orang
 3 : bantuan orang dan alat
 4 : bantuan penuh </div> |
| - Mandi | <input type="text" value="2"/> | |
| - Berpakaian | <input type="text" value="2"/> | |
| - Kerapian | <input type="text" value="2"/> | |
| - Buang air besar | <input type="text" value="2"/> | |
| - Buang air kecil | <input type="text" value="2"/> | |
| - Mobilisasi ditempat tidur | <input type="text" value="0"/> | |
| - Ambulasi | <input type="text" value="2"/> | |
| - Postur tubuh / gaya jalan: Tidak dapat dikaji karena pasien terbaring lemah dan sesak nafas. | | |
| - Anggota gerak yang cacat : Tidak ada | | |

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : Normal < 3 detik

- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : thorax simetris

* Stridor ☒ Negatif ☐ Positif

* Dyspnea d'effort ☐ Negatif ☒ Positif

* Sianosis ☒ Negatif ☐ Positif

= Palpasi : Vokal Fremitus ada

= Perkusi : ☐ Sonor ☐ Redup(kiri) ☒ Pekak

Batas paru hepar : ICS 6 Dextra

Kesimpulan : Tidak ada kelainan

= Auskultasi :

Suara Napas : Irreguler

Suara Ucapan : Getaran kiri pekak

Suara Tambahan : Ronchi

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : Tidak ada kelainan

= Palpasi : Ictus Cordis : ICS 5 linea medioclavicul

Thrill: ☒ Negatif ☐ Positif

= Perkusi (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)

Batas atas jantung : ICS-2 Sternalis Dextra

Batas kanan jantung : Mid sternalis Dextra

Batas kiri jantung : ICS-5 Media Clavicularis Sinistra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : ICS-2 Mid Sternalis

Bunyi Jantung II P : ICS-3 Sternalis Sinistra

Bunyi Jantung I T : ICS-4 Sternalis Sinistra

Bunyi Jantung I M : ICS-5 Medio Calvicularis Sinistra

Bunyi Jantung III Irama Gallop : ☒ Negatif ☐ Positif

Murmur : ☒ Negatif

☐ Positif : Tempat :

Grade :

HR : 114 x/menit

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : ☒ Negatif ☐ Positif, lokasi di :

= Rentang gerak : Normal

* Mati sendi : ☐ Ditemukan

☒ Tidak ditemukan

* Kaku sendi : ☐ Ditemukan

☒ Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot :

Kiri

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kanan

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

= Reflex Fisiologik : Normal

= Reflex Patologik : Babinski,

* Kiri ☒ Negatif ☐ Positif

* Kanan ☒ Negatif ☐ Positif

= Clubing Jari-jari ☒ Negatif ☐ Positif

= Varices Tungkai ☒ Negatif ☐ Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi ☒ Tidak ditemukan kelainan bentuk

☐ Ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi :

* Nyeri tekan : ☒ Negatif ☐ Positif

* N. VIII Romberg Test :

☐ Negatif

☐ Positif

☒ Tidak dikaji

* Kaku kuduk : Tidak ada

IV. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. H mengatakan tidak memiliki gangguan saat tidur dan merasa nyaman saat tidur di rumah pada pukul 21.00 WIB serta bangun jam 06.00 pagi.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. H mengatakan bahwa Tn. S dapat tidur di malam hari namun sering terbangun karena merasa tidak nyaman akibat dari sesak nafas dan rasa nyeri, pada siang hari juga bisa tidur namun hanya sebentar karena rasa nyeri.

2). Data Obyektif

a). Observasi :

- Ekspresi wajah mengantuk : ☐ Negatif
☒ Positif
- Palpebrae Inferior berwarna gelap : ☒ Negatif
☐ Positif

V. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. S mengatakan ia masih ingat hal-hal apa saja yang terjadi, tidak memiliki masalah pendengaran, pembauan, perasa, pengecap tetapi penglihatan jauh mulai menurun.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. S mengatakan ia mengetahui penyakitnya dan merasa tubuhnya lelah dan lemas karena sakitnya tidak kunjung sembuh dan merasa nyeri pada dada saat bernafas dan batuk, nyeri secara terus menerus seperti ditusuk-tusuk.

2). Data Obyektif

a). Observasi

Tn. S tampak mampu menjawab pertanyaan perawat, mengerti dengan apa yang perawat sampaikan. Tampak lemah dan wajah tampak meringis setiap memiringkan tubuh ke sebelah kiri.

b). Pemeriksaan Fisik

- Penglihatan

- = Cornea : Bersih
- = Visus : Menurun
- = Pupil : Isokor
- = Lensa Mata : Jernih
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): Teraba sama kenyal

- Pendengaran

- = Pina : Ada dan Bersih
- = Canalis : Bersih
- = Membran Tympani : Utuh
- = Tes Pendengaran : Normal

-Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai : Tidak ada.

VI. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI

(perasaan kecemasan,ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. S mengatakan ia merasa percaya diri sebelum sakit dan merasa tubuhnya sehat-sehat saja sehingga sering berkumpul dengan teman maupun keluarga baik di rumah atau di luar rumah.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. S mengatakan pada awal ia sakit ia masih tetap semangat untuk menjalani pengobatan termasuk kemoterapi pada siklus pertama. Tn. S merasa bahwa ia sudah sembuh sehingga tidak perlu untuk pergi ke dokter untuk kontrol kesehatan. Saat ini setelah di diagnosa kembali CA Paeru Tn. S merasa khawatir dan takut bahwa sakit nya tak akan bisa sembuh lagi. Keluarga mengatakan bahwa Tn. S sering marah-marah jika diajak untuk kontrol kesehatan, selama dirawat selalu bertanya pada perawat setiap tindakan yang dilakukan dan sering komplain terhadap obat yang diberikan.

2). Data Obyektif

a). Observasi

- Kontak mata saat bicara : Kooperatif
- Rentang perhatian : ☐ Perhatian penuh / fokus
: ☒ Mudah teralihkan
: ☐ Tidak ada perhatian/tidak fokus
- Suara dan cara bicara : Jelas dan Sopan

b). Pemeriksaan Fisik

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
 - Penggunaan protesa : ☒ Tidak ☐ Ada
- Bila ada pada organ : ☐ Hidung ☐ Payudara
☐ Lengan ☐ Tungkai

VII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. H mengatakan suaminya berperan sebagai suami dan ayah di rumah, Tn. S juga sangat dekat dengan keluarganya dan sering berkumpul bersama seperti di hari libur maupun saat makan malam.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. S mengatakan setelah sakit ia tetap dekat dengan keluarga tetapi tidak bisa berkumpul karena ia dirawat di rumah sakit.

2). Data Obyektif

Observasi

Tampak ibunya yang selalu menemani saat di rawat di Rs, anak, dan saudara Tn. S bergantian datang berkunjung di rumah sakit.

VIII. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. S mengatakan ia tidak memiliki masalah seksual

b. Keadaan sejak sakit

Tn. S mengatakan ia tidak memiliki masalah seksual

2). Data Obyektif

a. Observasi

Tn. S tampak tidak memiliki masalah seksual.

b. Pemeriksaan Fisik

Tidak dikaji

IX. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. S mengatakan jika ia stress maka ia akan cerita pada istrinya untuk mengurangi stress yang dirasakan dan mendiskusikan bersama-sama dengan keluarga jika terdapat suatu masalah.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. H mengatakan sejak sakit suaminya lebih sering marah-marah dan selalu bertanya tentang sakitnya.

2). Data Obyektif

a). Observasi

Tn. S tampak tegang dan cemas, selalu bertanya setiap kali perawat memberikan tindakan dengan nada sedikit tinggi.

b). Pemeriksaan Fisik

- Kulit :	= Keringat dingin	: Tidak Ada
	= Basah	: Tidak ada

I. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. S mengatakan ia beragama kristen protestan, rajin beribadah ke gereja setiap hari minggu, mengikuti ibadah lingkungan sekitar tempat tinggalnya, dan sering mengikuti acara-acara

b. Keadaan sejak sakit

Tn.S mengatakan sejak sakit ia lebih berpasra pada Tuhan tentang sakitnya karena tak kunjung sembuh. Ia merasa semua pengobatan tidak ada gunanya lagi. Namun masih tetap mau berdoa pada Tuhan.

2). Data Obyektif

Observasi

Tn. S tampak berdoa sebelum makan dan wajah tampak pasrah.

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Patricia Juniati Simarmata)

Daftar Terapi Tn. S

Obat/Tindakan	Golongan	Dosis	Manfaat
Infus RL	Larutan kristaloid isotonik berbasis natrium klorida	20 tts/menit	Untuk pengganti cairan agresif dalam banyak situasi klinis, umumnya diberikan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang.
Inj. Levofloxacin	Antibiotik bakterisida dari golongan obat fluoroquinolone	750 mg/hari	Obat yang digunakan untuk mengobati infeksi bakteri
Inj. Omeprazole	Proton pump inhibitor(PPI)	1 vial/12 jam	Digunakan untuk pengelolaan penyakit yang berhubungan dengan peningkatan asam lambung, seperti ulkus peptikum, gastritis akibat infeksi
Inj. Sotatic	Obat keras	1 amp/8 jam	Mengurangi mual, muntah metabolik akibat emetogenik kemoterapi kanker dan setelah operasi
Inj. Dexametason	Kortikosteroid	1 amp/ 12 jam	Menekan peradangan pada tubuh seperti kulit, sendi, paru-paru, dan organ lainnya
Infus Paracetamol	Obat analgesik dan antipiretik	1 fls/8jam	Meredakan gangguan di tubuh seseorang dengan cara mengurangi produksi zat penyebab peradangan. Mengatasi demam atau nyeri pada pasien yang tidak bisa minum obat atau menggunakan paracetamol rektal
Nebulizer Pulmicort	Budesonide yang termasuk golongan kortikosteroid	Per 12 jam	Mengobati penyakit saluran pernapasan
Nebulizer Ventolin	Bronkodilator	1 amp/8 jam	Mengobati penyakit saluran pernapasan

Curcuma	Herbal	3 x 1 tab	Membantu memelihara kesehatan fungsi hati dan membantu memperbaiki nafsu makan
MST	Opiod	3 x 10mg	Meredahkan nyeri sedang hingga berat
Pregabalin	Antikonvulsan	2 x 1 tab	Mengobati nyeri neuropatik (nyeri berkepanjangan akibat saraf yang rusak).

Hasil Foto Thorax (25 Januari 2025) :



Name : Thorax

Result : AP Supine

- Cor dalam batas normal.
- Sinuses dan diafragma masih normal
- Pulmo :
 - Hili normal
 - Corakan bronkovaskuler normal
 - Tampak konsolidasi dengan rongga lucent di dalamnya pada lapangan atas sampai tengah paru kiri
 - Tulang – tulang didaerah thorax masih tampak normal

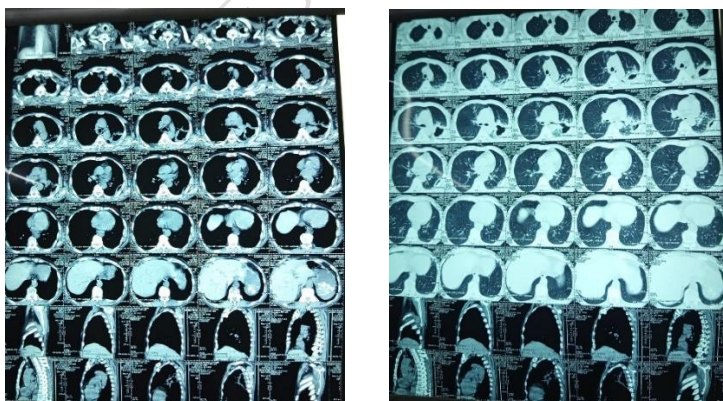
Summary : Suspect cavitating lung tumor kiri

Hasil Cek Gula Darah Sewaktu (25 Januari 2024) :

Didapatkan hasil kadar glukosa darah sewaktu 140 mg/dL

Hasil Laboratorium :**Cek Darah Lengkap (25 Januari 2025)**

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leucocyte (WBC)	16,2 H	$10^3/\text{mm}^3$	3.8 – 10.6
Erythrocyte (RBC)	2.87 L	$10^3/\text{mm}^3$	4.40 – 5.90
Hemoglobin (HB)	8,8 L	g/dL	13.2 – 17.3
Hematocrit (HCT)	25.0 L	%	40.0 – 52.0
Platelet (PLT)	413 H	$10^3/\text{mm}^3$	150 - 400
Redcell Distribution Width (RDW)	15.9 H	%	11.5 – 14.5
Lymphocyte (LYM)	2,8 L	%	25.0 – 40.0
Netrophyl	93,5 H	%	50.0 – 70.0
Eosinophil	0,4 L	%	2.0 – 4.0
LED	45 H	mm/Jam	0 – 10

Hasil Body CT Scan Thorax- Tanpa Contrast :

Name : Body CT Scan Thorax- Tanpa Contrast :

Summary : - Gambaran radiologi cavitating lung tumor pada paru-paru kiri lobus superior segmen B2, ke posterior menempel pada pleura, menyebabkan erosi pada tulang costa 4, 5, dan 7 kiri posterior. Dibandingkan CT Scan tanggal 19 Agustus 2024 ukurannya tampak bertambah. Tampak fibrosis dengan bronchiectasis di sekitar tumor.

- Emphysema centrilobular lobus superior kedua paru-paru
- Fibrosis paru kanan lobus superior dan middle lobe kanan

ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 -2

D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
<ul style="list-style-type: none"> - Tn. S mengeluh sesak nafas dan batuk. - Tn. S mengeluh sulit mengeluarkan sputum 	<ul style="list-style-type: none"> a) Tn. S tampak tidak mampu mengeluarkan sputum, b) Frekuensi nafas 28 x/menit, c) Suara nafas tambahan ronchi d) Menggunakan O2 nasal kanul 5 L/i e) Hasil foto thorax terdapat lung tumor kiri. 	Sekresi yang Tertahan	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif (D. 0001)
Tn. S mengeluh nyeri P : Bernafas dan batuk Q : Ditusuk-Tusuk R : Dada Kiri S : 7 T : Terus-menerus	<ul style="list-style-type: none"> a. Tn. S tampak meringis. b. Sulit tidur, c. Gelisah d. Nadi 114 x/menit, e. Tekanan darah 114/82 mmHg. 	Agan Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (D.0077)
-	<ul style="list-style-type: none"> a. Tn. S tampak gelisah b. Kulit terasa hangat c. Observasi vital sign TD : 114/82 mmmHg HR : 114 x/i RR : 28x/i T : 38,1°C 	Proses Penyakit (CA)	Hipertermi (D. 0130)

<ul style="list-style-type: none"> - Tn. S mengatakan ia merasa khawatir dan takut bahwa sakit nya tak akan bisa sembuh lagi. - Mengeluh sering terbangun saat tidur pada malam hari, dan tidak nyaman 	<ul style="list-style-type: none"> a. Tn. S tampak gelisah b. Tampak tegang c. Tampak pucat d. Selalu bertanya dan komplain terhadap setiap tindakan yang diberikan e. Kontak mata kurang b. HR : 114x/i c. RR : 28x/i 	Krisis Situasional	Ansietas (D. 0080)
<ul style="list-style-type: none"> - Tn. S mengeluh mual dan rasa ingin muntah - Tn. S mengatakan tidak selera makan makanan rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> a. Tn. S tampak pucat b. Tampak makanan yang dihabiskan hanya ¼ porsi c. HR : 114x/i d. RR : 28x/i 	Efek agen farmakologis	Nausea (0076)
<ul style="list-style-type: none"> - Tn. S mengeluh sesak jika beraktifitas - Tn. S merasa badan lemah 	<ul style="list-style-type: none"> a. Tampak sesak napas b. Menggunakan O2 nasal kanul 5L/i c. TD:114/82 mmHg, HR:114x/i, RR:28x/i 	Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas (D.0056)

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan Tn. S mengeluh sesak napas dan batuk, tampak tidak mampu batuk efektif, sulit mengeluarkan sputum, frekuensi napas 28x/i, suara napas tambahan ronchi, tampak gelisah, menggunakan O2 nasal kanul 5 L/i, hasil foto thorax terdapat lung tumor kiri.	Patricia
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan Tn. S mengeluh nyeri saat bernapas dan batuk, nyeri seperti ditusuk-tusuk, pada dada sebelah kiri, skala nyeri 7, dan berlangsung secara terus-menerus. Tn. S tampak meringis, sulit tidur, nafsu makan menurun, nadi 114 x/menit, dan tekanan darah 114/82 mmHg.	Patricia
3	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan Tn. S tampak gelisah, kulit merah, kulit terasa hangat, observasi vital sign TD: 114/82 mmHg, HR : 114x/i, RR : 25x/i, T : 38,1°C.	Patricia
4	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan Tn. S mengatakan merasa khawatir dan takut bahwa sakitnya tak akan bisa sembuh lagi, mengeluh sulit tidur, tampak gelisah, tegang, sulit tidur, tampak pucat, selalu bertanya dan komplain terhadap setiap tindakan yang diberikan, kontak mata kurang, HR : 114x/i, RR : 25x/i.	Patricia

5	Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis ditandai dengan Tn. S mengeluh mual dan rasa ingin muntah, tidak selera makan makanan rumah sakit, tampak pucat, makanan yang dihabiskan hanya ¼ porsi rumah sakit, HR:114x/i,RR:28x/i.	
6	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan Tn. S mengeluh sesak jika beraktifitas, merasa badan lemah, tampak sesak, menggunakan O2 nasal kanul 5L/i, TD:114/82 mmHg, HR:114x/i, RR:28x/i.	

PRIORITAS MASALAH

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Nama jelas
1	26 Januari 2025	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan Tn. S mengeluh sesak napas dan batuk, tampak tidak mampu batuk efektif, sulit mengeluarkan sputum, frekuensi napas 28x/i, suara napas tambahan ronchi, tampak gelisah, menggunakan O2 nasal kanul 5 L/i, hasil foto thorax terdapat lung tumor kiri.	Patricia
2	26 Januari 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan Tn. S mengeluh nyeri saat bernapas dan batuk, nyeri seperti ditusuk-tusuk, pada dada sebelah kiri, skala nyeri 7, dan berlangsung secara terus-menerus. Tn. S tampak meringis, sulit tidur, nafsu makan menurun, nadi 114 x/menit, dan tekanan darah 114/82 mmHg.	Patricia
3	26 Januari 2025	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan Tn. S tampak gelisah, kulit merah, kulit terasa hangat, observasi vital sign TD: 114/82 mmHg, HR : 114x/i, RR : 25x/i, T : 38,1°C	Patricia

4	26 Januari 2025	Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis ditandai dengan Tn. S mengeluh mual dan rasa ingin muntah, tidak selera makan makanan rumah sakit, tampak pucat, makanan yang dihabiskan hanya ¼ porsi rumah sakit, HR:114x/i,RR:28x/i.	Patricia
5	26 Januari 2025	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan Tn. S mengeluh sesak jika beraktifitas, merasa badan lemah, tampak sesak, menggunakan O2 nasal kanul 5L/i, TD:114/82 mmHg, HR:114x/i, RR:28x/i.	Patricia
6	26 Januari 2025	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan Tn. S mengatakan merasa khawatir dan takut bahwa sakitnya tak akan bisa sembuh lagi, mengeluh sulit tidur, tampak gelisah, tegang, sulit tidur, tampak pucat, selalu bertanya dan komplain terhadap setiap tindakan yang diberikan, kontak mata kurang, HR : 114x/i, RR : 25x/i	Patricia

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	Bersihkan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihkan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif menjadi meningkat 2. Terdapat ronchi menjadi menurun 3. Produksi sputum menjadi menurun 4. Frekuensi nafas menurun	Manajemen Jalan nafas (I. 01011) Obeservasi : 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitorotting sputum (jumlah, warna) Terapeutik : 1. Posisikamsxn semi-fowler atau fowler 2. Berikan minum hangat 3. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi : 1. Ajarkan teknik batuk efektif.	Observasi 1. Mengetahui tanda dan gejala awal serta perubahan pola nafas pada pasien 2. Mengetahui bunyi nafas pasien jika mengalami gangguan 3. Mengetahui jumlah dan warna sputum pasien Terapeutik 1. Agar pasien tidak sesak nafas 2. Membantu pasien bernafas Edukasi Membantu pasien mengekuarjan dahak secara mandiri

			Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	Kolaborasi Obat inhalasi untuk membantu mengencerkan dahak
--	--	--	--	--

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis Nyeri Akut	Tingkat Nyeri (L. 08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur 4. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri Terapeutik : - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri pada pasien Terapeutik 1. Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri 2. Untuk mencukupi istirahat tidur pasien Edukasi Untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri

			Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	Kolaborasi Pemberian obat anti nyeri
--	--	--	--	--

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
3	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	Termoregulasi (L. 14134) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan hipertermia membaik dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh membaik 2. Takipnea menurun	Manjamen Hipertermi (L.15506) Observasi : 1. Monitor suhu tubuh Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Lakukan pendinginan eksternal (misal di kompres dahi, axila) Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	Observasi Untuk mengetahui suhu tubuh Terapeutik 1. Memantau suhu tubuh apakah naik turun 2. Membuat akral tidak terasa hangat lagi dengan mengompres Edukasi Untuk memenuhi energi Kolaborasi Untuk memenuhi kebutuhan elektrolit

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
4	Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis	<p>Tingkat Nausea (L. 08065)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan ingin muntah menurun - Takikardi menurun - Pucat membaik - Nafsu makan membaik 	<p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor penyebab mual - Monitor mual (mis frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) - Monitor asupan nutrisi dan kalori <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kendalikan faktor lingkungan - penyebab mual - Berikan makanan dalam jumlah kecil <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antiemetik 	<p>Observasi</p> <p>Untuk mengetahui faktor penyebab, frekuensi mual</p> <p>Terapeutik</p> <p>Asupan nutrisi terpenuhi</p> <p>Edukasi</p> <p>Istirahat cukup</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Mual muntah berkurang</p>

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
5	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Toleransi Aktivitas (L. 05047) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil : - Perasaan lemah menurun - Dispnea saat beraktivitas menurun - Frekuensi nadi membaik	Manajemen Energi (L.05178) Observasi : - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur Terapeutik - Sediakan lingkungan nyaman - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur Edukasi : - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	Observasi Mengetahui pola tidur Terapeutik Untuk menciptakan lingkungan nyaman Edukasi Untuk mencukupi istirahat dan tidur serta energi

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
6	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	Tingkat Ansietas (L. 09093) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil : - Verbalisasi khawatir menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Pola tidur membaik	Terapi Relaksasi (I.09326)) Observasi : - Identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan - Perikasa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu, pernafasan - Monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman Edukasi : - Jelaskan tujuan dan manfaat terapi relaksasi - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi	Observasi Untuk mengetahui teknik relaksasi yang akan digunakan Terapeutik Klien merasa nyaman Edukasi Klien merasa nyaman, kecemasan atau ansietas berkurang

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
26-01-2025		08:30	Melakukan pengkajian umum dan head to toe kepada Tn. S dengan diagnosa medis CA paru. Hasil: Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis (GCS 15), pasien terbaring lemah, Tn. S mengeluh sesak napas, batuk.	Patricia
	1	09:00	Memonitor pola napas, frekuensi napas Hasil : HR : 114x/i, SPO2 : 98% , RR:28x/i Pola napas : Irreguler Terpasang oksigen nasal kanul 5 L/i	Patricia
	1	09:10	Memonitor bunyi napas Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi	Patricia
	1	09:15	Memposisikan klien posisi semi fowler Kolaborasi memberikan terapi nebulizer ventolin dan pulmicort	Patricia
	2	09:45	Melakukan identifikasi nyeri pada Tn. S Hasil: Tn. S mengatakan nyeri pada dada setiap bernafas dan batuk, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan berlangsung secara terus-menerus dengan skala nyeri 7	Patricia
	1	10:00	Mengajarkan klien untuk batuk efektif Hasil : klien dapat melakukan batuk efektif	Patricia
	4	10:10	Mengidentifikasi rasa mual dan muntah Kolaborasi pemberian Inj Sotatic	Patricia
	1,2,3	10:30	Melakukan observasi vital sign : TD : 118/85 mmHg	Patricia

			HR : 110 x/i RR : 28x/i T : 38,1°C SPO2 : 98%	
	3	10:30	Kolaborasi memberikan infus paracetamol	Patricia
	5	11:00	Menciptakan lingkungan yang dingin dan nyaman	Patricia
	3	11:00	Menganjurkan untuk minum air hangat Mengontrol suhu tubuh T:37,6°C	Patricia
	4	12:15	Mengevaluasi makanan yang habis Hasil: yang habis ¼ porsi	Patricia
	6	12:30	Mengajarkan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan klien	Patricia
	2,4	13:00	Kolaborasi pemberian obat oral curcuma, mst	Patricia
	5	13:30	Menganjurkan mengambil posisi nyaman	Patricia
	5,6	13:50	Menganjurkan untuk tirah baring dan meminimalkan aktivitas Hasil : klien banyak melakukan aktivitas di tempat tidur	Patricia

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
27-01-2025	2	14:00	Memulai dinas dengan doa bersama di ruangan St. Maria-Martha	Patricia
		14:10	Timbang terima dengan total 10 pasien	Patricia
		15:30	Mengidentifikasi nyeri Hasil: Tn. S mengatakan nyeri pada dada setiap bernafas dan batuk, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan berlangsung secara terus-menerus dengan skala nyeri 5	Patricia
		16:00	Melakukan observasi vital sign : TD : 110/80 mmHg HR : 105 x/i RR : 26x/i T : 38,5°C SPO2 : 98%	Patricia
	1		Terpasang oksigen nasal kanul 4L/i	Patricia
	3	16:10	Kolaborasi pemberian infus paracetamol	Patricia
	3	16:40	Mengontrol suhu tubuh T: 37,7°C	Patricia
	1	17:00	Memonitor bunyi napas Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi Pemberian terapi nebulizer	Patricia
	4	17:10	Mengidentifikasi keluhan mual Kolaborasi pemberian inj levofloxacin, inj sotatic	Patricia
	1	17:20	Mengajarkan batuk efektif Hasil: setelah dilakukan tindakan pemberian nebulizer, Tn. S merasa lebih lega dan sputum	Patricia

			sedikit keluar, konsistensi kental, berwarna kuning kehijauan	
	2	17:30	Melakukan identifikasi nyeri pada Tn. S Hasil: Tn. S mengatakan nyeri pada dada sudah berkurang. Nyeri setiap bernafas dan batuk, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul, skala nyeri 4	Patricia
	1,2,3	18 :45	Kolaborasi pemberian obat oral curcuma dan mst	Patricia
	2,6	19:10	Mengganti cairan infus Tn. S Hasil: Terpasang cairan RL 20 tetes/menit	Patricia
	5		Menganjurkan Tn. S tirah baring dan menghubungi perawat jika kelelahan tidak berkurang	
	5,6	20:00	Mengevaluasi perasaan klien Hasil : Tn.S mengatakan merasa khawatir dan takut ia tidak bisa sembuh lagi. Tampak tegang	Patricia
	2,6	20:50	Memberikan terapi relaksasi yaitu aromaterapi lavender Hasil ; Tn. S mengatakan suka dengan aromaterapinya	Patricia

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S/ 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
28-01-2025	6	07:00	Memulai dinas dengan ibadah bersama di ruangan St. Maria-Martha	Patricia
		07:10	Timbang terima dengan total 9 pasien	Patricia
		07:20	Melakukan hand hygiene dengan sabun dibawah air mengalir	Patricia
		07:30	Memantau pola tidur Tn. S Hasil: Tn. S mengatakan sudah bisa tidur dengan penerangan lumayan gelap dan terpasang oksigen nasal kanul 4L/ mnt.	Patricia
	6		Mengevaluasi perasaan klien setelah diberi aromaterapi lavender Hasil : Tn. S mengatakan ia dapat tidur dan istirahat dengan baik, megatakan perasaannya lebih tenang	Patricia
	2,4,6	08:00	Memberikan obat dengan prinsip 6 benar kepada Tn. S a) Inj. Omeprazole (IV) b) Inj. Dexametason c) oral pregabalin, curcuma, mst	Patricia
	1	09:00	Memonitor bunyi napas Hasil : terdengar bunyi napas tambahan ronchi	Patricia
	1		Memposisikan klien posisi semi fowler Kolaborasi memberikan terapi nebulizer ventolin dan pulmicort Hasil: Setelah pemberian terapi uap Tn. S mengatakan sputum lebih mudah dikeluarkan, kuning kehijauan dan dapat bernapas dengan lebih lega.	Patricia

	1,2,3	09:30	Memantau cairan infus Ny.I Hasil: Terpasang cairan RL 20 tetes/menit	Patricia
	4	10:00	Kolaborasi pemberian Inj Sotatic	Patricia
	1,2,3,4 5,6	10:30	Melakukan observasi vital sign : TD : 110/80 mmHg HR : 90 x/i RR : 25x/i T : 38,2°C SPO2 : 98% Terpasang O2 nasal kanul 3L/i	Patricia
	3,5	11:00	Kolaborasi memberikan infus paracetamol Menciptakan lingkungan yang dingin	Patricia
	6	11:10	Mengajarkan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan klien	Patricia
	5,6	11:30	Menganjurkan mengambil posisi nyaman	Patricia
	3	12:30	Mengukur ulang suhu tubuh Hasil : T : 37,7°C Menganjurkan untuk minum air hangat	Patricia
	2,4	13:00	Kolaborasi pemberian obat oral curcuma, mst	Patricia
	5,6	13:30	Menganjurkan untuk tirah baring dan meminimalkan aktivitas Hasil : klien melakukan aktivitas di tempat tidur	Patricia

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

TANGGAL	EVALUASI (SOAP)	NAMA JELAS
26 Januari 2025	<p>S= Tn. S mengatakan sesak saat bernafas dan batuk, memberat ketika mobilisasi di tempat tidur.</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S tampak nyaman dengan posisi semi fowler TD : 118/85 mmHg HR : 110 x/i RR : 28x/i T : 37,6°C SPO2 : 98% - Tampak dapat batu efektif, O2 5L/i - Tn. S tampak sesak, gelisah - Masih terdengar bunyi napas ronchi <p>A= Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan fisioterapi dada jika perlu - Pantau TTV pasien - Lanjutkan intervensi keperawatan 	Patricia
2	<p>S= Tn. S mengatakan nyeri dibagian dada, nyeri seperti ditusuk-tusuk memberat ketika batuk, skala nyeri 7</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S tampak nyaman dengan posisi semi fowler TD : 110/85 mmHg HR : 110 x/i RR : 28x/i T : 37,6°C SPO2 : 98% 	Patricia

	<ul style="list-style-type: none"> - Terpasang oksigen 5L/mnt <p>A= Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi yang nyaman dengan semi fowler - Kolaborasi pemberian analgetik - Intervensi dilanjutkan 	
3	<p>S = -</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh pasien meningkat (38,5°C) - Pasien tampak gelisah - Akral hangat - Terpasang oksigen nasal kanul 5L/i - -RR (28x/i) - SPO2 (98 %) - HR (110 x/i) <p>A= Masalah keperawatan hipertermia belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV pasien - Lanjutkan intervensi keperawatan. - Kolaborasi pemberian analgetik 	Patricia
4	<p>S = Tn. S mengeluh mual dan rasa ingin muntah, serta tidak selera makan</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S tampak pucat - Makanan yang dihabiskan ¼ porsi - Tampak tidak selera makan - HR (110x/i) <p>A= Masalah keperawatan nausea belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV pasien - Lanjutkan intervensi keperawatan - Kolaborasi pemberian antiemetik 	Patricia

5	<p>S= Tn. S mengeluh sesak jika melakukan banyak aktifitas</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S tampak lemah - Menggunakan O2 5L/i - Tampak sesak nafas - Tampak dibantu melakukan aktifitas ditempat tidur seperti makan, minum, bak <p>A= Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau ttv pasien - Lanjutkan intervensi 	
6	<p>S= Tn. S mengatakan khawatir terhadap kondisi nya</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S tampak tegang - Selalu bertanya tindakan keperawatan yang dilakukan - HR (110x/i) <p>A= Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV pasien - Lanjutkan intervensi keperawatan. 	Patricia

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

TANGGAL	EVALUASI (SOAP)	NAMA JELAS
27 Januari 2025 1	<p>S= Tn. S mengatakan sesak napas berkurang, merasa lebih lega, masih batuk.</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S tampak nyaman dengan posisi semi fowler TD : 110/80 mmHg HR : 105 x/i RR : 26x/i T : 37,7°C SPO2 : 98% - Terpasang oksigen nasal kanul 4L/i - Tampak sesak berkurang - Sputum sedikit keluar, konsistensi kental, berwarna kuning kehijauan <p>A= Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pemantauan respirasi yaitu monitor pola nafas, bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler. - Intervensi dilanjutkan 	Patricia
2	<p>S= Tn. S mengatakan nyeri masih ada pada dada setiap bernafas dan batuk, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan berlangsung secara terus-menerus dengan skala nyeri 5</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S tampak nyaman dengan posisi semi fowler TD : 110/80 mmHg HR : 105 x/i RR : 26x/i T : 37,7°C 	Patricia

	<p>SPO2 : 98%</p> <p>Terpasang oksigen nasal kanul 4L/i</p> <p>A= Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi yang nyaman dengan semi fowler - Kolaborasi pemberian analgetik - Intervensi dilanjutkan 	
3	<p>S= -</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh pasien meningkat (37,7°C) - Pasien tampak gelisah - Akral hangat - Terpasang O2 nasal kanul 4L/i <p>A= Masalah keperawatan hipertermia belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV pasien - Lanjutkan intervensi keperawatan. - Kolaborasi pemberian analgetik 	Patricia
4	<p>S = Tn. S mengeluh masih mual serta tidak selera makan makanan dari rumah sakit</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S masih tampak pucat - Makanan yang dihabiskan ¼ porsi - Tampak tidak selera makan - HR : 105x/i <p>A= Masalah keperawatan nausea belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV pasien - Lanjutkan intervensi keperawatan. - Kolaborasi pemberian antiemetik 	
5	<p>S= Tn. S mengeluh sesak jika melakukan banyak aktifitas</p> <p>O=</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> - Tn. S tampak lemah - Menggunakan O2 4L/i - Tampak sesak nafas - Tampak dibantu melakukan aktifitas ditempat tidur seperti makan, minum, bak <p>A= Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau ttv pasien - Lanjutkan intervensi 	
6	<p>S=Tn.S mengatakan suka dengan aromaterapi lavender yang diberikan</p> <p>O= Tn. S tampak lebih tenang</p> <p>A= Masalah keperawatan Ansietas teratasi sebagian</p> <p>P= Lanjutkan pemberian aromaterapi</p>	Patricia

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. S / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Marta / 44 - 2

TANGGAL	EVALUASI (SOAP)	NAMA JELAS
28 Januari 2025 1	<p>S= Tn.S mengatakan sesak napas berkurang, nyeri dada berkurang, masih batuk.</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. S tampak nyaman dengan posisi semi fowler TD : 110/80 mmHg HR : 90 x/i RR : 24x/i T : 37,7 °C SPO2 : 98% Terpasangn O2 nasal kanul 3L/i - Tampak sesak berkurang - Mampu batuk efektif <p>A= Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pemantauan respirasi yaitu monitor pola nafas, bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler. - Intervensi dilanjutkan 	Patricia
2	<p>S= Tn.S mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3</p> <p>O= Tn. S tampak lebih tenang ,gelisah berkurang</p> <p>A= Masalah keperawatan nyeri akut sebagian teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intevensi dilanjutkan - Berikan posisi yang nyaman dengan semi fowler - Kolaborasi pemberian analgetik 	Patricia

3	<p>S= -</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh pasien meningkat (37,7°C) - Gelisah - Akral hangat - Terpasang O2 3L/i <p>A= Masalah keperawatan hipertermia teratasi sebagian</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV pasien - Lanjutkan intervensi keperawatan. 	Patricia
4	<p>S = Tn. S mengeluh mual sudah berkurang namun masih tidak selera makan</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat berkurang - Makanan yang dihabiskan ½ porsi - Tampak tidak selera makan - HR : 90x/i <p>A= Masalah keperawatan nausea sebagian teratasi</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau TTV pasien - Lanjutkan intervensi keperawatan. - Kolaborasi pemberian antiemetik 	
5	<p>S= Tn. S mengatakan sudah mulai dapat ke kamar mandi namun harus dibantu</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan O2 3L/i - Tampak sesak nafas berkurang - Tampak sudah bisa ke kamar mandi <p>A= Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P=</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau ttv pasien - Lanjutkan intervensi 	

6	<p>S= Tn. S mengatakan ia sudah bisa tidur pada malam hari dan merasa lebih tenang saat diberikan aromaterapi lavender</p> <p>O= tampak lebih tenang dan tidak banyak bertanya lagi</p> <p>A= Masalah keperawatan ansietas sebagian teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p>	Patricia
---	---	----------

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Menurut (Suddart's, 2009), pengkajian keperawatan sangat penting dalam mendeteksi CA Paru.

Penulis berasumsi bahwa pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan kasus CA Paru didapat data seperti sesak napas, batuk berdahak dan sulit dikeluarkan, adanya suara napas tambahan ronchi, frekuensi napas cepat, demam, nyeri pada dada, dan adanya rasa takut terhadap penyakit.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Mauliddiyah, 2021), didapatkan hasil bahwa pengkajian yang didapatkan pada pasien dengan CA Paru yaitu adanya keluhan sesak nafas saat beraktifitas, batuk tidak efektif, terdapat sputum, terdapat bunyi tambahan ronchi, frekuensi napas cepat dan tidak teratur, nyeri dada. Hal ini membuktikan bahwa adanya kesesuaian antara teori, serta fakta yang ditemukan pada pasien yaitu adanya keluhan sesak nafas, batuk tidak efektif, frekuensi nafas cepat, terdengar adanya ronchi, dan nyeri.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Suddart's, 2009) diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan,

atau kerentangan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

Diagnosis keperawatan berdasarkan hasil analisa data yang dilakukan maka penulis menyusun diagnosis keperawatan pada Tn. S dengan kasus CA Paru. Penulis mengambil beberapa sumber buku terkait dengan penegakan diagnosis keperawatan yaitu diagnosi menurut (Rahmawati, 2023) ada lima diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, nyeri akut, mual, hipertermi, intoleransi aktivitas. Menurut (Asiva Noor, 2015) ada tiga diagnosa keperawatan yaitu Kecemasan, intoleransi aktivitas, gangguan pertukaran gas. Penulis menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI P. S., 2018). Menurut teori yang dikemukakan penulis di bab sebelumnya, terdapat 7 diagnosa yang biasa muncul pada pasien CA Paru namun pada kasus Tn. S hanya ditemukan 6 diagnosa saja. Berdasarkan teori yang ada pada bab sebelum ada satu diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan penulis pada tinjauan kasus yaitu gangguan pertukaran gas dikarenakan tidak ditemukan hasil pemeriksaan yang mendukung untuk ditegakkannya diagnosa ini seperti masalah keseimbangan asam basa pada tubuh. Adapun diagnosa yang ditemukan pada kasus ini yaitu:

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
4. Mual b/d efek agen farmakologis

5. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
6. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah langkah ketiga dalam proses keperawatan setelah dilakukan pengkajian dan penentuan diagnosis. Rencana keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI P. S., 2018). Penulis tidak mendapat banyak kesulitan karena penulis memiliki sumber. Semua intervensi keperawatan yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan sumber yang didapatkan oleh penulis berdasarkan diagnosis yang telah diangkat dan juga telah disesuaikan dengan keadaan klien saat itu.

Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi. Intervensi keperawatan antara tinjauan teoritis dengan kasus pasien kelolaan sama (tidak terdapat kesenjangan) yang diamati dengan buku panduan SDKI,SLKI,SIKI sesuai dengan diagnosa (masalah) yang ditemui.

Pada diagnosa yang pertama yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Manajemen jalan napas (I.01011) dimana ada 15 intervensi tetapi mahasiswa hanya melakukan 8 intervensi saja yang meliputi observasi, terapeutik, Edukasi,kolaborasi. Alasan mahasiswa hanya

mengambil beberapa intervensi karna keselapan intervensi tersebut sudah mewakili untuk dilaksanakannya implementasi kepada Tn. S.

Pada diagnosa yang kedua yaitu nyeri akut, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Manajemen nyeri (I.08238) dimana ada 19 intervensi tetapi mahasiswa hanya melakukan 6 intervensi saja yang meliputi observasi, terapeutik, Edukasi, kolaborasi. Alasan mahasiswa hanya mengambil beberapa intervensi karna keenam intervensi tersebut sudah mewakili untuk dilaksanakannya implementasi kepada Tn. S.

Pada diagnosa yang ketiga yaitu hipertermi, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Manajemen Hipertermi (I.15506) dimana ada 15 intervensi tetapi mahasiswa hanya melakukan 6 intervensi yang meliputi Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi. Alasan mahasiswa hanya memberikan enam intervensi saja karena hanya intervensi tersebut sudah mewakili untuk dilaksanakan implementasi kepada Tn. S.

Pada diagnosa yang keempat yaitu nausea, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Manajemen Mual (I.03117) dimana ada 16 intervensi tetapi mahasiswa hanya melakukan 7 intervensi yang meliputi Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi. Alasan mahasiswa hanya memberikan tujuh intervensi saja karena hanya itu yang sesuai dengan kondisi Tn.S

Pada diagnosa yang ketiga yaitu intoleransi aktivitas, didapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah Manajemen Energi (I.05178) dimana ada 13 intervensi tetapi mahasiswa hanya melakukan 7 intervensi yang meliputi Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi. Alasan mahasiswa hanya memberikan tujuh

intervensi saja karena hanya intervensi tersebut sudah mewakili untuk dilaksanakan implementasi kepada Tn. S.

Untuk diagnosa yang keenam ansietas, didapatkan dari buku SIKI yang di ambil adalah Terapi relaksasi (I.09326). dimana ada 16 intervensi tetapi mahasiswa hanya melakukan 7 intervensi saja sesuai dengan kebutuhan implementasi untuk Tn. S.(Tim Pokja DPP PPNI, 2017).

4.4 Implementasi Keperawatan

Penulis telah melakukan tahap implementasi keperawatan yang telah ditetapkan pada intervensi sesuai waktu yang ditetapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Penulis telah berhasil melakukan implementasi dengan baik kepada klien sesuai dengan intervensi ditetapkan. Pada kasus ini penulis melakukan implementasi tambahan yaitu pemberian aromaterapi lavender (sop terlampir). Selama tahap implementasi, penulis terus melakukan pengumpulan data dan melakukan asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien. Dalam melakukan implementasi keperawatan pada Tn. S, penulis mendapat dukungan dari klien yang cukup kooperatif dan bersedia berperan aktif terhadap implemementasi keperawatan. Penulis juga mendapatkan bantuan dari rekan perawat lainnya dalam melaksanakan implementasi keperawatan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase akhir dari proses keperawatan untuk menilai asuhan keperawatan yang telah diberikan pada Tn. S dengan CA Paru selama 3 hari yang dimulai tanggal 26 sampai dengan 28 Januari 2025. Evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan dalam kasus ini adalah evaluasi sumatif. Dari enam diagnosis yang ditemukan pada klien didapatkan semua diagnosis keperawatan masih teratasi sebagian sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, sehingga masih perlu dilanjutkannya intervensi dan pemantauan.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil kasus dari asuhan keperawatan kritis pada Tn. S dengan CA Paru di Ruang St. Marta RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2025 dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian keperawatan pada kasus CA Paru didapatkan bahwa yang perlu dikaji adalah pola napas, kemampuan batuk, produksi sputum, suara napas tambahan, penggunaan otot bantu pernapasan, tanda tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.
2. Diagnosa keperawatan pada kasus CA Paru didapatkan ada 4 diagnosa keperawatan yang penulis angkat yaitu: bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
3. Intervensi keperawatan pada kasus CA Paru yang penulis susun diambil dari buku SIKI seperti diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif dilakukan dengan manajemen jalan napas, diagnosa gangguan nyeri akut dilakukan dengan manajemen nyeri, diagnosa hipertemia dilakukan dengan termoregulasi, dan ansietas dilakukan dengan terapi relaksasi.
4. Implementasi keperawatan pada kasus CA Paru yang dilakukan penulis seperti monitoring kepatenan jalan nafas, memberikan terapi nebulizer, memberikan terapi nebulizer, fisioterapi dada, memonitoring hasil TTV

pasien, mengontrol suhu tubuh dan berikan posisi yang nyaman pada pasien untuk mengurangi sesaknya yaitu semi fowler.

5. Evaluasi keperawatan dengan kasus CA Paru ini adalah perlu nya pemantauan bersihan jalan napas pasien, suara napas tambahan, penggunaan otot bantu pernapasan, produksi sputum, dan perasaan nyaman klien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat dijadikan referensi dalam menyusun dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien terutama dengan kasus CA Paru

5.2.2 Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan dengan adanya bimbingan dengan dosen, mahasiswa semakin mahir dalam penyusunan dan pemberian asuhan keperawatan pada pasien terutama kasus CA Paru.

5.2.3 Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan Rumah Sakit dapat meningkatkan pelayanan dalam asuhan keperawatan serta meningkatkan edukasi kesehatan pada pasien terutama kasus CA Paru.



DAFTAR PUSTAKA

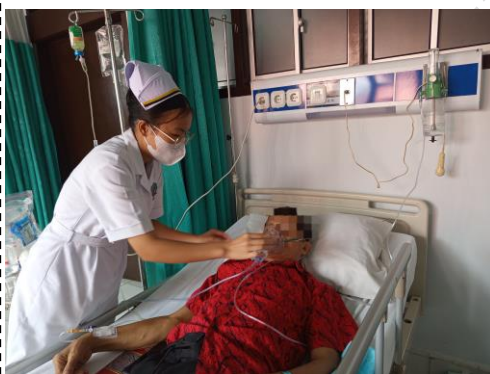
- Asiva Noor, R. (2015). *Medical-Surgical Nursing*.
- Brunner, S. (2018). *Textbook Medical-Surgical: Vol. (14)*.
- Chandika, A. I., Dewi, N. R., & Immawati. (2024). Penerapan Akupresur Dan Aromaterapi Lavender Terhadap Kualitas Tidur Pasien Kanker. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(1), 110–118.
- Diyannah Syolihan Rinjani Putri, D. N. W. (2024). Edukasi Kegawatdaruratan Kanker Paru Pada Keluarga Dalam Merawat Pasien Di Rumah. 6(May 2021), 623–630.
- Indra Buana, D. A. H. (2022). Asbestos, Rdon Dan Polusi Udara Sebagai Faktor Resiko Kanker Paru Pada Perempuan Bukan Perokok. 8(1).
- Mauliddiyah, N. L. (2021). Asuhan keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Media CA Paru Stadium Post Kemoterapi Di Ruang H-1 Rumkital Fr. Ramlen Surabaya. 6.
- Musdalifah, R. (2014). Buku keperawatan Medikal Bedah Sistem Respirasi. In: *Penambahan Natrium Benzoat Dan Kalium Sorbat (Antiinversi) Dan Kecepatan Pengadukan Sebagai Upaya Penghambatan Reaksi Inversi Pada Nira Tebu*.
- Nugroho, B., Utami, A. S., Ratnaningsih, D. K., & Abdurakhman, L. (2023). Perbandingan Gambaran Ct Scan Paru Perokok dan Non Perokok Pasien Kanker Paru. 2(2018).
- Ray Hannif Fadillah, T. S. (2021). Asuhan Keperawatan Pasien Tumor Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif: Studi Kasus. 2, 146–150.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Ummara, A. F., & dkk. (2021). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Respirasi. In: *Yayasan Kita Menulis (Vol. 7, Issue 2)*. <https://www.google.co.id/books/editi>



on/Keperawatan_Medikal_Bedah_Sistem_Respira/x5xFEAAAQBAJ?hl=en
&gbpv=1&dq=edema+paru+akut+adalah&printsec=frontcover

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

LAMPIRAN



EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP)**COMPLEMENTARY THERAPIES IN MEDICINE
A SYSTEMATIC REVIEW OF THE EFFECT OF LAVENDER ON
CANCER COMPLICATIONS****Defenisi**

Kanker merupakan salah satu tantangan kesehatan masyarakat terbesar di seluruh dunia dan dianggap sebagai salah satu penyebab paling umum dari morbiditas dan mortalitas.

Hasil

Kanker sangat memengaruhi kesehatan mental pasien. Prevalensi kecemasan dan depresi tinggi di antara penderita kanker. Masalah tidur berkisar antara 25% hingga 59% dan lazim terjadi pada pasien ini, dan memiliki efek yang mengganggu pada hasil kesehatan pasien. Nyeri dan kelelahan sebagai gejala yang paling umum pada pasien yang menjalani perawatan kanker, berdampak buruk pada perawatan kanker, pemulihan dari kanker, kualitas hidup dan kelangsungan hidup mereka. Terapi komplementer dan alternatif dapat mengurangi komplikasi kanker, mengingat bahwa pengobatan tidak selalu efektif dan bahkan dapat menyebabkan penyalahgunaan obat, keterlambatan pengobatan, ketergantungan, dan toleransi.

Lavender memiliki sejarah panjang dalam pengobatan tradisional dan minyak esensial yang berasal dari lavender memiliki berbagai macam efek biologis. Tiga spesies lavender terutama dipetik untuk mensintesis minyak esensial termasuk *Lavandula angustifolia* (lavandula biasa), *Lavandula latifolia*

(lavandula berduri), dan Lavandula intermedia, hibrida steril dari Lavandula angustifolia dan Lavandula latifolia (lavandin).

Efek lavender pada terhadap komplikasi kanker

1. Kecemasan
2. Nyeri
3. Tidur
4. Tanda-tanda vital
5. Komplikasi lainnya

Hasil

Penggunaan lavender untuk mengurangi komplikasi kanker termasuk tingkat kecemasan, intensitas nyeri, kualitas tidur, dan tanda-tanda vital telah disarankan. Temuan tinjauan sistematis ini dapat digunakan untuk memasukkan lavender sebagai metode alternatif dan pelengkap ke dalam perawatan rutin untuk mengurangi komplikasi kanker dan penderitaan terkait pada pasien kanker. Terapi yang aman dan nonfarmakologis ini dapat diajarkan kepada pasien dan pengasuh informal mereka untuk digunakan bersama dengan tindakan terapeutik lain di rumah. Penelitian lebih lanjut menggunakan desain eksperimental yang kuat harus dilakukan untuk mengidentifikasi bentuk, konsentrasi, durasi, dan rute pemberian lavender yang terstandarisasi dan memeriksa efeknya terhadap komplikasi kanker (Chandika et al., 2024).



**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMBERIAN AROMATERAPI
LAVENDER MELALUI REED DIFFUSER**

Pengertian	Aromaterapi lavender merupakan terapi atau pengobatan dengan menggunakan bau-bauan yang berasal dari tumbuh tumbuhan, bunga, pohon yang berbau harum dan enak. Minyak astiri digunakan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan, sering digabungkan untuk menenangkan sentuhan penyembuhan dengan sifat terapeutik dari minyak astiri.
Tujuan	Aromaterapi lavender sering digunakan untuk membantu tidur dengan lebih nyenyak, mengurangi rasa nyeri, dan rasa cemas. Baunya dapat meredakan kegelisahan dan membantu tubuh bersantai untuk memasuki fase tidur yang lebih dalam.
Indikasi	a. Pasien yang mengalami kesulitan tidur b. Pasien yang memiliki nyeri c. Pasien yang merasa cemas dan stres
Kontra Indikasi	a. Pasien dengan riwayat alergi terhadap lavender atau minyak esensial b. Pasien hamil dan menyusui
Waktu Pelaksanaan	Dilakukan selama 3 hari pada malam hari saat pasien akan tidur
Prosedur	Persiapan pasien : a. Beri salam dan memperkenalkan diri b. Jelaskan tujuan prosedur tindakan, berikan kesempatan pasien untuk bertanya c. Kaji kondisi pasien d. Beri privasi kepada pasien Persiapan Alat : a. Reed (rotan) b. Botol kecil dengan essensial oil lavender yang sudah tersedia Tahap Kerja : a. Mengucapkan salam terapeutik



- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">b. Menanyakan perasaan pasienc. Menyiapkan lokasi penempatan reed diffuser (meja dekat tempat tidur pasien)d. Menentukan jumlah stick (reed) yang akan digunakan (4 reed)e. Menganjurkan pasien membalikan reed secara berkala agar aroma tetap tersebar |
|--|---|

MIND MAPPING

