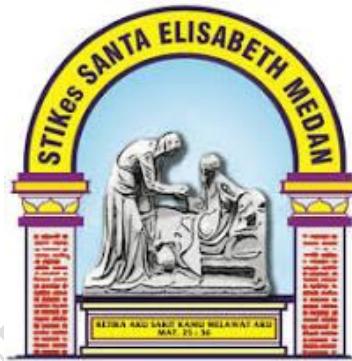


**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN DENGAN
PNEUMOTHORAKS
PADA TN. M DI RUANGAN INTENSIVE ST. ANTONIUS
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

Tanggal 26-28 Maret 2025

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

**Vivi Labora Malau
052024092**

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

2025

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

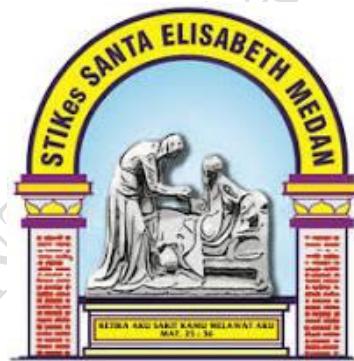


**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERNAFASAN DENGAN
PNEUMOTHORAKS
PADA TN. M DI RUANGAN INTENSIVE ST. ANTONIUS
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

Tanggal 26-28 Maret 2025

KARYA ILMIAH AKHIR

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



Oleh:

**Vivi Labora Malau
052024092**

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PADA TANGGAL 06 MEI 2025

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

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 06 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua: Amrita Andi Yanti Ginting, S.Kep., Ns., M.Kep ----- 

Anggota I : Dr.Lilis Novitarum, S.Kep., Ns. ,M. Kep ----- 

Anggota II : Rotua Elvina Pakpahan, S.Kep., Ns., M.Kep ----- 



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERSETUJUAN

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

Oleh:

Vivi Labora Malau
NIM. 052024092

MEDAN, 06 Mei 2025

Menyetujui,

Ketua Penguji

Amnita Anda Yanti Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Anggota

Dr. Lili Novitarum, S.Kep.,Ns.,M. Kep

Rotua Elvina Pakpahan, S.Kep.,Ns.,M.Kep



Rotua Elvina Pakpahan,S.Kep.,Ns.,M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan kasih karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan baik dan tepat waktunya. Adapun judul karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Dengan Gangguan Sistem Pernapasan Pneumothorax Pada Tn. M Di Ruang Intensive Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan”**. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini penulis banyak mendapatkan bantuan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Penulis tidak lupa untuk mengucapkan terimakasih kepada pihak yang telah membantu peneliti dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini. Oleh karena itu, penulis 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 penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

memberikan kesempatan dalam membantu peneliti dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

3. Amrita Anda Yanti Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing dan dosen penguji I saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Dr.Lilis Novitarum, S.Kep.,Ns.,M. Kep selaku dosen penguji II saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Rotua Elvina Pakpahan,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji III saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Seluruh staf dosen dan tenaga pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik, dan membantu peneliti selama menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
7. Teristimewa kepada orang tua saya Alm Bapak J. Malau dan Ibu K. Sinaga, dan yang tercinta suami dan anak saya yang telah mendampingi saya dengan penuh cinta dan kasih sayang serta seluruh saudara saya yang saya cintai yang telah memberikan dukungan kepada saya baik dari segi motivasi, doa dan materi untuk memenuhi segala kebutuhan yang saya perlukan selama pendidikan hingga saat ini.



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

8. Seluruh teman seperjuangan Program Studi Profesi Ners angkatan XI stambuk 2024 yang telah memberi memotivasi dan dukungan kepada penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Harapan penulis semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya pada profesi keperawatan.

Medan , 06 Mei 2025

Penulis

Vivi Labora Malau



ABSTRAK

Vivi Labora Malau, 052023002

“Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Dengan Gangguan Sistem Pernapasan Pneumothorax Pada Tn. M Di Ruang *Intensive* Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan”

Pneumothoraks adalah suatu keadaan ketika pleura parietalis dan viselaris robek; dan ruang pleura terpapar oleh tekanan atmosfer positif. Normalnya tekanan di dalam ruang pleura adalah negatif atau subatmosfer. Ketika pleura robek, udara memasuki ruang pleura dan paru-paru atau bagian dari paru-paru kolaps. Pneumothoraks merupakan keadaan yang harus segera ditangani ataupun diobati setelah di diagnosa. Untuk itu, kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat dan menjadi pedoman dalam pencegahan penyakit tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan pada Tn. M dengan Pneumothoraks di ruang Intensive RS Santa Elisabeth Medan. Hasil : Manifestasi yang timbul pada kasus pneumothoraks didapatkan semua sesuai dengan literatur 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 pneumothoraks berupa pemberian oksigen, pemantauan respirasi, manajemen energi, dan pemantauan status nutrisi.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Pneumothoraks



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
PERSYARATAN GELAR	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
HALAMAN PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
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	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Medis	7
2.2.1 Definisi	7
2.2.2 Etiologi	12
2.2.3 Manifestasi Klinis	16
2.2.4 Patofisiologi	17
2.2.5 Komplikasi	20
2.2.6 Prognosis	20
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang	21
2.2.8 Penatalaksanaan	22
2.2 Konsep Dasar Keperawatan	25
2.3.1 Pengkajian	25
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	26
2.3.3 Intervensi Keperawatan	27
2.3.4 Evaluasi Keperawatan	27
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN	28
3.1 Pengkajian	28
3.2 Analisa Data	36
3.3 Diagnosa Keperawatan	39
3.4 Intervensi Keperawatan	41
3.5 Implementasi Keperawatan	45
3.6 Evaluasi Keperawatan	53



BAB 4 PEMBAHASAN	62
4.1 Pengkajian	62
4.2 Diagnosa Keperawatan	63
4.3 Intervensi Keperawatan	65
4.4 Implementasi Keperawatan	67
4.5 Evaluasi Keperawatan	69
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	71
5.1 Kesimpulan	71
5.2 Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN	. 76



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sistem Pernafasan	7
Gambar 2.2 <i>Pathway</i>	19
Gambar 2.3 Pneumothorax	22

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumotoraks merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup signifikan di Indonesia, terutama terkait dengan tingginya prevalensi penyakit paru-paru dan angka kecelakaan yang melibatkan trauma dada. Kondisi ini terjadi dimana ada penumpukan udara pada rongga potensial antara pleura visceral dan pleura parietal (Putri et al., 2025). Menurut Ramadhina et al, (2025) saat paru-paru normal menghirup udara, otot diafragma akan datar dan ruang paru-paru akan melebar; namun, pada saat mengeluarkan udara, diafragma mengerut dan paru-paru mengempis. Pneumotoraks mengganggu proses ini karena udara yang terperangkap di rongga pleura, menghambat ekspansi paru-paru. Kondisi ini dapat mengganggu respirasi normal karena udara dan gelembung gas di rongga pleura atau retensi dalam rongga pleura, menyebabkan tekanan intrapleura yang dapat menyebabkan pecahnya bullae dan kolaps paru-paru.

Pada tahun 2014-2015, insidensi pneumotoraks termasuk dalam angka kematian tertinggi akibat trauma dada. Di Amerika Serikat, insidensi pneumotoraks mencapai 7,4 hingga 18 kasus per 100.000 populasi pada pria, dan 1,2 hingga 6 kasus per 100.000 populasi pada wanita. Usia yang paling sering terkena pneumotoraks spontan adalah 20-40 tahun. Di Indonesia, insidensi pneumotoraks cukup tinggi 1 dengan angka mortalitas yang juga tinggi, dengan 25% kasus berupa pneumotoraks spontan primer dan 47,1% berupa pneumotoraks spontan sekunder. Berdasarkan penelitian Nahrisyah et al, (2025) pada periode Agustus 2024, Radiologi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado mencatat data



dari rekam medik pasien yang didiagnosis mengalami pneumotoraks secara radiologis, dengan jumlah sampel sebanyak 41 pasien. Pasien laki-laki merupakan mayoritas dengan jumlah 37 orang (90,2%), sedangkan kelompok usia >50 tahun mencakup 15 pasien (36,6%). Lesi hemitoraks kanan adalah lokasi paling umum ditemukan dengan 22 kasus (53,7%), dan etiologi pneumotoraks spontan sekunder mencatat 18 kasus (43,9%). Berdasarkan data yang didapat dari Rekam Medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2021 hingga 2025, pasien dengan penyakit Pneumothorax didapati berjumlah 30 orang dimana laki-laki 27 orang dan perempuan 3 orang .

Insidensi pneumotoraks sulit diketahui karena banyak episodenya yang tidak terdeteksi. Namun, pneumotoraks merupakan kasus darurat paru. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pneumotoraks lebih sering terjadi pada pria dibandingkan wanita. Pada pria, risiko pneumotoraks spontan meningkat pada perokok berat dibandingkan non perokok. Pneumotoraks spontan sering terjadi pada usia muda dengan puncak insidensi pada dekade ke-30. Pneumotoraks traumatis dapat disebabkan oleh trauma langsung atau tidak langsung pada dinding dada, dan diklasifikasikan menjadi iatrogenik maupun non iatrogenik (Aditia et al., 2024).

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi timbulnya pneumothoraks spontan, diantaranya usia, jenis kelamin, riwayat penyakit keluarga dan riwayat perokok, penderita PPOK, asma, fibrosis kistik, sarkoidosis, penyakit membran hialin pada neonatus, tumor paru, asma, TB Paru, benda asing, bleb atau bulla paru. Gejala klinis yang muncul dapat bervariasi, mulai dari yang paling ringan sampai



yang paling berat, tergantung dari masing- masing individu. Penderita mengeluh sesak nafas, nyeri dada, batuk non produktif bahkan sampai batuk berdarah. Oleh karena itu diperlukan therapy yang bervariasi mulai dari observasi sampai tindakan (Patricia , 2002).

Penderita Pneumothorax biasanya sesak nafas dan semakin memberat jika posisi terlentang/supine sehingga penderita akan diberikan posisi fowler ataupun orthopnoe untuk memberikan rasa nyaman dan selain dengan posisi beberapa cara yang dilakukan untuk mengurangi sesak nafas (Sari et al., 2024). Posisi Orthopnoe adalah posisi duduk sambil memeluk bantalan seperti membungkuk posisi kepala dan dada dengan sudut 30-45° cara ini dilakukan untuk mengurangi sesak, dan mengurangi resiko penurunan pada dinding dada dan diiringi dengan terapi tambahan yaitu, terapi pursed lips breathing adalah salah satu terapi non farmakologis yang melibatkan pernafasan dilakukan dengan penyempitan bibir, bertujuan untuk mengurangi sesak, meningkatkan saturasi oksigen dan mengatur ventilasi alveolar dan pertukaran gas di paru-paru.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Lestari & Parangin-angin, (2024) tentang penanganan pneumothoraks spontan sebenarnya sederhana, tidak selalu membutuhkan multimodalitas, namun jika pengelolaan yang dilakukan tidak mencukupi atau sdekuat, akan menyebabkan resiko rekurent, terjadi komplikasi lain atau bahkan kematian penderita. Penanganan pada pneumothoraks ini adalah dengan tindakan pemasangan Water Seal Drainage (WSD) untuk tetap mempertahankan tekanan negatif dari vacum pleura sehingga pengembangan paru sempurna. Pemasangan WSD dapat menimbulkan problematika fisiotherapy, yaitu adanya perubahan pada mekanika pernafasan/alat-alat gerak pernafasan, nyeri



akibat pemasangan WDS, dan juga akan menyebabkan penurunan toleransi aktivitas (Comer, 1998)

Metode yang paling sederhana dan efektif untuk mengurangi rasa sesak yaitu dengan mengatur posisi pasien yaitu posisi orthopnoe dan breathing exercise. Posisi orthopnoe sangat berguna untuk mengurangi sesak. Breathing exercise ditujukan untuk meningkatkan oksigenisasi serta mempertahankan kekuatan otot pernafasan dan juga merupakan teknik untuk mengurangi rasa nyeri akibat pemasangan WSD. Latihan gerak aktif ditujukan untuk menjaga mobilitas anggota gerak agar tidak terjadi keterbatasan gerak yang disebabkan karena tindakan bedah (Mataputum, 2024).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Dengan Gangguan Sistem Pernapasan Pneumothorax Pada Tn. M Di Ruang *Intensive* Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn.M dengan kasus Pneumothoraks Diruangan Intensive St.Antonius Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025?

1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan kritis pada pasien yang mengalami gangguan sistem



pernafasan dengan kasus Pneumothorax Diruangan Intensive St.Antonius Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami Pneumothorax.
2. Mampu menegakkan diagnose keperawatan pada pasien yang mengalami Pneumothorax.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien yang mengalami Pneumothorax.
4. Melaksanaakan tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami Pneumothorax.
5. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami Pneumothorax.

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan karya ilmiah akhir ini dapat menjadi salah satu sumber bacaan dan pengembangan ilmu tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Pneumothorax di RS Santa Elisabeth Medan.

1.4.2 Manfaat Praktik

1. Bagi institusi pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan sebagai sumber informasi mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumothorax

2. Bagi pasien

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan sebagai informasi serta berguna untuk meningkatkan pengetahuan dan membantu perawatan pada pasien yang mengalami Pneumothorax.

3. Bagi mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan, informasi, serta pengembangan ilmu keperawatan yang dapat di terapkan dan bagi mahasiswa/I selanjutnya dapat mengembangkan karya ilmiah akhir ini berdasarkan intervensi-intervensi lain yang dapat mempengaruhi pasien yang mengalami Pneumothorax



BAB 2 TINJAUAN TEORI

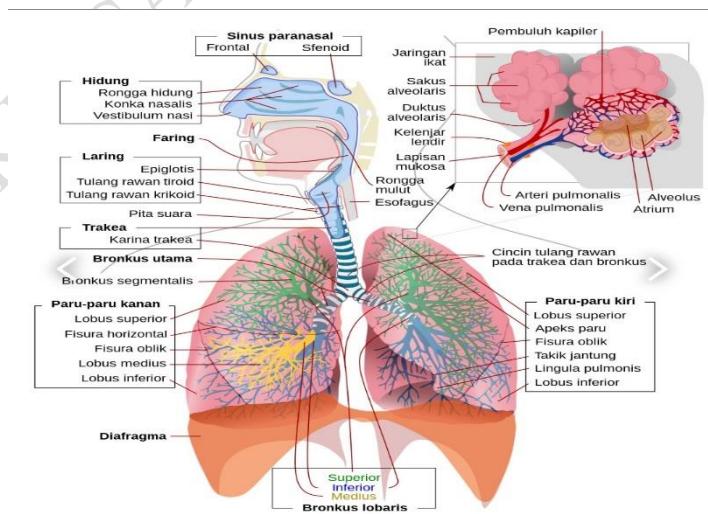
2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Pengertian

Pneumothoraks adalah suatu keadaan ketika pleura parietalis dan viselaris robek dan ruang pleura terpapar oleh tekanan atmosfer positif. Normalnya tekanan di dalam ruang pleura adalah negatif atau subatmosfer. Ketika pleura robek, udara memasuki ruang pleura dan paru-paru atau bagian dari paru-paru kolaps (Brunner dan Suddart,2009).

Pneumothoraks merupakan masuknya udara ke dalam rongga pleura antara pleura viseral dan parietal sehingga menyebabkan kolaps paru parsial ataupun komplit. Kolapsnya paru menyebabkan penurunan kapasitas vital, ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi, dan pirau intrapulmonal yang menyebabkan hipoksia (Patricia Gonre Marton et al,2002)

1. Anatomi (Somantri, 2012)



Gambar 2.1 Anatomi Paru-paru



- Anatomi Saluran Pernafasan Atas

Struktur saluran napas bagian atas terdiri dari hidung, sinus dan saluran hidung, faring, tonsil dan kelenjar gondok, laring, dan trachea (Brunner & Suddart, 2003).

1) Hidung

Hidung terdiri dari bagian luar dan bagian dalam. Bagian luarnya menonjol dari wajah dan ditopang oleh tulang hidung dan tulang rawan. Hidung anterior (lubang hidung) adalah bukaan luar rongga hidung. Bagian dalam hidung merupakan rongga berongga yang dipisahkan menjadi rongga hidung kanan dan kiri oleh pembatas vertikal sempit yang disebut septum. Setiap rongga hidung dibagi menjadi tiga saluran oleh penonjolan turbinat (juga disebut conchae) dari dinding lateral. Rongga hidung dilapisi dengan selaput lendir bersilia tinggi yang disebut mukosa hidung. Lendir, yang disekresi terus menerus oleh sel goblet, menutupi permukaan mukosa hidung dan dipindahkan kembali ke nasofaring melalui aksi silia (rambut halus). Hidung berfungsi sebagai jalan masuknya udara ke dan dari paru-paru dan menyaring kotoran dan melembabkan serta menghangatkan udara saat dihirup.

2) Faring

Faring adalah struktur seperti tabung yang menghubungkan rongga hidung dan mulut ke laring. Ini dibagi menjadi tiga wilayah: hidung, mulut, dan laring. Nasofaring terletak di posterior hidung dan di atas langit-langit lunak. Orofaring menampung amandel faucial, atau palatine. Laringofaring terbentang dari tulang hyoid hingga tulang rawan krikoid dan epiglottis membentuk pintu masuk laring.



3) Laring

Laring adalah struktur berlapis epitel tulang rawan yang menghubungkan faring dan trachea. Fungsi utama laring adalah vokalisasi. Ini juga melindungi saluran napas bagian bawah dari benda asing dan memfasilitasi batuk.

4) Trachea

Trachea terdiri dari otot polos dengan cincin tulang rawan berbentuk C secara berkala. Cincin tulang rawan tidak lengkap pada permukaan posterior dan memberikan kekencangan pada dinding trachea, mencegahnya kolaps. Trachea berfungsi sebagai saluran antara laring dan bronkus.

• Anatomi Saluran Pernafasan Bawah

Saluran pernapasan bagian bawah terdiri dari paru-paru, yang berisi struktur bronkial dan alveolar yang diperlukan untuk pertukaran gas.

1) Paru-paru

Paru-paru merupakan struktur elastis berpasangan yang tertutup dalam sangkar toraks, yang merupakan ruang kedap udara dengan dinding yang dapat diregangkan. Ventilasi memerlukan pergerakan dinding sangkar toraks dan lantainya, diafragma. Efek dari gerakan-gerakan tersebut secara bergantian adalah meningkatkan dan menurunkan kapasitas dada. Ketika kapasitas dada meningkat, udara masuk melalui trachea (inspirasi) karena penurunan tekanan di dalam dan menggembungkan paru-paru. Ketika dinding dada dan diafragma kembali ke posisi semula (ekspirasi), paru-paru akan mundur dan memaksa udara keluar melalui bronkus dan trachea.

**2) Pleura**

Paru-paru dan dinding dada dilapisi dengan membran serosa yang disebut pleura. Pleura visceral menutupi paru-paru; pleura parietal melapisi dada. Pleura visceral dan parietal serta sejumlah kecil cairan pleura di antara kedua membran ini berfungsi untuk melumasi dada dan paru-paru serta memungkinkan pergerakan paru-paru yang lancar di dalam rongga dada setiap kali bernapas.

3) Mediastinum

Mediastinum berada di tengah dada, di antara kantung pleura yang menampung kedua paru-paru. Jaringan ini terbentang dari tulang dada hingga tulang belakang dan berisi seluruh jaringan toraks di luar paru-paru.

4) Bronkus dan Bronkiolus

Bronkus lobar (tiga di paru kanan dan dua di paru kiri). Bronkus lobaris terbagi menjadi bronkus segmental (10 di kanan dan 8 di kiri), yang merupakan struktur yang diidentifikasi ketika memilih posisi drainase postural yang paling efektif untuk pasien tertentu. Bronkus segmental kemudian terbagi menjadi bronkus subsegmental. Bronkus ini dikelilingi oleh jaringan ikat yang berisi arteri, limfatik, dan saraf. Bronkus subsegmental kemudian bercabang menjadi bronkiolus, yang tidak memiliki tulang rawan di dindingnya. Patensinya bergantung sepenuhnya pada elastisitas otot polos disekitarnya dan pada tekanan alveolar. Bronkiolus mengandung kelenjar submukosa, yang menghasilkan lendir yang menutupi lapisan dalam saluran udara. Bronkus dan bronkiolus juga dilapisi dengan sel-sel yang permukaannya ditutupi silia. Silia ini menciptakan gerakan



mencambuk konstan yang mendorong lendir dan benda asing menjauh dari paru-paru menuju laring.

Bronkiolus kemudian bercabang menjadi bronkiolus terminal, yang tidak mempunyai kelenjar lendir atau silia. Bronkiolus terminal kemudian menjadi bronkiolus respiratorik, yang dianggap sebagai jalur peralihan antara saluran pernafasan konduksi dan saluran pernafasan pertukaran gas. Bronkiolus pernafasan kemudian menuju ke saluran alveolar dan kantung alveolar dan kemudian alveoli. Pertukaran oksigen dan karbon dioksida terjadi di alveoli.

5) Alveoli

Paru-paru terdiri dari sekitar 300 juta alveoli, yang tersusun dalam kelompok 15 sampai 20. Alveoli ini sangat banyak sehingga jika permukaannya disatukan menjadi satu lembar, luasnya akan mencapai 70 meter persegi.

Ada tiga jenis sel alveolar. Sel alveolar tipe I adalah sel epitel yang membentuk dinding alveolar. Sel alveolar tipe II aktif secara metabolik. Sel-sel ini mengeluarkan surfaktan, suatu fosfolipid yang melapisi permukaan bagian dalam dan mencegah kolaps alveolar. Makrofag sel alveolar tipe III adalah sel fagosit besar yang menelan benda asing (misalnya lendir, bakteri) dan bertindak sebagai mekanisme pertahanan penting.

2. Fisiologi respirasi

Proses respirasi dapat dibagi dalam tiga proses mekanis utama yaitu sebagai berikut:

- a. Ventilasi pulmonal, yaitu keluar masuknya udara antara atmosfir dan alveoli paru-paru.



- b. Difusi oksigen dan karbon dioksida antara alveoli dan darah
- c. Transportasi oksigen dan karbon dioksida dalam darah dan cairan tubuh ke dan dari sel-sel (Will Beachey, 2018)

Proses fisiologis respirasi yang memindahkan oksigen dari udara ke dalam jaringan dan karbon dioksida yang dikeluarkan ke udara dapat dibagi menjadi tiga stadium, yaitu sebagai berikut:

- 1) Difusi gas-gas antara alveolus dan kapiler paru-paru (respirasi eksterna) serta antara darah sistemik dan sel-sel jaringan
- 2) Distribusi darah dalam sirkulasi pulmoner dan penyesuaian dengan distribusi udara dalam alveolus-alveolus.
- 3) Reaksi kimia dan fisik dari oksigen dan karbon dioksida dengan darah.

2.1.2. Etiologi pneumothoraks

Menurut Brunner & Suddarth (2009), terdapat 3 jenis pneumothoraks, yaitu pneumothoraks sederhana atau spontan, pneumothoraks, traumatic, dan pneumothoraks tekanan/tension pneumothoraks.

1. Pneumothoraks sederhana atau spontan

Pneumothoraks sederhana atau spontan terjadi ketika udara memasuki rongga pleura melalui celah pada pleura parietal ataupun pleura veseral. pada umumnya hal ini terjadi ketika udara memasuki pleura melalui pecahnya bleb atau fistula bronchopleural. Pneumothoraks spontan dapat terjadi pada orang yang tampak sehat tanpa adanya trauma atau pecahnya gelembung berisi udara, atau lepuh pada permukaan paru-paru yang memungkinkan udara dari saluran udara



masuk ke rongga pleura. Hal ini mungkin berhubungan dengan penyakit paru interstinal difus dan emfisema berat.

2. Pneumothoraks traumatis

Pneumothoraks traumatis terjadi Ketika udara keluar dari laserasi di paru-paru itu sendiri dan memasuki rongga pleura adatu dari luka dinding dada. Hal ini disebabkan oleh trauma benda tumpul (patah tulang rusuk), trauma tembus dada atau perut (luka tusuk atau luka tembak), atau robekan diaphragma. Pneumothoraks traumatis dapat terjadi selama prosedur thoraks invasive (torakosentesis, biopsi, paru transbronchial, penyisipan garis subclavia), dimana pleura tertusuk secara tidak sengaja, atau dari barotrauma akibat ventilasi mekanik. Pneumothoraks traumatis akibat cidera besar pada dada seringkali disertai dengan hematothoraks (kolektif). Darah terdapat di rongga pleura akibat robeknya pembuluh darah intercostal, laserasi pembuluh darah besar, atau laserasi paru-paru.

3. Pneumothoraks tekanan/tension pneumothoraks

Tension pneumothoraks terjadi ketika udara masuk ke rongga pleura dari paru-paru yang terkoyak atau melalui lubang kecil atau luka di dinding dada. ini mungkin merupakan komplikasi dari jenis pneumothoraks lainnya. berbeda dari pneumothoraks terbuaka, udara yang masuk ke dalam rongga dada setiap inspirasi terperangkap, tidak dapat dikeluarkan pada saat ekspirasi melalui saluran udara atau lubang pada dinding dada. akibatnya terjadi mekanisme katub satu arah atau katub bola dimana udara yang masuk ke dalam rongga pleura tidak dapat dikeluarkan. Dengan setiap nafas, ketegangan (tekanan positif) meningkat



dalam rongga pleura yang terkena. Hal ini menyebabkan paru-paru kolaps dan jantung, pembuluh darah besar, dan trachea tergeser ke sisi dada yang tidak terkena. Fungsi respirasi dan sirkulasi terganggu karena peningkatan tekanan intrathorasic, yang menurunkan aliran balik vena ke jantung, menyebabkan penurunan curah jantung dan gangguan sirkulasi perifer. Dalam kasus ekstrim, denyut nadi mungkin tidak terdeteksi, hal ini dikenal dengan aktivitas listrik tanpa denyut.

Menurut Chaterine L McKnight (2023), pneumothoraks dapat terjadi secara spontan ataupun traumatis. Pneumothoraks spontan dibedakan menjadi:

1. Pneumothoraks spontan primer

Merupakan pneumothoraks yang terjadi karena adanya faktor resiko maupun kelainan paru yang mendasari. Faktor resiko pneumothoraks primer seperti kebiasaan merokok.

2. Pneumothoraks spontan sekunder

Merupakan pneumothoraks yang terjadi karena adanya penyakit paru yang mendasari. Penyakit yang berhubungan dengan pneumothoraks spontan sekunder antara lain:

- a. PPOK
- b. Asma
- c. HIV dengan Pneumonia pneumocytis
- d. Pneumonia
- e. TBC
- f. Sarkoidosis



- g. Fibrosis kristik
- h. Karsinoma bronkogenik
- i. Fibrosis paru idiopatik
- j. ARDS parah
- k. Histiositosis sel Langerhans
- l. Limfagiomyomatosis
- m. Penyakit pembuluh darah kolagen
- n. Penggunaan narkoba inhalsi
- o. Endometriosis thoraks
3. Pneumothoraks Iatrogenik Penyebabnya dapat berupa:
- Biopsi pleura
 - Biopsi paru transbronchial
 - Biopsi nodul paru transthorasic
 - Pemasangan CVC
 - Tracheostomy
 - Ventilasi tekanan positif
4. Pneumothoraks traumatis
- Pneumothoraks yang sering terjadi akibat prosedur invasif dan barotrauma maupun akibat trauma tumpul atau tembus, seperti :
- Trauma tembus atau Patah tulang rusuk
 - Menyelam atau terbang



5. Penyebab pneumothoraks tegang:
- Asma
 - Proses kelahiran
 - Barotrauma akibat ventilasi tekanan positif
 - Tracheostomy perkutan
 - Konversi pneumothoraks spontan menjadi ketegangan
 - Pneumothoraks terbuka ketika balutan oklusif berfungsi
6. Penyebab Pneumomediastinum
- Asma
 - Proses kelahiran
 - Emesian ekspirasi
 - Batuk parah
 - Gangguan traumatis pada mukosa dan orofaring.

2.1.3. Manifestasi klinis

Pada pneumothoraks spontan, pasien hanya menunjukkan sedikit gejala, karena jika tidak, individu yang sehat dapat mentoleransi konsekuensi fisiologis dengan baik. Gejala yang paling umum terjadi adalah nyeri dada dan sesak nafas. Nyeri dada bersifat pleuritik, tajam, parah, dan menjalar ke bahu ipsilateral. Pada pneumothoraks spontan sekunder, dispnea lebih kuat karena penurunan cadangan paru.

Riwayat pneumothoraks dimasa lalu sangat penting karena kesembuhan terjadi pada 15-40% kasus. Kekambuhan pada sisi kontralaserasi juga dapat terjadi. Pada pneumothoraks temuan berikut dapat terjadi:



1. Ketidaknyamanan pernafasan
2. Peningkatan frekwensi pernafasan
3. Ekspansi paru-paru asimetris
4. Fremitus taktil menurun
5. Catatan perkusi hiperresonan
6. Penurunan intensitas bunyi nafas atau tidak adanya bunyi nafas

Pada tension pneumothorax, temuan tambahan berikut terlihat:

1. Dispnea berat yang nyata
2. Takipnea
3. Emfisema subkutan pada dada bagian atas dan leher
4. Nyeri dada akut pada sisi yang terkena
5. Sianosis progresif
6. Takikardia
7. Kegelisahan
8. Hipotensi
9. Perasaan sesak atau tertekan di dada

Beberapa pneumothorax traumatis berhubungan dengan emfisema subkutan. Pneumothorax mungkin sulit didiagnosa melalui pemeriksaan fisik, di ruang trauma yang bising, namun penting untuk membuat diagnosis tension pneumothorax pada pemeriksaan fisik (Joyce M. Black, 2009).

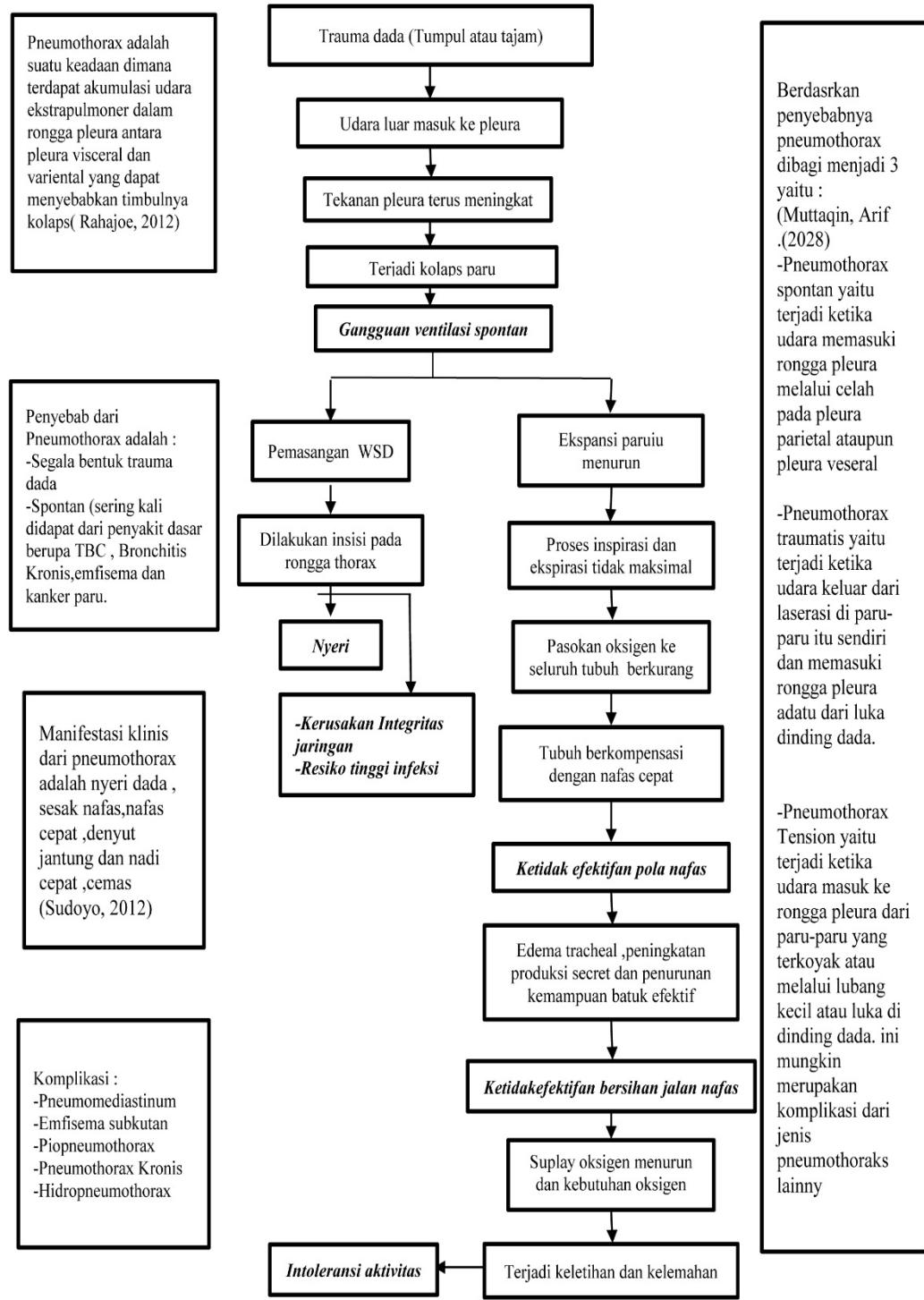
2.1.4. Patofisiologi

Selama pernafasan spontan, dua kekuatan yang berlawanan menghasilkan tekanan pleura negatif. Tekanan dalam saluran pernafasan bernilai positif selama



ekspirasi dan negatif selama inspirasi. Akantetapi tekanan pleura tetap bersifat subatmosfer baik pada saat inspirasi maupun ekspirasi. Oleh karena itu, tekanan jalan nafas tetap lebih tinggi daripada tekanan pleura disepanjang siklus pernafasan. Hubungan mendadak rongga pleura dengan udara eksternal atau udara alveolar memungkinkan gas untuk masuk. Jika tekanan pleura meningkat, elastisitas paru menyebabkan paru-paru kolaps. Paru terus kolaps sampai gradien tekanan tidak ada lagi atau defek pleura menutup. Kolaps paru menyebabkan penurunan kapasitas vital, peningkatan gradien tekanan oksigen persial arterial-alveolar, ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, dan pirau intrapulmonal yang menyebabkan hipoksemia. Pada pasien tanpa penyakit paru yang mendasari, tidak terjadi hiperkapnia karena paru yang tidak terkena berfungsi untuk mempertahankan ventilasi alveolar yang adekuat. Pada pasien yang mengalami penyakit paru yang mendasari, hiperkapnia sering kali terjadi karena pertukaran gas abnormal yang dihasilkan pneumothoraks ditambah dengan pertukaran gas abnormal yang sebelumnya (Joyce M. Black, 2009).

Pathway





2.1.5. Komplikasi

Menurut Chaterine L McKnight (2023), komplikasi yang dapat ditimbulkan dari pneumothoraks apabila tidak dapat ditangani dengan baik:

1. Kegagalan atau henti nafas
2. Gagal jantung
3. Pyopneumothoraks
4. Empisema
5. Pneumoperikardium
6. Pneumoperitoneum
7. Pneumohematoraks
8. Fistula bronkhopulmonal
9. Kerusakan pada bundel neurovaskuler selama torakostomi tabung
10. Nyeri dan infeksi kulit di lokasi tabung torakostomy

2.1.6. Prognosis

Pneumothoraks spontan primer biasanya tidak berbahaya dan sebagian besar sembuh dengan sendirinya tanpa intervensi berarti. Kekambuhan dapat terjadi hingga jangka waktu tiga tahun. Tingkat kekambuhan dalam lima tahun berikutnya adalah 30% untuk pneumothoraks spontan primer dan 43% untuk pneumothoraks spontan sekunder. Risiko kekambuhan meningkat pada setiap pneumotoraks berikutnya; itu adalah 30% dengan pengiriman pertama, 40% setelah pengiriman, dan lebih dari 50% setelah pengulangan ketiga. Pneumothoraks spontan primer tidak dianggap sebagai ancaman kesehatan yang signifikan, namun kematian telah dilaporkan. Pneumothoraks spontan sekunder



lebih mematikan tergantung pada penyakit paru-paru yang mendasarinya dan ukuran pneumotoraks. Pasien PPOK dan HIV memiliki angka kematian yang tinggi setelah pneumotoraks. Kematian pneumothoraks spontan sekunder adalah 10%. Kematian akibat tension pneumothorax tinggi jika tindakan yang tepat tidak diambil (Chaterine L McKnight, 2023).

2.1.7. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan penunjang pada penderita Pneumothoraks menurut Brunner & Suddarth (2009), antara lain sebagai berikut:

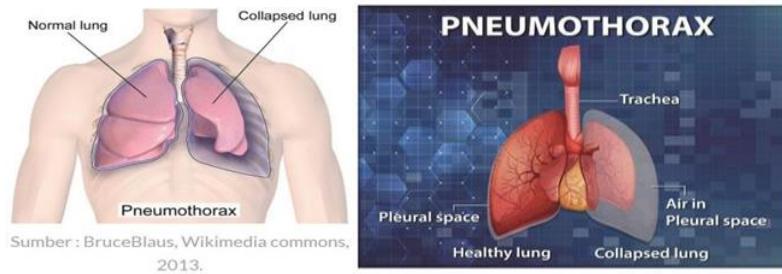
1. Radiologi

Pemeriksaan menggunakan foto thorax (PA/lateral) merupakan pemeriksaan penunjang utama (gold standard) untuk menegakkan diagnosis pneumothoraks dengan posisi tegak lurus atau posisi dekubitus. Film dada menunjukkan pergeseran mediastinal kontralateral, depresi diaphragmatik ipsilateral, dan ekspansi dinding dada ipsilateral pada pasien tension pneumothoraks, apabila gejala klinis tension pneumothoraks terjadi pada pasien ventilasi mekanik, therapy tidak boleh ditunda sampai mendapatkan konfirmasi radiologik.

Gambaran radiologis pneumothoraks akan tampak hitam, rata, dan paru yang kolaps akan tampak garis yang merupakan tepi paru. Kadang - kadang paru yang kolaps tidak membentuk garis, tetapi berbentuk lobuler yang sesuai dengan lobus paru. Adakalanya paru yang mengalami kolaps tersebut, hanya tampak seperti massa yang berada di daerah hilus. Keadaan ini menunjukkan kolaps paru



yang kedua kali. Besarnya kolaps paru tidak selalu berkaitan dengan berat ringan sesak nafas yang dikeluhkan.



Gambar 2.3 Pneumothoraks

2. Laboratorium

Pemeriksaan AGDA (Analisa Gas Darah) dilakukan untuk mengkaji adanya hipoksemia dan hiperkapnia.

2.1.8. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan pneumothoraks bergantung pada jenis-jenis pneumothoraks yang dialaminya, derajat kolaps, berat ringannya gejala, penyakit dasar, dan penyulit yang terjadi saat melaksanakan pengobatan yang meliputi:

Tindakan dekompresi yaitu membuat hubungan antara rongga pleura dengan lingkungan luar dengan cara:

- Menusukkan jarum melalui dinding dada sehingga masuk ke rongga pleura, dengan demikian tekanan udara yang positif di rongga pleura akan berubah menjadi negatif. Hal ini disebabkan karena udara keluar melalui jarum



tersebut. Cara lainnya adalah melakukan penusukan ke rongga pleura memakai set transfusion.

- b. Membuat hubungan dengan udara luar melalui kontraventil:
 - 1) Penggunaan pipa WSD (Water Saled Drainage). Pipa khusus/kateter thoraks steril, dimasukkan ke rongga pleura dengan perantara troakar atau dengan bantuan klem penjepit/klem pemasukan pipa plastik/kateter thoraks dapat juga dilakukan melalui celah yang telah dibuat dengan bantuan insisi kulit dari sela iga ke 4 pada garis aksila tengah atau garis aksila belakang. Selain itu, dapat pula melalui sela iga kedua dari garis klavikula tengah. Selanjutnya, ujung selang plastik di dada dan pipa kaca WSD dihubungkan melalui pipa plastik lainnya. Posisi ujung pipa kaca yang berada di botol sebaiknya berada 2 cm di bawah permukaan air supaya gelembung udara dapat dengan mudah keluar melalui perbedaan tekanan tersebut.
 - 2) Pengisapan kontinu/continuous suction. Pengisapan dilakukan secara kontinu apabila tekanan intrapleura tetap positif. Pengisapan ini dilakukan dengan cara memberi tekanan negatif sebesar 10-20 cmH₂O. Tujuannya adalah agar paru cepat mengembang dan segera terjadi perlekatan antara pleura viselaris dan pleura parietalis.
 - 3) Pencabutan drain, apabila paru telah mengembang maksimal dan tekanan intrapleura sudah negatif kembali, drain dapat dicabut. Sebelum dicabut, drain ditutup dengan cara dijepit atau ditekuk selama 24 jam. Apabila paru tetap mengembang penuh, drain dapat dicabut.



- c. Tindakan bedah, pembukaan dinding thoraks dengan cara operasi, maka dapat dicari lubang yang menyebabkan terjadinya pneumothoraks, lalu lubang tersebut dijahit.
- d. Pada pembedahan, jika dijumpai adanya penebalan pleura yang menyebabkan paru tidak dapat mengembang, maka dapat dilakukan pengelupasan/ dekortisasi.
2. Penatalaksanaan tambahan
- Apabila terdapat proses lain di paru, pengobatan tambahan ditujukan terhadap penyebabnya, yaitu: - Terhadap proses TB Paru diberi OAT, dan untuk mencegah obstopasi dan memperlancar defekasi, penderita diberi obat laksatif ringan, dengan tujuan agar saat defekasi pasien tidak mengedan terlalu keras.
 - Istirahat total, klien dilarang melakukan kerja keras, bersin dan batuk keras dan mengejan
4. Penatalaksanaan keperawatan
- Peran perawat dalam penatalaksanaan penyakit pneumothoraks secara primer yaitu memberikan pendidikan kepada keluarga klien untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit pneumothoraks. Peran sekunder dari perawat adalah memberikan dan latihan nafas dalam dan batuk efektif agar penyakit tidak kembali kambuh, latihan gerak aktif ditujukan untuk menjaga mobilitas anggota gerak agar tidak terjadi keterbatasan gerak (Irman Somantri, 2009).



2.2. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal, dengan melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan (Brunner, 2009).

2.2.1. Pengkajian keperawatan

Menurut Brunner (2009), pengkajian keperawatan sangat penting dalam mendeteksi pneumothoraks. Temuan subjektif berupa sesak napas, nyeri dada pada pasien mana pun disertai gejala pernapasan harus mengingatkan perawat terhadap kemungkinan pneumothoraks. Temuan objektif meliputi hipoksemia, takipnea, perkusi lambat dan penurunan suara napas. Pengkajian pernafasan selanjutnya akan mengidentifikasi manifestasi klinis pneumothoraks, nyeri tipe pleuritik, kelelahan, takipnea, penggunaan otot tambahan untuk bernapas, bradikardia, batuk dan sputum tertahan. Pada pemeriksaan thoraks sering ditemukan:

1. Inspeksi: Peningkatan usaha dan frekwensi pernafasan, serta penggunaan otot bantu pernafasan. Gerakan pernafasan ekspansi dada yang asimetris (pergerakan dada tertinggal pada sisi yang sakit).
2. Palpasi: Taktil fremitus menurun pada sisi yang sakit. Disamping itu pada palpasi juga ditemukan pergerakan dinding dada yang tertinggal pada dada yang sakit.



3. Perkusi: Suara ketok pada dinding yang sakit hipersonor sampai thympani, dan tidak bergetar.
4. Auskultasi: Suara nafas menurun sampai menghilang pada sisi yang sakit.

2.2.2. Diagnosa keperawatan

Menurut Brunner (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 biasanya berisi dua bagian yaitu deskripsi atau pengubah, fokus diagnosis, atau konsep kunci dari diagnosis.

Beberapa diagnosis yang muncul pada pasien pneumothoraks yaitu:

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan
3. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot pernafasan
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen.
6. Resiko defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan
7. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive
8. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Sekresi yang tertahan (D.0001)



2.2.3. Intervensi Keperawatan

Menurut Brunner (2009), intervensi keperawatan dari kasus pneumothoraks berupa pemantauan status pernafasan untuk mengetahui peningkatan frekwensi, penurunan, kedalaman, dispnea, atau sianosis. Melakukan auskultasi suara nafas, mengamati ekspansi kesimetrisan dada.

2.2.4. Evaluasi keperawatan

Menurut Ignatavicius (2009), evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi. Evaluasi perawatan pasien dengan pneumothoraks berdasarkan diagnosis keperawatan yang teridentifikasi dan masalah kolaboratif yang lain. Hasil yang diharapkan adalah:

1. Mencapai atau mempertahankan pertukaran gas yang memadai
2. Mempertahankan kepatenan jalan napas



BAB 3
TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Vivi Labora Malau NIM : 052024092

Unit	: St. Antonius	Tgl. Pengkajian	: 26 Maret 2025
Ruang/Kamar	: HCU	Waktu Pengkajian	: 07:00 WIB
Tgl. Masuk RS	: 26 Maret 2025	Auto Anamnese	: <input checked="" type="checkbox"/>
		Allo Anamnese	: <input type="checkbox"/>

1. 1. IDENTIFIKASI KLIEN

Nama Initial	: Tn. M
Tempat/Tgl Lahir (umur)	: 29 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Status Perkawinan	: Belum / Tidak Kawin
Agama/Suku	: Katolik/Batak Toba
Pendidikan terakhir	: SMP
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Medan Maimun
Diagnosa Medis	: Pneumothoraks
Nomor Medical Record	: 00474214
Tanggal Masuk Rumah Sakit : 26/03/2025/02.00	

Keluarga terdekat yang dapat segera dihubungi (orang tua, wali, suami, istri ,dll)

Nama	: Tn. R/Abang pasien
Pendidikan Terakhir	: SMA
Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Alamat	: Medan Maimun

II. RIWAYAT KESEHATAN



- a. Keluhan Utama : Pasien mengatakan sesak nafas 1 minggu ini dan memberat 1 hari ini saat masuk rumah sakit. Sesak bertambah saat pasien mencoba batuk dan mencoba untuk beraktivitas di rumah. Pasien mengatakan saat sesak muncul rasanya seperti berat di dada . Pasien tampak posisi orthopnoe sambil memeluk bantal. RR 40x/i, dengan NRM 12l/i, Saturasi : 90 %. Pasien tampak gelisah. Pernafasan cuping hidung dan menggunakan otot bantu pernafasan.
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Sesak napas dialami pasien 1 minggu ini dan semakin memberat pagi ini (pada saat pengajian).Saat bernafas dada terasa berat. sulit tidur
- c. Riwayat Kesehatan Dahulu : Tahun 2020 TB Paru dan pengobatan tuntas
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga : Tidak ada riwayat penyakit
- e. Riwayat Alergi : Tidak ada riwayat alergi obat maupun makanan

III. PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan Umum

- Sakit/nyeri : berat ✓

Keterangan : Keadaan umum pasien berat, pola nafas cepat dan dangkal,pasien bernafas dengan cuping hidung dan menggunakan otot bantu pernafasan , tampak meringis saat bernafas, ada keringat dingin, gelisah dan sianotik di sekitar mulut. Dada kanan tampak lebih cembung dan gerakan nafasnya tertinggal. Pada pemeriksaan auskultasi :Suara nafas tidak terdengar di dada kanan . Observasi vital sign TD (90/50 mmHg), (HR 114 -x/i), (RR 40x/i), dengan NRM 12l/i, Saturasi : 90 %. Terpasang norepinephrine 4mg/NS 50CC---3cc/jam, dan ronchi basah (+) di dada sebelah kiri, dan terdapat slem berwarna kehijauan .

- Status gizi : **normal ✓**

Keterangan: Status gizi diukur melalui % lila (lingkar lengan atas) pasien yaitu 31,2cm (gizi baik)

- Sikap : **gelisah✓ menahan nyeri ✓**



Keterangan: Pasien tampak duduk di tempat tidur sambil tidur memeluk bantal di atas meja (orthopnea).

-Personal Hygiene : **bersih ✓**

Keterangan: Pasien tampak sudah bersih dan sudah selesai dimandikan di tempat tidur .

2. Data Sistemik

a. Sistem persepsi Sensori

Pendengaran : **normal ✓**

Pengelihatan : **normal ✓**

Pengecap, penghidu : **normal ✓**

Peraba : **normal ✓**

a. Sistem Pernapasan

- Frekuensi : 40x/mnt, kualitas : **dangkal ✓ cepat ✓**

- Batuk : ya (kuat) ,Suara Nafas : **Ronchi ✓**

- Sumbatan jalan nafas : **sputum ✓**

Keterangan: Pasien mengatakan sulit bernafas dan nafas terasa berat. Pola nafas cepat dan dangkal (kusmaul), pasien bernafas dengan cuping hidung dan menggunakan otot bantu pernafasan , tampak meringis saat bernafas, ada keringat dingin, gelisah dan sianotik di sekitar mulut. Dada kanan tampak lebih cembung dan gerakan nafasnya tertinggal. Pada pemeriksaan auskultasi :Suara nafas tidak terdengar di dada kanan .Hasil thorax foto pada kedua lapang paru -paru tampak bayangan bercak yang luas dan tersebar .Paru-paru kanan tampak sebagian collap.Kesan gambaran radiologis susp proses TB Paru (military TB) dengan partial pneumothorax paru – paru kanan.

b. Sistem Kardiovaskuler

- Tekanan darah : 90/50 mmHg

- Denyut nadi : 114 x/menit, Irama : **tidak teratur ✓**



- Kekuatan : **kuat ✓**
- Akral : **hangat ✓**
- Pengisian kapiler : **>3 detik ✓**
- Edema : **tidak ada ✓**

c. Sistem Saraf Pusat

- Kesadaran : **CM ✓**
- Bicara : **normal ✓**
- Pupil : **isokor ✓**
- Orientasi waktu : **baik ✓**
- Orientasi tempat : **baik ✓**
- Orientasi orang : **baik ✓**

d. Sistem Gastrointestinal

Nafsu makan : menurun ✓

Keterangan: Makanan yang disajikan tidak selalu habis 1 porsi, terkadang hanya $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ porsi dan pasien tampak kurang selera makan. Diet yang disajikan diet M-II. Pasien masih mampu menghabiskan makanan extra yang disediakan dari rumah sakit (juice dan snack)

- Mulut dan tenggorokan : **normal ✓**
- Kemampuan Mengunyah : **normal ✓**
- Kemampuan Menelan : **normal ✓**
- Perut : **normal ✓**
- Colon dan rectum : **BAB : normal ✓**

Keterangan : Pasien sudah BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek, warna kuning, dan menggunakan pampers.

e. Sistem Muskuloskeletal

- Rentang gerak : **Terbatas ✓**



-Keseimbangan dan cara jalan : Tidak dilakukan pengakjian karena pasien bed rest

-Kemampuan memenuhi aktifitas sehari-hari : Dibantu sepenuhnya ✓

Keterangan: Seluruh aktivitas dibantu sepenuhnya oleh perawat.. Pasien mengatakan sesak saat mencoba miring ke kiri/kanan.

f. Sistem Integumen

Warna kulit : sianosis ✓

Turgor : baik ✓

Luka : Tidak ada ✓

Memar : Tidak ada ✓

Kemerahan : Tidak ada ✓

g. Sistem Reproduksi

Tidak dilakukan pengakjian

h. Sistem perkemihan :

Terpasang Folley Cateter No.18 Output (Urine) : 2100 cc / 24 jam.

IV. DATA PENUNJANG

a. Thoraks Photo

Pada kedua lapangan paru-paru tampak bayangan bercak yang luas dan tersebar. Paru-paru kanan tampak sebagian collaps. Kesan gambaran radiologis suspect proses TB Paru (military TB) dengan partial



pneumothorax paru-paru kanan .

b. Darah Rutin

Leukosit : 12.800 mm3

Hb : 14,1 mg/dl

HCT : 40,6 %

PLT : 291.000 mm3

LED : 12

Neutrofil : 84

c. Hasil AGDA

Ph : 7,527

PCO2 : 32,9 mmHg

PO2 : 80,8 mmHg

HCO3 : 27,6 mmol/L

Be : 4,6 mmol/L

SO2 : 97%

d. Hasil Kultur TCM Sputum Dan EKG

Positif TB Paru ,Sinus Rytme

TERAPI YANG DIBERIKAN

OBAT/TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/ MANFAAT
RingerLactat	Infus	20tpm	Pemenuhan cairan



Meropenen	Antibiotik	1gram/8jam	Pencegahan Infeksi berat
Streptomycin	Antibiotik Aminolikosida	750mg/24jam	Pengobatan multi TBParu
Methylprednisolone	Kortikosteroid	62,5/8 jam	Anti inflamasi
Salbutamol nebus	Betaadrenergic agonis	1amp/8jam	Merilekskan otot polosbronchus
Pulmicort nebus	Kortikosteroid	1amp/12jam	Anti inflamasi
Ephylin	Broncodilator	125mg/24jam	Merilekskan otot pernafasan
INH400mg	AntibiotikTB	1tablet/24jam	Mengobati infeksi TB Paru
Ryfamfincin450mg	Antibiotik spektrumluas	tablet/24jam	Mengobati infeksi Akibat bakteri
Ethambutol	Antibiotik	2tablet/24jam	Anti tuberculosis
Ketorolac	Anti Nyeri	1amp/8jam	Mengurangi rasa sakit

V.PENGKAJIAN MASALAH PSIKOSOSIAL BUDAYA DAN

SPIRITAL

PSIKOLOGIS

Perasaan klien setelah mengalami masalah ini adalah merasa sedih



Cara mengatasi perasaan tersebut berdoa
Rencana klien setelah masalahnya terselesaikan mulai pola hidup sehat
Jika rencana ini tidak dapat dilaksanakan berusaha selalu
Pengetahuan klien tentang masalah/penyakit yang ada kurang mengetahui

SOSIAL

Aktifitas atau peran klien masyarakat adalah jarang mengikuti sosialisasi
Kebiasaan lingkungan yang tidak disukai adalah tidak ada
Cara mengatasinya tidak ada
Pandangan klien tentang aktifitas sosial di lingkungannya biasa saja

BUDAYA

Budaya yang diikuti klien adalah budaya batak toba Keberatannya dalam mengikuti budaya tersebut adalah tidak ada Cara mengatasi beratan tersebut adalah tidak ada

SPIRITAL

Aktifitas ibadah yang bisa lakukan sehari-hari adalah doa di tempat tidur
Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan adalah tidak ada
Aktifitas ibadah yang sekarang tidak dapat dilaksanakan adalah sholat
Perasaan klien akibat tidak dapat melaksanakan hal tersebut tidak nyaman
Upaya klien mengatasi perasaan tersebut berdoa di tempat tidur
Apa kenyakinan tentang peristiwa/masalah kesehatan yang sekarang sedang dialami percaya bahwa keadaan nya akan semakin baik.

ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn.M/ 29 tahun

Ruang/Kamar : St.Antonius / HCU



D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
Pasien mengeluh sesak napas, batuk berdahak dan sulit dikeluarkan .	1. terdapat slem berwarna kehijauan . 2. batuk berdahak dan sulit dikeluarkan 3. Bunyi nafas ronki di paru kiri 4. Sianosis sekitar mulut 5. Orthopnea 6. RR: 40x/i 7. SO2 :90%	Sekresi yang tertahan	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)
Pasien mengatakan sesak nafas dan terasa berat	- Klien tampak sesak nafas -Pola nafas cepat dangkal (kusmaul) -Dada kanan tampak lebih cembung -Gerakan dada kanan tertinggal saat bernafas -Auskultasi :Suara nafas tidak terdengar di dada kanan -Pernafasan cuping hidung dan menggunakan otot bantu nafas. -Orthopnea - RR: 40x/i - SO2 :90%	Penurunan ekspansi paru	Pola nafas tidak efektif (D.0005)



	<p>-Hasil thorax foto Pada kedua lapangan paru-paru tampak bayangan bercak yang luas dan tersebar. Paru-paru kanan tampak sebagian collaps. Kesan gambaran radiologis suspect proses TB Paru (military TB) dengan partial pneumothorax paru-paru kanan .</p>		
Pasien mengatakan sesak nafas	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien bernafas menggunakan otot bantu pernafasan2. PCO₂ : 32,9 mmHg3. PO₂ : 80,8 mmHg4. SO₂ : 90 %5. HR : 114	Kelemahan Otot Pernafasan	Gangguan Ventilasi Spontan (D.0004)
Pasien mengatakan sesak saat mencoba miring ke kiri/kanan	<ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak kelelahan dan lebih sering tidur dalam posisi duduk sambil memeluk bantal- Aktivitas sepenuhnya dibantu perawat	Ketidakseimbangan antara syplay oksigen dengan kebutuhan	Intoleransi Aktivitas (D.0056)



	<ul style="list-style-type: none">- Sianosis sekitar mulut- (HR 114 -x/i),- (RR 40x/i) <p>PCO2: 32,9 mmHg PO2 : 80,8 mmHg SO2 : 90 %</p>		
--	--	--	--

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn M / 29 Tahun

Ruang/Kamar : St. Antonius / HCU

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Gangguan Ventilasi Spontan b/d kelemahan otot pernafasan ditandai dengan Pasien bernafas menggunakan otot bantu pernafasan ,PCO ₂ : 32,9 mmHg, PO ₂ : 80,8 mmHg, HCO ₃ :27,6 mmol/L,SO ₂ : 97%,Pasien gelisah ,HR : 114	Vivi
2	Pola nafas tidak efektif b/d Penurunan ekspansi paru ditandai dengan pola nafas abnormal cepat-dangkal dan penggunaan otot bantupernafasan (D.0005)	Vivi
3	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b/d Sekresi yang tertahan (D.0001),ditandai dengan slem ada kental dan kehijauan ,sulit dibatukkan	Vivi
4	Intoleransi Aktivitas b/d Ketidakseimbangan antara suplay dengan kebutuhan oksigen ditandai dengan dispnea saat beraktivitas dansianosi (D.0056)	Vivi



PRIORITAS MASALAH

Nama/Umur : Tn M / 29 Tahun

Ruang/Kamar : St. Antonius / HCU

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Nama jelas
1.	26 Maret 2025	Gangguan Ventilasi Spontan b/d kelemahan otot pernafasan (D.0004)	Vivi
2	26 Maret 2025	Pola nafas tidak efektif b/d Penurunan ekspansi paru (D.0005)	Vivi
3	26 Maret 2025	Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d Sekresi yang tertahan (D.0001),	Vivi
4	26 Maret 2025	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Vivi
5	27 Maret 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Vivi



RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn M / 29 Tahun
Ruang/Kamar : St. Antonius / HCU

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan
1.	Gangguan Ventilasi Spontan b/d kelemahan otot pernafasan (D.0004)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pertukaran Gas (L.01003) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Dispne menurun 2. Bunyi nafas tambahan menurun 3. PCO ₂ membaik 4. PO ₂ membaik	Dukungan Ventilasi (I.0201) Observasi 1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan 3. Monitor status respirasi dan oksigenisasi (mis: frek & kedalaman nafas, penggunaan otot bantu nafas , bunyi nafas tambahan dan saturasi oksigen) Terapeutik 4. Berikan posisi semi fowler atau fowler Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin. 5. Berikan oksigen sesuai kebutuhan Edukasi 6. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian bronchodilator jika perlu.



2.	Pola nafas tidak efektif b/d Penurunan ekspansi paru (D.0005)	Dalam 3x24 jam diharapkan pola nafas efektif dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Ventilasi semenit meningkat (5)2. Kapasitas vital meningkat (5)3. Tekanan ekspirasi-inspirasi meningkat (5)4. Dispnea menurun (5)5. Penggunaan otot bantu nafas menurun (5)6. Cuping hidung menurun(5)7. Frekwensi nafas membaik (5) Kedalaman nafas membaik(5)	Pemantauan Respirasi (I.01014) OBSERVASI <ol style="list-style-type: none">1. Monitor frekwensi, ira ma, kedalam an, upaya nafas2. Monitor pola nafas dan sturasi oksigen3. Monitor kemampuan batuk4. Monitor produksi sputum5. Auskultasi bunyi nafas6. Monitor SO27. Monitor AGDA8. Monitor X-Ray Thorax Terapeutik 1) Dokumentasikan hasil pemantauan
3.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 Jam, diharapkan	Latihan Batuk Efektif (I.01006) Observasi 1. Identifikasi kemampuan



	sekresi yang tertahan (D.0001)	bersihkan jalan nafas (L.01001) membaik, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Batuk efektif meningkat2. Produksi sputum menurun3. Suara napas ronkhi menurun4. Frekuensi nafas membaik	batuk Terapeutik <ol style="list-style-type: none">2. Monitor adanya retensi sputum3. Atur posisi semi- fowler dan fowler4. Buang sekret pada tempat sputum Edukasi <ol style="list-style-type: none">5. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Kolaborasi <ol style="list-style-type: none">6. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu
4.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Toleransi Aktivitas (L.05047) meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Keluhan lelah menurun2. Dispnea sa bgx at aktivitas menurun3. Dispnea setelah aktivitas menurun	Manejemen energi (I.05178) Observasi <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan2. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik <ol style="list-style-type: none">3. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya , suara, kunjungan).4. Anjurkan tirah baring5. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang



			Kolaborasi 6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kontrol nyeri(L.08063) meningkat dengan kriteria hasil : 1.Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2.Kemampuan mengenal onset nyeri meningkat 3.Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.Identifikasi lokasi ,karakteristik ,durasi ,frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 2.Identifikasi skala nyeri 3.Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik 1.Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2.Fasilitasi untuk istirahat dan tidur Edukasi 1.Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 1.Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu



PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn M/ 29 Tahun

Ruang/Kamar : St. Antonius / HCU

Tgl/Jam	No DP	Implementasi	Respon	TT
26/03 /2025 07.30	1,2,3, 4,	Membina hubungan saling percaya dan mengkaji keadaan umum pasien Tn. M monitoring tanda-tanda vital TD: 100/80 mmHg, SpO2: 90% HR: 114 x/mnt RR: 26 x/mnt T: 36°C tampak pasien sesak terpasang O2 NRM 15 L/i, posisi fowler, dan menggunakan otot bantu napas.	Pasien mengatakan masih sesak dan mudah lelah	Vivi
08.00	1,3	Memonitor adanya retensi sputum, ada sputum dan sulit dikeluarkan Kolaborasi dalam pemberian therapy bronchodilator dan expectorant (salbutamol nebulizer, Pulmicort Nebus) untuk mengencerkan dahak	Pasien mengatakan biasanya lebih enakan setelah diuap	Vivi
08.50	1	Memonitor bunyi napas tambahan adanya suara napas ronkhi. Dan Mengajarkan pasien untuk batuk efektif.	Pasien mengatakan masih sesak, terdapat suara napas tambahan berupa ronkhi	Vivi
09.00	1,2	Memposisikan posisi Orthopnoe	Pasien mengatakan nyaman	Vivi



			dengan posisinya	
09.20	1	Memonitor hasil AGDA	Hasil AGDA Ph : 7,527 PCO2 : 32,9 PO2 : 80,8 HCO3: 27,6 Be : 4,6 SO2 : 90%	Vivi
09.40	1	Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas	Pasien tampak masih sesak dan menggunakan otot bantu pernafasan	vivi
10.00	1,2	Monitor frekwensi, irama, kedalam an, upaya nafas Monitor pola nafas dan sturasi oksigen TD: 100/60 mmHg, SpO2: 92% HR: 112 x/mnt RR: 26 x/mnt T: 36.5C tampak pasien sesak terpasang O2 NRM 15 L/i, posisi orthopnoe, dan menggunakan otot bantu napas.	Pasien mengatakan sesak masih ada	vivi
10.20	4	Monitor kelelahan/ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas. Menyediakan lingkungan yang nyaman	Pasien mengatakan masih mudah Lelah saat miring kana dan kiri	Vivi
11.30	3	Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif	Pasien mengatakan	Vivi



		<p>Menanjurkan Tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik ,ditahan selama 2 detik ,kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik .</p> <p>Menganjurkan mengulangi Tarik nafas dalam hingga 3 kali</p> <p>Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik nafas dalam yang ke 3.</p> <p>Memonitor kemampuan batuk.Memonitor produksi sputum</p>	<p>lebih mudah mengeluarkan dahak dengan cara seperti yang diajarkan</p> <p>Pasien tampak sudah mampu membantkan dahak</p> <p>Sputum masih berwarna kehijauan</p>	
12.30	1,2,3	<p>Monitor produksi sputum.Palpasi kesimetrisan ekspansi paru.Auskultasi bunyi nafas</p> <p>Monitor SO2. Memberikan oksigenisasi sesuai kebutuhan (mis nasal kanul, masker wajah , masker reabreting dan non reabreting)</p>	<p>Sputum masih ada berwarna hijau ,Bunyi nafas ronki di paru kiri .Terpasang Reabreting Mask 10 L/i</p>	Vivi
13.50	4	Menganjurkan tirah baring dan tidak melalukan aktivitas berlebihan .	<p>Pasien mencoba latihan miring ke kanan dan ke kiri</p> <p>Pasien mengatkan</p>	Vivi



			masih sesak	
--	--	--	-------------	--

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Tanggal / Jam	NO DP	Implementasi	Rasional	TT
27/03 /2025 07.30	1,2,3, 4	Membina hubungan saling percaya dan mengkaji keadaan umum pasien Tn. A monitoring tanda-tanda vital pasien dengan TD: 110/70 mmHg, SpO2: 93% HR: 112 x/mnt RR: 26 x/mnt T: 36'3C tampak sesak sudah berkurang 02 6 L/i, posisi pasien semi fowler, dan menggunakan otot bantu napas sudah menurun	Pasien mengatakan sesak masih ada tapi sudah lebih berkurang	Vivi
08.00	1,3	Memonitor adanya retensi sputum, ada sputum dan sulit dikeluarkan Kolaborasi dalam pemberian bronchodilator dan expectorant (salbutamol nebulizer, Pulmicort Nebus) untuk mengencerkan dahak	Pasien sudah diuap dan slem banyak	Vivi
09.00	1	Memonitor bunyi napas tambahan adanya suara napas ronkhi. Dan Mengajarkan pasien untuk batuk efektif.	Pasien mengatakan sesak berkurang, terdapat suara napas tambahan berupa ronkhi	Vivi
09.35	1,4	-Memposisikan posisi orthopnoe -Visite Bersama dr Stephen dan sudah melakukan pemasangan WSD di paru sebelah kanan. Pasien	Terpasang WSD dengan baik di dada kana.	Vivi



		tampak meringis kesakitan selesesi pemasangan.		
10.00	1,2	Monitor frekwensi, ira ma, kedalam an, upaya nafas Monitor pola nafas dan sturasi oksigen TD: 110/70 mmHg, SpO2: 95% HR: 105 x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36.5C tampak pasien sesak terpasang O2 NRM 15 L/i, posisi fowler, dan menggunakan otot bantu napas.	Pasien mengatakan sesak sudah lebih berkurang Pasien tampak lebih rileks	Vivi
11.00	3	Menjelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif Menanjurkan Tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik ,ditahan selama 2 detik ,kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik . Menganjurkan mengulangi Tarik nafas dalam hingga 3 kali Menganjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik nafas dalam yang ke 3. Memonitor kemampuan batuk.Memonitor produksi sputum	Pasien sudah mampu melakukan batuk efektif dengan baik.Pasien mengatakan dahak sudah mudah untuk dibatukkan	Vivi
12.00	1,2	Monitor frekwensi, ira ma, kedalam an, upaya nafas Monitor pola nafas dan sturasi oksigen TD: 100/80 mmHg, SpO2: 98% HR: 99 x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36.6C tampak sesak sudah berkurang ,terpasang O2 NRM 15 L/i, posisi semi fowler, dan penggunaan otot bantu nafas sudah berkurang .	Pasien tampak lebih rileks dan istirahat	Vivi



		Tampak terpasang WSD di dada sebelah kanan		
Tanggal / Jam	NO DP	Implementasi	Rasional	TT
28/03 /2025 07.30	1,2,3, 4	<p>Membina hubungan saling percaya dan mengkaji keadaan umum pasien Tn. M monitoring tanda-tanda vital pasien dengan</p> <p>TD: 120/70 mmHg, SpO2: 97% HR: 84x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36'3C</p> <p>tampak sesak sudah berkurang 02 6 L/i, posisi pasien semi fowler, dan menggunakan otot bantu napas sudah menurun.</p> <p>WSD di paru kanan terpasang dengan baik .Pasien mengatakan masih ada nyeri pada post pemasangan WSD.Nyeri timbul saat pasien coba menggerakkan badan.Nyeri seperti tertarik .Skala nyeri 5.Nyeri di daerah pemasangan WSD . Nyeri hilang timbul</p>	Pasien mengatakan sesak sudah jauh lebih berkurang	Vivi
08.00	1,3	<p>Memonitor adanya retensi sputum, ada sputum dan sulit dikeluarkan</p> <p>Kolaborasi dalam pemberian bronchodilator dan expectorant (salbutamol nebulizer ,Pulmicort Nebus)</p> <p>untuk mengencerkan dahak</p>	Sputum sudah berkurang	Vivi



08.30	1,2,3	Memonitor bunyi napas tambahan adanya suara napas ronkhi. Dan Mengajarkan pasien untuk batuk efektif. pasien mampu melakukan batuk efektif dan ada sputum saat batuk di pot sputum warna putih.	Pasien mengatakan sudah mampu melakukan batuk efektif	Vivi
•	1,4	Memposisikan posisi semi fowler Memantau luka bekas pemasangan WSD, luka tampak bersih dan tidak ada pus. Luka belum dirawat. Menganjurkan pasien untuk istirahat.	Pasien tampak istirahat .Terpasang Nasal Canul 5 L/I	Vivi
10.00	1,2,3, 4	Monitor frekwensi, ira ma, kedalam an, upaya nafas Monitor pola nafas dan sturasi oksigen TD: 110/80 mmHg, SpO2: 99% HR: 92 x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36.5C, posisi semi fowler. Kolaborasi pemberian anti nyeri (ketorolac 1 amp)	Pasien mengatakan sesak berkurang .Penggunaan otot bantu nafas tidak ada .WSD terpasang dengan baik	Vivi
11.00	4	Monitor kelelahan/ke tidaknyamanan saat melakukan aktivitas .Lakukan Latihan rentang gerak pasif/aktif	Pasien mengatakan sudah lebih baikan .Pasien mengatakan sudah lebih kuat tidur posisi stengah	Vivi



			duduk.Sudah mampu miring kiri kanan.Pasien sudah mampu tidur pulas	
12.00	1,2,3	Monitor,frekwensi,ira ma,kedalam an,upaya nafas ,Monitor pola nafas dan sturasi oksigen,Monitor kemampuan batuk,Monitor produksi sputum,Auskultasi bunyi nafas,Monitor SO2,Monitor AGDA. TD: 110/80 mmHg, SpO2: 99% HR: 84x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36'3C.Pola nafas tidak menggunakan otot bantu lagi ,Produksi sputum berkurang .Bunyi nafas vesikuler di kedua lapang paru . Hasil AGDA terbaru : PH :7,417 ,PCO2:37,4,PO2 :88,5,HCO3:24,3,SO2:97,0	Pasien mengatakan sesak berkurang jauh	Vivi
13.45	1,2,3,4	Monitor X-Ray Thorax Hasil Thorax Foto Terbaru : Pada kedua lapangan paru-paru tampak bayangan bercak halus yang tersebar .Paru-paru kanan sudah tampak mengembang,tampak throx drain kanan terpasang.Kesan gambaran radiologis suspect miliari	Pasien tampak rileks	Vivi



		TB ,paru-paru kanan sudah tampak mengembang,post drain kanan		
--	--	--	--	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn M/ 29 Tahun

Ruang/Kamar : St. Antonius / HCU

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
DP: I	S:Pasien mengatakan masih sesak O: - Tampak masih sesak	V
26 Maret 2025	-Pola nafas cepat dan dangkal -Menggunakan otot bantu pernafasan	I
Jam 14.00 WIB	-Suara tambahan ronki di paru kanan -Klien masih gelisah -Posisi Orthopnoe - Slem hijau dan kental dan mampu dibatukkan -Hasil AGDA Ph : 7,527 PCO2 : 32,9 mmHg PO2 : 80,8 mmHg HCO3: 27,6 mmol/L Be : 4,6 mmol/L SO2 : 97%	V
		I



	<p>TD: 100/60 mmHg, SpO2: 92% HR: 112 x/mnt RR: 26 x/mnt T: 36.5C tampak pasien sesak terpasang 02 NRM 15 L/i,</p> <p>A: Gangguan Ventilasi Spontan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas- Monitor status respirasi dan oksigenisasi- Berikan posisi semi fowler/fowler- Berikan oksigenisasi sesuai kebutuhan- Ajarkan batuk efektif- Kolaborasi pemberian bronkodilator jika perlu	
DP 2 26 Maret 2025 14.00	<p>S : Pasien mengatakan sesak nafas dan terasa berat</p> <p>O : -Klien tampak sesak nafas</p> <ul style="list-style-type: none">-Pola nafas cepat dangkal (kusmaul)-Gelisah dan cyanotic disekitar mulut-Dada kanan tampak lebih cembung-Gerakan dada kanan tertinggal saat bernafas-Auskultasi :Suara nafas tidak terdengar di dada kanan- Pernafasan cuping hidung dan menggunakan otot bantu nafas.- Ortopnea- TD: 100/60 mmHg, SpO2: 92% HR: 112 x/mnt RR: 26 x/mnt T: 36.5C tampak pasien sesak terpasang 02 NRM 15 L/i, <p>A : Pola Nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor frekwensi, ira ma, kedalam an, upaya nafas- Monitor pola nafas dan sturasi oksigen- Monitor kemampuan batuk- Monitor produksi sputum	V I V I



	<ul style="list-style-type: none">-Auskultasi bunyi nafas-Monitor SO2		
DP 3 14.00	<p>S : Pasien ada batuk berdahak dan sulit dikeluarkan</p> <p>O :- Tampak pasien sesak dan menggunakan NRM 15 L/i</p> <ul style="list-style-type: none">- Penggunaan otot bantu pernapasan- Ronkhi (+).- Observasi TD: 100/60 mmHg, SpO2: 92% HR: 112 x/mnt RR: 26 x/mnt T: 36.5C Posisi fowler- Batuk masih ada dan slem berwarna hijau <p>A : Bersihkan jalan napas tidak efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)- Ajarkan batuk efektif- Kolaborasi pemebrihan oksigen	V	I
DP 4 14.00	<p>S : Pasien mengatakan sesak dan mudah lelah</p> <p>O : Keadaan umum: Lemah</p> <ul style="list-style-type: none">- Posisi Orthopnoe- TD: 100/60 mmHg, SpO2: 92% HR: 112 x/mnt RR: 26 x/mnt T: 36.5C- Pasien tampak sesak ketika merubah posisi- Aktifitas pasien tampak dibantu oleh perawat <p>A : Intoleransi aktivitas</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan tirah baring- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan	V	I



	gejala kelelahan tidak berkurang		
DP I 27 Mar 2025 14.00	S:Pasien mengatakan masih sesak ,tapi sudah berkurang O: - Tampak lebih rileks -Pola nafas normal -Penggunaan otot bantu pernafasan berkurang -Posisi semi Orthopnoe - Slem hijau dan kental dan mampu dibatukkan dan berkurang -TD: 100/80 mmHg, SpO2: 98% HR: 99 x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36.6C tampak sesak sudah berkurang ,terpasang 02 NRM 15 L/i, A:Gangguan Ventilasi Spontan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi keperawatan - Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas - Monitor status respirasi dan oksigenisasi -Berikan posisi semi fowler/fowler -Berikan oksigenisasi sesuai kebutuhan -Ajarkan batuk efektif -Kolaborasi pemberian bronkodilator jika perlu	V I V I	
DP 2 14.00	S : Pasien mengatakan sesak nafas berkurang O :-Pasien lebih rileks dan sesak berkurang - pola nafas normal -Dada kanan dan kiri sudah simetris -Auskultasi :Suara nafas terdengar di dada kanan - Penggunaan otot bantu nafas berkurang	V I V I	



	<p>-TD: 100/80 mmHg, SpO2: 98% HR: 99 x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36.6C</p> <p>- Wajah meringis</p> <p>- Skala nyeri 5</p> <p>A : Pola Nafas tidak efektif teratasi sebagaimana Post pemasangan WSD pasien mengeluh nyeri</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor frekwensi, ira ma, kedalam an, upaya nafas- Monitor pola nafas dan sturasi oksigen- Monitor kemampuan batuk- Monitor produksi sputum- Auskultasi bunyi nafas- Monitor SO21.- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri- Identifikasi skala nyeri- Identifikasi respon nyeri non verbal- Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri- Fasilitasi untuk istirahat dan tidur- Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu	<p>V</p> <p>I</p> <p>V</p> <p>I</p>
DP 3 14.00	<p>S : Pasien mengatakan batuk dan dahak masih ada</p> <p>O :- Tampak pasien sesak tapi sudah berkurang</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mampu batuk efektif- Ronkhi (+).- Observasi TD: 100/80 mmHg, SpO2: 98% HR: 99 x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36.6C- Posisi semi fowler/fowler- Batuk ada dan slem berkurang <p>A : Bersihan jalan napas tidak efektif</p>	<p>V</p> <p>I</p> <p>V</p> <p>I</p>



	<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)- Ajarkan batuk efektif- Kolaborasi pemebrihan oksigen	
DP 4 14.00	<p>S : Pasien mengatakan sesak berkurang dan mudah lelah</p> <p>O : - Pasien mampu miring kiri kanan</p> <ul style="list-style-type: none">- Posisi orthopnoe ,sesekali fowler hingga semi fowler- Observasi TD: 100/80 mmHg, SpO2: 98% HR: 99 x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36.6C- Wajah rileks- Pasien sudah mampu istirahat <p>A : Intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif- Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan- Evaluasi kemampuan dalam melakukan aktivitas	V I V I
28/03/2025 DP 1 14.00	<p>S:Pasien mengatakan sesak sudah jauh berkurang</p> <p>O: - Tampak lebih rileks</p> <ul style="list-style-type: none">-Pola nafas normal-Penggunaan otot bantu pernafasan tidak ada lagi-Posisi semi fowler <p>- TD: 110/80 mmHg, SpO2: 99% HR: 84x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36'3C.Pola nafas tidak menggunakan</p>	V I V I



	<p>otot bantu lagi ,Produksi sputum berkurang .Bunyi nafas vesikuler di kedua lapang paru .</p> <ul style="list-style-type: none">- Hasil AGDA terbaru : PH :7,417 ,PCO2:37,4,PO2 :88,5,HCO3:24,3,SO2:97,0 <p>A:Gangguan Ventilasi Spontan sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi keperawatan</p>	
DP 2 14.00	<p>- Monitor status respirasi dan oksigenisasi</p> <p>S : Pasien mengatakan sesak nafas berkurang</p> <p>O :-Pasien lebih rileks dan sesak berkurang</p> <ul style="list-style-type: none">- pola nafas normal <p>-Dada kanan dan kiri sudah simetris</p> <p>-Auskultasi :Suara nafas terdengar di dada kanan</p> <ul style="list-style-type: none">- Penggunaan otot bantu nafas tidak ada lagi <ul style="list-style-type: none">- TD: 110/80 mmHg, SpO2: 99% HR: 84x/mnt RR: 24 x/mnt T: 36'3C <ul style="list-style-type: none">- Hasil Thorax Foto Terbaru : Pada kedua lapangan paru-paru tampak bayangan bercak halus yang tersebar .Paru-paru kanan sudah tampak mengembang,tampak thorx drain kanan terpasang.Kesan gambaran radiologis suspect miliar TB ,paru-paru kanan sudah tampak mengembang,post drain kanan <p>A : Pola Nafas tidak efektif teratas sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor frekwensi,ira ma,kedalam an,upaya nafas-Monitor pola nafas dan sturasi oksigen-Monitor SO2	V I V I
DP 3 14.00	<p>S : Pasien mengatakan batuk dan dahak masih ada</p> <p>O : -Penggunaan otot bantu pernapasan tidak ada lagi</p>	



	<ul style="list-style-type: none">- Ronkhi berkurang- Observasi TD: 120/70 mmHg T/P: 36C/82 x/mnt RR: 22x/mnt SpO2: 99%- Posisi semi fowler- Batuk sesekali dan dahak berkurang <p>A : bersihkan jalan napas tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)- Ajarkan batuk efektif <p>- Kolaborasi pemberian oksigen</p>	V I V I
DP 4 14.00	<p>S : Pasien mengatakan mampu merubah posisi duduk</p> <p>O : - Posisi semi fowler/fowler</p> <ul style="list-style-type: none">- Observasi Observasi TD: 120/70 mmHg T/P: 36C/82 x/mnt RR: 22x/mnt SpO2: 99%- Pasien tampak sduah dapat merubah posisi- Aktifitas pasien bertahap di tempat tidur <p>A : Intoleransi aktivitas</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif- Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan- Evaluasi kemampuan dalam melakukan aktivitas	
DP 5 14.00		



S: Pasien mengatakan nyeri pada bekas pemasangan WSD masih ada , Pasien mengatakan masih ada nyeri pada post pemasangan WSD.Nyeri timbul saat pasien coba menggerakkan badan.Nyeri seperti tertarik .Skala nyeri 5.

O: - Wajah meringis

- Skala nyeri 5
- Pasien tampak gelisah
- HR : 99
- Terpasang WSD di paru kanan

A: Nyeri belum teratasi

P : -Identifikasi lokasi ,karakteristik ,durasi ,frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri

- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal
- Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri
- Fasilitasi untuk istirahat dan tidur
- Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu



BAB 4 PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas kesinambungan antara teori dengan kasus asuhan keperawatan pada Tn. M dengan Pneumothorax di ruangan Intensif RS St Elisabeth Medan yang telah dilakukan pada 28 Maret 2025 – 28 Maret 2023. Dimana pembahasan ini sesuai dengan tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kasus ini dilakukan pada tanggal 28 Maret 2025 Jam 07.30 WIB. Hasil dari pengkajian tersebut sebagai berikut: Tn. M berusia 29 Tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan karyawan swasta, dengan diagnosa medis Pneumothorax dan pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan data keluhan Sesak nafas sudah 1 minggu dan memberat 1 hari terakhir, dahak susah dikeluarkan mudah lelah dan terdapat sputum berwarna kehijauan, berbau dan sulit dikeluarkan dan dengan riwayat penyakit terdahulu perokok 1-2 bungkus sehari dan riwayat TB paru tahun 2020.

Pengkajian ini sama dengan penelitian (Syahril & Apriza, 2024) dimana gejala umum pada penderita Pneumothorax ada gejala sistemik yang ditandai dengan dan kelelahan dan gejala respiratorik adanya batuk, sesak nafas, nyeri dan batuk berdahak. Hal ini sama dengan tanda dan gejala yang ada pada Tn. M. Dalam penelitian (Mataputum, 2024) juga didapatkan pada Pneumothorax adanya batuk produktif, berdahak berwarna bening, putih, abu kekuningan atau hijau,



sesak napas, terutama saat beraktivitas fisik, dan menurut penelitian yang dilakukan oleh (Manullang et al., 2023) mengatakan bahwa laki-laki lebih beresiko terkena Pneumothorax dari pada wanita terkait dengan kebiasaan aktivitas dan kebiasaan merokok.

Penulis berasumsi bahwa dari pengkajian yang dilakukan kepada pasien dan berdasarkan teori dari penelitian yang telah dilakukan bahwa ditemukan adanya kesamaan terkait dengan ciri-ciri pasien pada Pneumothorax. Tidak ditemukan adanya perbedaan terkait keluhan utama pada pasien Pneumothorax.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh dari pasien Tn. M dengan keluhan sesak napas terpasang NRM 10ltr/mnt, disertai batuk warna putih sulit dikeluarkan adanya penggunaan otot bantu nafas, pernafasan cuping hidung, sianosis sekitar mulut, pernafasan cepat dan dangkal. Pola nafas orthopnoe, RR: 26x/mnt, bunyi nafas ronkhi (+) di paru kanan, Ph: 7,527, PCO2: 32,9 mmHg, PO2: 80,8 mmHg, HCO3: 27,6 mmol/L, SO2: 90%. Pasien mengatakan mudah merasa lelah dan sesak semakin memberat jika melakukan aktivitas ringan. Pasien tampak sesak ketika merubah posisi dan aktifitas makan minum BAK dan BAB pasien tampak di bantu oleh perawat ditempat tidur, posisi pasien orthopnoe dan pasien tampak berbaring lemah dan didukung data penunjang seperti hasil laboratorium, thorax, dan spirometri dan terdapat 4 diagnosa yang muncul :

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru



3. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Berdasarkan penelitian (Strellitzia, 2022) diagnosis yang mungkin muncul pada pasien Pneumothorax yaitu:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan secret yang berlebihan
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penggunaan otot bantu napas
3. Resiko infeksi yang berhubungan dengan tindakan invasif sekunder pemasangan selang WSD.
4. Nyeri akut berhubungan dengan luka Jahitan akibat tindakan invasif pemasangan selang WSD.
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen .

Sementara berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Asnidar, 2023), untuk diagnose yang mungkin muncul pada kasus Pneumothorax yaitu :

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan gangguan ekspansi paru
2. Nyeri akut yang berhubungan dengan trauma jaringan
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan trauma mekanik terpasang bullow drainage / WSD.



Penulis berasumsi berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien Tn.M dari diagnosa ditemukan di teori dan yang ditemukan di lapangan ada yang tidak di angkat pada kasus yaitu nyeri, ganggu integritas kulit dan resiko infeksi. Diganosa tersebut biasanya muncul ketika pasien dilakukan tindakan invasive pemasangan WSD. Pasien tidak segera dilakukan pemasangan WSD karena tidak ditemukan kegawaatan pernafasan yang harus segera ditindaklanjuti. Pada hari ke dua masalah nyeri diangkat setelah prosedur pemasangan WSD. Dimana setelah prosedur pemasangan WSD pasien mengeluh nyeri di lokasi pemasangan yang timbul saat pasien bergerak. Nyeri bersifat hilang timbul dan skala nyeri 5.

4.3. Intervensi Keperawatan

Dalam kasus pasien dengan Pneumothorax ini penulis sudah membuat intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI dan salah satu diagnosa yang diangkat seperti diagnosa Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot pernafasan dengan intervensi keperawatan dukungan ventilasi (I.01002) dimana pada perencanaan ini ada beberapa yang menjadi strategi pelaksanaan yaitu monitor status respirasi dan oksigenasi, berikan posisi semi fowler, berikan oksigen sesuai kebutuhan, ajarkan teknik batuk efektif serta kolaborasi pemberian bronchodilator jika perlu dan perencanaan ini bertujuan agar pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : dispnea menurun, bunyi nafas tambahan menurun, PCO₂ dan PO₂ membaik (PPNI, 2018).

Diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru dengan intervensi keperawatan pemantauan respirasi dimana pada



perencanaan ini ada beberapa yang menjadi menjadi strategi pelaksanaan yaitu monitor status respirasi dan oksigenasi, berikan posisi semi fowler, jelaskan tujuan prosedur batuk efektif dan kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspetoran jika perlu dan perencanaan ini bertujuan agar bersih jalan nafas membaik dengan kriteria hasil: pola nafas cukup membaik, dan frekuensi nafas cukup membaik (PPNI, 2018).

Diagnosa bersih jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dengan intervensi keperawatan latihan batuk efektif (01006) dimana pada perencanaan ini ada beberapa yang menjadi strategi pelaksanaan yaitu identifikasi kemampuan batuk, atur posisi semi fowler dan fowler, jelaskan tujuan prosedur batuk efektif dan kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspetoran jika perlu dan perencanaan ini bertujuan agar bersih jalan nafas membaik dengan kriteria hasil: batuk efektif cukup membaik, produksi sputum cukup membaik, dan frekuensi nafas cukup membaik (PPNI, 2018).

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan intervensi keperawatan terapi aktivitas (I.05186) dimana pada perencanaan ini ada beberapa yang menjadi strategi pelaksanaan yaitu identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu, libatkan keluarga dalam aktivitas, jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari jika perlu dan ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih dan perencanaan ini bertujuan agar toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat, keluhan lelah berkurang, dispnea saat dan setelah aktivitas berkurang serta frekuensi pernapasan membaik.



Menurut asumsi penulis bahwa tidak terdapat perbedaan perencanaan tindakan keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan yang sesuai dengan masalah yang dimiliki pasien, strategi yang dilakukan untuk memantau kondisi pasien serta evaluasi secara terus menerus agar dapat mendukung keberhasilan perkembangan pasien sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai (PPNI, 2018).

4.4. Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan Pneumothorax sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dilaksanakan selama 3 x 24 jam. Dilaksanakan pada tanggal 26 Maret – 28 Maret 2025. Untuk diagnose gangguan ventilasi spontan, pola nafas tidak efektif dan bersihan jalan nafas tidak efektif penulis sudah melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan intervensi yang disusun dan hasil yang diharapkan. Penulis melakukan implementasi seperti memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, memonitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), memosisikan semi fowler atau fowler, melakukan teknik batuk efektif dan teknik pursed lid breathing

Dalam pelaksanaannya penulis memberikan posisi fowler dan orthopnoe setiap harinya dimana selalu memonitor status respirasi, posisi pasien dan kenyamanan pasien, dan selama perawatan pasien lebih nyaman dengan posisi tersebut karna lebih nyaman dan dapat mengurangi sesak yang dialaminya sehingga setiap penulis memonitoring pasien, pasien dalam posisi semi fowler/fowler dan untuk pemberian pursed lip breathing penulis lebih dahulu



memonitoring frekuensi nafas pasien dan setelah posisi semi fowler/fowler, pasien dilatih untuk teknik pursed lip breathing dengan teknik menarik nafas dari hidung sambil mulut tertutup dan saat menghembuskan nafas dengan menyempitkan bibir seperti bersiul saat dilakukan selama 4-5 menit dalam 1 shift yang dilakukan pada implementasi di hari ke 3.

Dalam hal ini didukung oleh penelitian (Asmiati et al., 2025) bahwa Latihan pursed lip breathing exercise merupakan latihan pernapasan dengan mengerucutkan bibir. Latihan ini dapat menyebabkan otot perut berkontraksi ketika ekspirasi dan akan memaksa diafragma ke atas sehingga membantu mengembalikan posisi diafragma, dan membantu untuk mengosongkan paru-paru, akibatnya penderita Pneumotorax akan bernapas lebih lambat dan lebih efisien sehingga saturasi oksigen dapat meningkat.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari dengan tindakan memberikan posisi semi fowler/fowler, memberikan teknik pursed lip breathing dan mengajarkan batuk efektif didapatkan bahwa adanya penurunan sesak nafas yang dialami pasien, saturasi oksigen membaik dan kemampuan batuk yang efektif dan mampu mengeluarkan sputum sehingga membuat pertukaran gas di paru-paru pasien menjadi lebih bebas

Tindakan implementasi juga dilakukan berdasarkan SIKI dengan tiga pendekatan, yaitu memantau pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha pernapasan), mengamati bunyi tambahan pada nafas (contohnya, gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), menempatkan pasien dalam posisi semi fowler atau fowler, pemberian oksigen, pengajaran teknik batuk yang efektif, dan berkolaborasi dalam



pemberian bronkodilator, ekspektoran, serta mukolitik sesuai kebutuhan. Posisi semi fowler/fowler, teknik pursed lip breathing dan teknik batuk yang efektif diharapkan dapat meningkatkan kapabilitas pasien Pneumothorax dalam mengatasi kebutuhan oksigenasi, terutama terkait dengan masalah gangguan pertukaran gas, bersihan jalan nafas dan intoleransi aktivitas.

4.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi.

Pada evaluasi yang di lakukan 3 hari pada tanggal 26 Maret – 28 Maret 2025 di dapatkan pada pasien Tn. M tujuan yang di tentukan belum tercapai sepenuhnya, pada diagnosa Gangguan ventilasi spontan masalah sebagian teratasi karena pasien hari ke tiga tidak lagi menggunakan otot bantu pernafasan ,saturasi oksigen sudah meningkat yaitu 97-100 % , HR sudah normal. Pada diagnosa pola nafas tidak efektif sebagian teratasi karena pada hari ketiga penggunaan otot bantu pernafasan tidak ada lagi , pernafasan cuping hidung tidak ditemukan lagi . Pada diagnosa bersihan jalan nafas sebagian teratasi karena pasien mampu batuk dan dahak keluar, dan intoleransi aktivitas masih teratasi sebagian pasien bisa mobilisasi ringan di tempat tidur, pasien mampu batuk dan dahak keluar,. Sehingga perlu pemantauan lebih lanjut terhadap kasus pasien dengan Pneumothorax terkait dengan diagnosa keperawatan yang masih belum teratasi. Perlu dilakukan nya kembali intervensi - intervensi keperawatan yang penulis buat seperti mengevaluasi kepatenian jalan nafas pasien. Perawat dalam melakukan



asuhan keperawatan khususnya pada pasien Pneumothorax melakukan pemantauan lebih intensif. Rumah Sakit sebaiknya menyediakan sarana dan prasarana yang lengkap dan baik guna membantu dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga rasa puas pada klien dan keluarga.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari hasil pemeriksaan asuhan keperawatan kritis pada Tn.M dengan Pneumothoraks diruangan Intensive Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian keperawatan yang dilakukan pada kasus Pneumothoraks adalah temuan sesak napas, hipoksemia, takipnea, perkusi lambat, penurunan suara napas, kelelahan, penggunaan otot tambahan untuk bernapas, bradikardia, batuk dan sputum tertahan, serta adanya nyeri tipe pleuritik,
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada kasus Pneumothoraks adalah Gangguan ventilasi spontan b/d kelemahan otot pernafasan , pola nafas tidak efektif b/d penurunan ekspansi paru, bersihan jalan nafas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan , dan intoleransi aktivitas b/d penurunan suplay O2
3. Intervensi keperawatan pada kasus Pneumothoraks adalah diambil dari buku SIKI seperti diagnose gangguan ventilasi spontan adalah dengan dukungan ventilasi, pola nafas tidak efektif dilakukan dengan pemantauan respirasi, bersihan jalan nafas tidak efektif dilakukan dengan latihan batuk efektif dan intoleransi aktivitas dilakukan dengan manajemen energi.Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus Pneumothoraks adalah monitoring kepatenan jalan nafas, mengajarkan teknik relaksasi dan batuk efektif, memonitoring hasil AGDA, TTV pasien, melakukan latihan gerak aktif untuk menjaga mobilitas anggota gerak agar tidak terjadi keterbatasan gerak, dan



berikan posisi nyaman untuk mengurangi sesak yaitu semi fowler.

4. Evaluasi keperawatan dengan kasus Pneumothoraks adalah perlu nya pemantauan pola napas pasien, suara napas tambahan, penggunaan otot bantu pernapasan, produksi sputum, skala nyeri, TTV dan nutrisi pasien.

5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komperhensif pada kasus kelolaan pasien maka penulis daaapat menyampaikan beberapa saran:

1. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan karya ilmiah akhir ini dapat menjadi salah satu sumber bacaan dan pengembangan ilmu tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Pneumothorax di RS Santa Elisabeth Medan.

2. Bagi institusi pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan sebagai sumber informasi mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumothorax

3. Bagi pasien

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan sebagai informasi serta berguna untuk meningkatkan pengetahuan dan membantu perawatan pada pasien yang mengalami Pneumothorax.

4. Bagi mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan, informasi, serta pengembangan ilmu keperawatan yang dapat di terapkan dan



bagi mahasiswa/I selanjutnya dapat mengembangkan karya ilmiah akhir ini berdasarkan intervensi-intervensi lain yang dapat mempengaruhi pasien yang mengalami Pneumothorax.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



DAFTAR PUSTAKA

- Brunner and Suddarth's. (2009). Textbook of Medical Surgical Nursing. 9 Th Edition
- Ignatavicius and Workman. (2009). Textbook of Medical Surgical Nursing Patient Centered Collaborative Care. 6 Sixth Edition
- Joyce M. Black. (2009). Textbook of Medical Surgical Nursing. Clinical Management for Positive Outcomes. Eight Edition
- Lewis, Heitkemper and Dirksen. (2009). Textbook of Medical Surgical Nursing. Assesment and Management of Clinical Problems. Volume 1 McKnighth,
- Chaterine, (2023). National Library Of Medicine. Textbooks
- Muttaqin, Arif, (2019), Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan Dan Hematologi. Jakarta : EGC
- Patricia Gon. (2009). Critical Care Nursing. Textbook of Ninth Edition.
- SDKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia: Jakarta Selatan
- Shere Comer (2008). Critical Care Nursing Care Plans. Textbook
- SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia: Jakarta Selatan
- SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia: Jakarta Selatan
- Muttaqin, A. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan* (hal. 292). Salemba Medika.
- PPNI. (2018a). *SDKI.pdf*. PP.
- PPNI. (2018b). *SIKI.pdf*. PPNI.
- Ramadhina, F., Ramdini, D. A., Iqbal, M., & Fitra, M. (2025). Article Review : Faktor-Faktor yang Memengaruhi Biaya Pengobatan pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). *Jurnal riset kesehatan modern*, 7(2), 213–225.
- Riskesdas. (2018). LAPORAN NASIONAL RISKESDAS 2018. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes* (hal. hal 156). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2019.



- Somantri, I. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan* (Edisi 2). Penerbit Salemba Medika.
- Suddarth's, B. &. (2010). Textbook of Medical and Surgical Nursing. In H. Surrena (Ed.), *Wolters Kluwer Health* (12th editi). <https://doi.org/10.5005/jp/books/10916>

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Evidence Based Practice (EBP)

Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri Sri Lestari, Ira Faridasari, Rokhmatul Hikmat, Uun Kurniasih, Aliyatul Rohmah

Tujuan

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya perbedaan penurunan skala nyeri sebelum dilakukan teknik nafas dalam dengan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam di Bangsal Bedah Rumah Sakit X Kabupaten Purwakarta.

Hasil Telaah

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan di tandai adanya peningkatan tegangan otot. Perawat menggunakan pengetahuannya untuk dapat mengatasi masalah nyeri post bedah. Salah satu pendekatannya adalah dengan teknik nafas dalam yang dapat digunakan untuk mengontrol nyeri. Perawat dapat mengatasi masalah nyeri post bedah baik secara mandiri maupun secara kolaboratif dengan menggunakan dua pendekatan yaitu pendekatan farmakologi dan pendekatan non farmakologi. Pendekatan non farmakologi merupakan pendekatan untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan teknik manajemen nyeri yang liputi: stimulus dan massage kutaneus, terapi es dan panas, stimulasi syaraf elektris transkutan, distraksi, imajinasi terbimbing, hipnotis dan teknik relaksasi napas dalam



Kesimpulan

Berdasarkan hasil peneleitian pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap skala nyeri adalahSebelum dilakukan teknik relaksasi napas dalam sebanyak 46 responden (63,2%) berada pada skala nyeri 3 (menderita). Sesudah dilakukan teknik relaksasi napas dalam (65,80%) mengeluh tidak nyaman (skala nyeri 2). Jadi dari penelitian yang telah dilakukan terdapat perbedaan penurunan skala nyeri yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi napas dalam pada klien.



Evidence Based Practice (EBP)

Posisi Semi Fowler Terhadap Respiratory Rate Untuk Menurunkan Sesak Pada Pasien TB Paru

Suhatridjas Suhatridjas

Tujuan

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh posisi semi fowler terhadap respiratory rate untuk menurunkan sesak pada pasien Tb Paru di Ruang rawat Inap RS.Pelni Jakarta,adanya perbedaan penurunan respiratory rate sebelum dilakukan posisi semi fowler dalam dengan sesudah

Hasil Telaah

Pemberian posisi semi fowler pada pasien TB paru telah dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas. Keefektifan dari tindakan tersebut dapat dilihat dari respiratory rate yang menunjukkan angka normal yaitu 16- 24x per menit pada usia dewasa. Pelaksanaan asuhan keperawatan dalam pemberian posisi semi fowler itu sendiri dengan menggunakan tempat tidur dan fasilitas bantal yang cukup untuk menyangga daerah punggung, sehingga dapat memberi kenyamanan saat tidur dan dapat mengurangi kondisi sesak nafas pada pasien asma saat terjadi serangan (Aini et al., 2016).

Dengan menggunakan posisi semi fowler yaitu menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari visceral-visceral abdomen pada diafragma sehingga diafragma dapat terangkat dan paru akan berkembang secara maksimal dan volume tidal paru akan terpenuhi. Dengan terpenuhinya volume tidal paru maka sesak nafas dan penurunan saturasi oksigen.



Pasien akan berkurang. Posisi semi fowler biasanya diberikan kepada pasien dengan sesak nafas yang beresiko mengalami penurunan saturasi oksigen, seperti pasien TB paru, asma, PPOK dan pasien kardiopulmonari dengan derajat kemiringan 30– 45° (Wijayati et al., 2019)

Kesimpulan

Respiratory rate sebelum dan sesudah dilakukan posisi semi fowler terjadi perubahan. Pada kedua subjek penelitian terdapat perubahan respiratory Rate sebelum dan sesudah diberikan intervensi posisi semi fowler. Penurunan sesak nafas tersebut didukung juga dengan sikap pasien yang kooperatif, patuh saat diberikan posisi semi fowler sehingga pasien dapat bernafas. Menurunkan sesak nafas tidak hanya dengan pemberian obat-obatan saja, ada intervensi non farmakoterapi seperti posisi semi fowler pada pasien TB paru telah dilakukan sebagai cara membantu mengurangi sesak nafas. Posisi semi fowler dimana kepala dan tubuh dinaikkan 45° membuat oksigen didalam



DOKUMENTASI





Buku Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan

Nama Mahasiswa : Vivi Lubara Malav
 NIM : 052024092
 Judul : Asuhan Keperawatan Giadar Kntis dengan Gangguan Sistem Pernafasan Dengan Pneumothorax Pada Th M Di Ruang Intensive.

Nama Pembimbing I : Amrita Andi Yanti Linting, S.Kep., Ns., M.Kep.

NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
				PEMBIMBING
1.	25 April 2025		<p>BAB I ; Latar belakang sesuai MSKS</p> <p>BAB II : Semua theory harus dari BUKU</p> <p>BAB III: Perbaiki keluhan utama di Pengkajian.</p>	
2.	28 April 2025		<p>BAB III :</p> <ul style="list-style-type: none"> ~Sebaikkan isi pengkajian saat mengangkat diagnosa ~DS /DO harus sesuai dengan Diagnosa yang diangkat ~Pada tahap rentang ,buat rentang yang akan dilakukan. ~Implementasikan serupa yang direncanakan 	
3.	30 April 2025		<p>BAB III : Tambahkan 1 diagnosa Gangguan ventilasi spontan sesuaikan DS /DO sesuai SDKI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki BAB IV sebaikkan isi dengan FTO - All maju ujian. 	



Buku Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan

Nama Mahasiswa : Vivitabura Malau
 NIM : 052024092
 Judul : Asuhan Keperawatan Gadau Knbs Gangguan Sistem Pernafasan Dengan Pneumothorax Pada Tr. M Di Ruang Intensif

Nama Pembimbing : Amrita Andi Yanti Linting, S.Kep., Ns., M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
				PEMBIMBING
4.	06 Mei 2025.		<u>BAB I</u> : lengkap Latar Belakang, sejajar dengan format MSKS <u>BAB III</u> : Untuk Diagnosis yang diangkat sejajar DS dan DO. Perbaiki implementasi dan evaluasi <u>BAB IV</u> : Pembahasan harus ada Teori, opini, dan fakta	
5.	09 Mei 2025		ACC perambahan Diagnosis Nyeri - ACC jilid.	



Buku Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan

Nama Mahasiswa : Vivi Sabara Malau
 NIM : 052024 092
 Judul : Asuhan Keperawatan Gadis Kritis Gangguan Sistem Pernafasan Dengan Pneumothorax Pada Tr.M di Ruang Intensif

Nama Pembimbing II : Dr. Lilis Novitamus, S.Kep., N.S., M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
				PEMBIMBING
1.	6/05/2025		<p>BAB I: Latar belakang harus diperbaiki dengan metode MSKS</p> <p>BAB II: Perbaiki Pathway, buat Pathway dari 3 penulis.</p> <p>BAB III: Keluhan utama perbaiki Angkat DS/DO hingga menunjukkan ke Drag nasa utama.</p> <p>BAB IV: Harus ada fakta, opini, Teori. Mandeky perbaiki</p>	
2.	9/05/2025		<p>BAB II: Tambahkan px Nyeri pada hal 1 ke II</p> <p>BAB IV: Tambahkan Abumsi lagi di bagian Pengkajian. Minimal dari 3 jurnal.</p> <p>All jolid.</p>	



Buku Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan

Nama Mahasiswa : Vivi Labora Malav
 NIM : 052024092
 Judul : Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Gangguan Sistem Pernafasan Dengan Pneumothorax pada Th.M di Ruang Intensif

Nama Pembimbing III : Ratna Elvina Pakpahan, S.Kep., Ns., M.Kep.

NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
				PEMBIMBING
1.	06/05 2025.		<p>BAB III: Untuk Intervensi di Intile ranai aktifitas jualan Intervensi yang dipilih untuk kendipaten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sewaikan DS/DO terhadap Diagnosa yang diangkat - Untuk implementasi Ganti Penggunaan SIVAVI menjadi w50. - Untuk pemberian therapy jangan langsung menulis nama dagang obat serta fungsi obat untuk apa brankodilatator/ expectorant. 	
2.	09/05 2025		<p>ATC untuk penambahan DX Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACC gilid. 	