

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. R Dengan *Pneumothorax* Di Ruang
Inap Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado**

**Disusun Dalam Rangka Menyelesaikan
Tahap Profesi Ners**



Oleh

Jessy Strellitzia Putri Wentian ,S.Kep

(NIM : 23062001)

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS KATHOLIK DE LA SALLE MANADO
2024**

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners

Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. R Dengan *Pneumothorax* Di Ruang

Inap Irina A Atas

di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado

Disusun Dalam Rangka Menyelesaikan

Tahap Profesi Ners



Oleh

Jessy Strellitzia Putri Wentian ,S.Kep

(NIM : 23062001)

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS KATHOLIK DE LA SALLE MANADO

2024

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Jessy Strellitzia Putri Wentian
NIM : 23062001
Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan serta keyakinan saya, saya tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain atau sebagian bahan yang pernah di ajukan untuk gelar ners atau ijazah pada universitas katholik de la salle manado atau perguruan tinggi lainnya. Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Manado, 03 Juli 2024



Jessy Strellitzia Putri Wentian, S.Kep

HALAMAN PERSETUJUAN KIAN

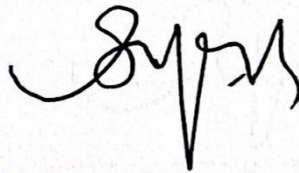
**Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. R Dengan *Pneumothorax* Di Ruang
Inap Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado**

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners

Telah Di Setujui Untuk Di Uji Dihadapan Tim Penguji KIAN
Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Katholik De La Salle Manado

Manado ,3 Juli 2024

Pembimbing KIAN



Syenshie V. Wetik, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners



Johanis Kerangan, S.Kep.,Ns.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners yang di susun dan di ajukan oleh :

Nama : Jessy Strellitzia Putri Wentian
NIM : 23062001
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. R Dengan
Pneumumothorax Di Ruang Inap Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou
Manado

Telah berhasil dipertahankan didepan tim penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang di perlukan untuk memperoleh gelar Ners pada program studi Ners Fakultas keperawatan Universitas katholik De La Salle Manado.

TIM PENGUJI

Pembimbing : Syenshie V. Wetik, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J



(.....)

Penguji : Syenshie V. Wetik, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J



(.....)

Ditetapkan di : Manado

Tanggal : 3 Juli 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur di panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat serta karunia-Nya, penulis bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. R Dengan *Pneumumothorax* Di Ruang Inap Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado” yang dibuat untuk syarat bisa memperoleh gelar Ners pada Program Studi Ners Universitas Katholik De La Salle Manado.

Dalam penyusunan KIAN ini tidak lepas dari dukungan berupa bimbingan, doa dan motivasi dan dari beberapa pihak, sehingga dapat terselesaikannya KIAN ini dengan baik. Untuk itu, dengan segala kerendahan hati dan puji syukur penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitumur, MSC Sebagai Rektor Universitas Katholik De La Salle Manado.
2. Wahyuny Langelo, BSN., M.Kes Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katholik De La Salle Manado
3. Natalia E. Rakinaung, S.Kep.,Ns.,MNS Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katholik De La Salle Manado
4. Johanis Kerangan, S.Kep.,Ns.,M.Kep Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Katholik De La Salle Manado
5. Syenshie V. Wetik, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J sebagai dosen pembimbing yang selalu membimbing, memberikan masukan, waktu dan dukungan serta membantu dalam proses proses penyusunan KIAN ini.
6. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Universitas Katholik De La Salle Manado yang memberi ilmu pengetahuan serta motivasi dalam menjalani tahap sebagai mahasiswa profesi ners..
7. Rumah Sakit Umum Prof. Dr. R. D. Kandou Manado yang menjadi tempat untuk saya mengambil studi kasus dalam menyelesaikan peyusunan KIAN

8. Papa Alder Wentian, Mama Yelni Manatar dan Adik Mouren Wentian yang telah memberikan kasih sayang, motivasi, bantuan dan doa kepada penulis.
9. Rekan-rekan angkatan yang memberi dukungan, motivasi dan bantuan dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Untuk semua pihak, yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu di atas”.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam naskah KIAN ini masih memiliki kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang dapat membantu memperbaiki dan meningkatkan kualitas hasil dari KIAN ini.

Manado, 03 Juli 2024

Jessy Strellitzia Putri Wentian, S.Kep

**NURSING CARE FOR CLIENT MR. R WITH PNEUMOTHORAX IN
THE UPPER IRINA A INPATIENT ROOM, PROF. DR. R. D. KANDOU
HOSPITAL, MANADO**

Wentian, Jessy¹, Wetik, Syenshie²,

Faculty of Nursing, University of Catholic De La Salle Manado

Kairagi 1, Kombos Manado

putriwentian@gmail.com

Abstract

Background: *Pneumothorax is a condition in which there is air between the parietal and visceral pleura. It is a fairly common respiratory disorder and can occur in a variety of clinical conditions and in individuals of all ages. Symptoms of pneumothorax vary, from mild chest discomfort and shortness of breath to a serious medical emergency with cardiorespiratory collapse requiring immediate intervention and further prevention.*

Objective: *To present an analysis of nursing care for patients with pneumothorax in the Upper Irina A Room of Prof. Dr. R.D. Kandou General Hospital. Method: Critical nursing care is carried out with a nursing plan for 1x8 hours. Results: The implementation of this nursing care has been carried out using the critical assessment method, so that a nursing diagnosis is obtained based on the priority of the client's problems, namely the diagnosis of an ineffective breathing pattern overcome by administering oxygen according to the client's needs. The semi-Fowler position is also recommended to help reduce shortness of breath and maximize lung expansion. For the diagnosis of infection risk, aseptic wound care in the WSD surgical area is carried out to prevent infection. In the diagnosis of acute pain, deep breathing relaxation techniques are used as non-pharmacological interventions to reduce pain. The three nursing problems require further intervention 1x8 hours for 3 days. The client's nursing problems were resolved on the third day so the intervention was stopped.*

Conclusion: *In critical nursing care for managed patients, it shows that client problems can be resolved because they meet the criteria for the results of the nursing problems raised.*

Keywords: *Critical nursing care; Pneumothorax; Chest trauma; Respiratory disorders.*

References: *2 Books, 20 journals.(2019-2024)*

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TN. R DENGAN
PNEUMOTHORAX DI RUANG INAP IRINA A ATAS RSUP PROF.
DR. R. D. KANDOU MANADO**

Wentian, Jessy¹, Wetik, Syenshie²,

Fakultas Keperawatan Universitas Katholik De La Salle Manado

Kairagi 1, Kombos Manado

putriwentian@gmail.com

ABSTRAK

***Latar Belakang** : Pneumotoraks adalah kondisi di mana terdapat udara antara pleura parietal dan visceral. Ini merupakan gangguan pernapasan yang cukup umum dan dapat terjadi dalam berbagai kondisi klinis serta pada individu dari segala usia. Gejala pneumotoraks bervariasi, mulai dari ketidaknyamanan ringan di dada dan sesak napas hingga keadaan darurat medis yang serius dengan kolaps kardiorespirasi yang membutuhkan intervensi segera dan pencegahan lebih lanjut.*

***Tujuan** : Untuk menyajikan analisis asuhan keperawatan pada pasien dengan pneumotoraks di Ruang Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou. **Metode** : Asuhan keperawatan kritis dilaksanakan dengan perencanaan keperawatan selama 1x8 jam. **Hasil** : Pelaksanaan asuhan keperawatan ini telah dilakukan dengan metode pengkajian kritis, sehingga diperoleh diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas masalah klien, yaitu diagnosis pola napas tidak efektif diatasi dengan pemberian oksigen sesuai kebutuhan klien. Posisi semi-Fowler juga dianjurkan untuk membantu mengurangi sesak napas dan memaksimalkan ekspansi paru. Untuk diagnosa risiko infeksi, perawatan luka aseptik pada area bekas operasi WSD dilakukan untuk mencegah infeksi. Pada diagnosa nyeri akut, teknik relaksasi napas dalam digunakan sebagai intervensi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Ketiga masalah keperawatan tersebut memerlukan intervensi lanjutan 1x8 jam selama 3 hari. Masalah keperawatan klien teratasi pada hari ketiga sehingga intervensi dihentikan.*

***Kesimpulan** : Pada asuhan keperawatan kritis pada pasien kelolaan menunjukkan bahwa masalah klien bisa teratasi karena sudah memenuhi kriteria hasil dari masalah keperawatan yang di angkat.*

***Kata Kunci** : Asuhan keperawatan kriti; Pneumothoraks; Trauma dada; Gangguan pernapasan.*

Referensi : 2 Buku, 20 jurnal.(2019-2024)

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Orisinalitas Skripsi	iii
Halaman Persetujuan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak Bahasa Inggris	viii
Abstrak Bahasa Indonesia	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiii
Daftar Singkatan	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 <i>Landasan Teori</i>	5
2.2 Asuhan Keperawatan Teori	10
2.3 Penelitian Terkait	13
BAB III GAMBARAN KASUS	
3.1 Pengkajian	17
3.2 Klasifikasi Dan Analisa Data	17
3.3 Diagnosa Keperawatan	18
3.4 Intervensi	19
3.5 Implementasi	20
3.6 Evaluasi	20

BAB IV ANALISIS DAN DISKUSI HASIL

4.1 Analisis Dan Diskusi Hasil	
4.1.1 Pengkajian	32
4.1.2 Klasifikasi dan Analisa Data	32
4.1.3 Diagnosa Keperawatan	33
4.1.4 Intervensi dan Implementasi	34
4.1.5 Evaluasi	34
4.2 Keterbatasan Pelaksanaan	35

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	36
5.2 Saran	
5.2.1 Saran untuk Rumah Sakit	36
5.2.2 Saran Untuk Keperawatan	36
5.2.3 Saran Untuk institusi Pendidikan	36

Daftar Pustaka	38
-----------------------	----

Lampiran	42
-----------------	----

DAFTAR TABEL

2.4 Penelitian Terkait

3.5 Tabel Implementasi dan Evaluasi

DAFTAR BAGAN

2.3 *Pathway* Teori Pneumothoraks

3.7 *Pathway* Kasus Pneumothoraks

DAFTAR SINGKATAN

<i>WHO</i>	:	<i>World Health Organization</i>
Riskedas	:	Riset Kesehatan Dasar
Depkes	:	Departemen Kesehatan

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Asuhan Keperawatan Pneumothoraks

BAB I

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 (Suanda, 2019). 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 (Ransun, 2024). 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 (Cartin, 2019).

Pneumotoraks adalah kondisi di mana terdapat udara atau gas dalam rongga pleura. Dalam keadaan normal, rongga pleura tidak mengandung udara, memungkinkan paru-paru untuk mengembang bebas di dalam rongga dada. Pneumotoraks dapat dibagi menjadi pneumotoraks spontan atau traumatik. Pneumotoraks spontan dibagi menjadi primer dan sekunder: primer jika penyebabnya tidak diketahui, dan sekunder jika ada penyakit paru yang mendasarinya. Pneumotoraks traumatik dibagi lagi menjadi iatrogenik dan non iatrogenik. Insidensi pneumotoraks tidak banyak diketahui, tetapi lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita dengan rasio 5:1. Pneumotoraks Spontan Primer (PSP) sering ditemukan pada individu sehat tanpa riwayat penyakit paru sebelumnya, terutama pada pria usia 20 hingga 40 tahun. Sebuah penelitian menyebutkan bahwa sekitar 81% kasus PSP terjadi pada individu di bawah 45 tahun (Rahmadani, 2019).

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

dengan angka mortalitas yang juga tinggi, dengan 25% kasus berupa pneumotoraks spontan primer dan 47,1% berupa pneumotoraks spontan sekunder. Pada periode Januari hingga Agustus, 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%). 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 traumatik dapat disebabkan oleh trauma langsung atau tidak langsung pada dinding dada, dan diklasifikasikan menjadi iatrogenik maupun non iatrogenik (Aditya, 2020).

Upaya yang dilakukan pemerintah dalam menangani penyakit pneumotoraks dan penyakit paru lainnya, seperti Tuberkulosis, ISPA, pandemi H5N1 dan H1N1 tahun 2009, serta berbagai penyakit tidak menular seperti Asma Bronkial, PPOK, dan Kanker Paru, termasuk penanggulangan kebiasaan merokok, menurut Kementerian Kesehatan (KEMENKES) pada tahun 2020 dalam program penanggulangan penyakit paru dan pernapasan, meliputi: komitmen politik, koordinasi lintas sektor, surveilans, diagnosis awal, pengobatan segera dan tepat, *cost effective*, berbasis bukti, mutu pelayanan, jaringan kerjasama, dan partisipasi masyarakat. Selain itu, upaya tambahan untuk menanggulangi masalah kesehatan ini meliputi berhenti merokok, membatasi kegiatan fisik berat untuk paru-paru seperti menyelam, menjalani pengobatan dan pemeriksaan rutin ke dokter, terutama bagi yang menderita penyakit paru-paru (Jundiah, 2023). Meskipun berbagai upaya telah dilakukan, pemberian edukasi dan penerapan posisi *semi-fowler* saja tidak memadai; diperlukan tindakan farmakologis dan nonfarmakologis lainnya serta pentingnya berkolaborasi dengan tenaga kesehatan.

Berdasarkan hasil observasi penulis dari tanggal 9 hingga 19 Januari 2024 di ruang Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R.D Kandou, penulis menemukan pasien yang terdiagnosis pneumothoraks pasca *insersi chest tube dextra*. Penulis tertarik untuk mengangkat kasus ini karena merupakan kasus langka dan selama praktik, kasus ini

di anggap unik bagi penulis karena pertama kali menemukan kasus pneumothoraks pasca *insersi chest tube dextra* dengan sistem WSD, disertai gejala sesak napas dan nyeri di dada kanan. Klien dirawat selama kurang lebih empat hari di ruang Irina A Atas. Penulis melakukan perawatan selama sekitar delapan jam, termasuk tindakan pemasangan WSD untuk mengeluarkan cairan atau udara dari rongga dada melalui selang. Hal ini merupakan pengalaman baru bagi penulis. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk mengangkat kasus ini dan membuat Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Pneumothoraks di Ruang Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou."

2. Rumusan Masalah

Pneumotoraks adalah kondisi di mana terdapat udara atau gas dalam rongga pleura. Dalam keadaan normal, rongga pleura tidak mengandung udara agar paru-paru bisa mengembang dengan bebas di dalam rongga dada. Insiden pneumotoraks sulit diketahui karena banyak episodenya yang tidak terdeteksi. Namun, pneumotoraks merupakan kondisi darurat paru-paru. Tingginya angka penyakit pneumothorax menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan, sehingga diperlukan kompetensi yang tinggi dari mereka, termasuk perawat. Dalam tugas dan tanggung jawabnya, perawat dituntut untuk memberikan asuhan keperawatan yang profesional kepada pasien. Perawat harus mampu menilai, mengkaji, menentukan masalah keperawatan, serta memberikan intervensi berdasarkan *evidence-based nursing*, dan juga melakukan evaluasi dari setiap intervensi yang diberikan. Khusus untuk kasus pneumotoraks, perawat harus memberikan asuhan keperawatan yang cepat dan tepat. Berdasarkan hal ini maka penulis akan membuat karya ilmiah akhir ners dengan rumusan masalah : "Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Pneumothorax di ruangan Irina A Atas RSUP Prof.Dr. R.D. Kandou ?".

1.3 TUJUAN

1.3.1 Tujuan Umum

Memaparkan analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan pneumothorax di Ruangan Irina A Atas, Rumah Sakit Umum Prof.Dr. R.D. Kandou

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Menganalisis gambaran kasus pada pasien dengan Ruangan Irina A Atas, Rumah Sakit Umum Prof.Dr. R.D. Kandou

- b) Menganalisis asuhan keperawatan pada pasien dengan Pneumothorax ruang Irina A Atas Rumah Sakit Umum Prof.Dr. R.D. Kandou
- c) Menganalisis praktik pengelolaan kasus pada pasien dengan Pneumothorax di Ruangannya Irina A Atas Rumah Sakit Umum Prof.Dr. R.D. Kandou

1.4 MANFAAT

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan karya ilmiah akhir ners ini dapat menjadi masukan dan referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan terlebih dalam ranah ilmu keperawatan kritis, dan diharapkan karya ilmiah akhir ners ini dapat dikembangkan dalam sebuah penelitian sehingga memberikan kontribusi yang lebih besar dalam bidang keperawatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat memberikan masukan bagi pihak rumah sakit sebagai evaluasi terkait pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan khususnya kepada pasien dengan Pneumothorax, dan diharapkan karya ilmiah ini menjadi bahan masukan bagi perawat dalam pengembangan ilmu keperawatannya sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan bronkitis dengan cepat dan tepat berdasarkan *evidence base practice*.

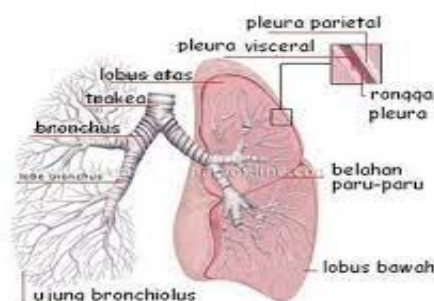
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini, penulis akan menjelaskan teori yang berkaitan dengan kasus yang akan dibahas dalam karya ilmiah akhir keperawatan ini. Topik yang akan dibahas meliputi tinjauan medis tentang pneumotoraks, asuhan keperawatan teoritis untuk pneumotoraks, serta penelitian-penelitian sebelumnya yang membahas tentang pneumotoraks. Sumber literatur diperoleh melalui *e-resources*, *e-book*, jurnal, artikel, dan buku untuk memperkuat tinjauan teori dari topik yang diangkat. Pada akhir bab ini, penulis akan membahas penelitian yang sudah pernah dilakukan yang berhubungan dengan karya ilmiah akhir keperawatan ini.

2.1 Landasan Teori

Pneumotoraks adalah kondisi di mana terdapat udara dalam rongga pleura yang terjadi akibat akumulasi udara antara pleura parietal dan visceral, yang meningkatkan tekanan pada paru-paru dan akhirnya bisa menyebabkan kolaps (Ransun, 2023). Pneumotoraks terbagi menjadi dua jenis, yaitu spontan dan traumatis. Pneumotoraks traumatis disebabkan oleh cedera fisik, sedangkan pneumotoraks spontan primer (PSP) terjadi tanpa adanya penyakit paru yang mendasarinya. Sebaliknya, pneumotoraks spontan sekunder (SSP) terjadi sebagai komplikasi dari penyakit paru yang sudah ada sebelumnya, seperti penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) atau tuberkulosis paru (Irayanti, 2021). Pneumotoraks adalah kondisi di mana udara berkumpul dalam rongga pleura, sebuah ruang yang normalnya kosong untuk memungkinkan paru-paru berkembang bebas dalam rongga dada (Aji, 2020). Pneumotoraks sering kali berkaitan dengan fraktur tulang rusuk dan laserasi pleura parietalis dan visceralis. Singkatnya, pneumotoraks adalah keadaan di mana terdapat udara atau gas dalam rongga pleura.



Sumber : Imam Santoso (2020)

Paru-paru adalah organ dalam sistem pernapasan yang juga berhubungan erat dengan sistem peredaran darah. Fungsi utama paru-paru adalah menukar oksigen dari udara dengan karbon dioksida dari darah. Struktur paru-paru sangat kompleks dan pernapasan dikendalikan terutama oleh otot diafragma, yang terletak antara dada dan perut. Ketika menghirup udara, otot diafragma akan mendatar, memperluas ruang untuk paru-paru. Sebaliknya, saat menghembuskan udara, diafragma mengerut dan paru-paru mengempis, mengeluarkan udara. Udara masuk dan keluar dari paru-paru melalui trakea dan bronkus, yang bercabang menjadi bronkiolus dan berakhir pada alveoli. Alveoli adalah kantung-kantung kecil yang dikelilingi oleh kapiler darah, di mana oksigen dari udara berdifusi ke dalam darah dan diangkut oleh hemoglobin (Yogi, 2021). Paru-paru kanan dan kiri bersifat lunak, seperti spons, dan sangat elastis. Jika rongga toraks dibuka, volume paru akan mengecil sampai sepertiga atau kurang dari ukuran normalnya. Paru-paru terletak di kedua sisi mediastinum dan dipisahkan oleh jantung, pembuluh darah besar, dan struktur lain di mediastinum. Setiap paru berbentuk kerucut, dilapisi oleh pleura visceralis, dan berada dalam kavitas pleuralis, terhubung ke mediastinum oleh radix pulmonalis (Ayub, 2024). Setiap paru-paru memiliki bagian-bagian sebagai berikut (Trisanti, 2022); Apeks: Tumpul, menonjol ke atas ke dalam leher sekitar 2,5 cm di atas klavikula., Permukaan costo-vertebral: Menempel pada bagian dalam dinding dada, Permukaan mediastinal: Menempel pada perikardium dan jantung, Basis pulmonis: Terletak pada diafragma.

Bronkus terbentuk dari percabangan trakea pada ketinggian vertebrata torakalis kelima, dengan struktur serupa trakea dan dilapisi oleh sel yang sama. Bronkus kanan lebih pendek, lebih lebar, dan lebih vertikal daripada bronkus kiri, dan sedikit lebih tinggi dari arteri pulmonalis. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih langsing, berjalan di bawah arteri pulmonalis sebelum bercabang menjadi beberapa cabang yang menuju ke lobus atas dan bawah (Azmi, 2022). Alveolus adalah tempat utama pertukaran gas. Alveolus terdiri dari bronkiolus respiratorius yang kadang-kadang memiliki kantong udara kecil pada dindingnya. Ductus alveolaris seluruhnya dibatasi oleh alveolus, dan sakus alveolaris terminalis merupakan akhir dari percabangan

paru-paru. Ada sekitar 20 kali percabangan dari trakea sampai sakus alveolaris. Alveolus dipisahkan oleh dinding yang dinamakan pori-pori Kohn (Azmi, 2022).

Etiologi Menurut Ayub (2024)., pneumotoraks dapat terjadi setiap kali permukaan paru-paru pecah dan terbuka ke rongga pleura. Hal ini bisa terjadi akibat luka pada dinding dada yang memungkinkan udara luar masuk ke ruang pleura. Pneumotoraks spontan dapat terjadi tanpa adanya trauma dada dan biasanya disebabkan oleh adanya kista kecil pada permukaan paru-paru. Kista ini bisa muncul tanpa adanya penyakit paru-paru yang mendasari, atau bisa juga berkembang akibat gangguan paru-paru seperti emfisema, yang merupakan kondisi yang paling umum. Udara dapat masuk ke dalam rongga pleura melalui luka pada dinding dada atau akibat meluasnya peradangan paru-paru. Pada sapi, hal ini bisa terjadi melalui diafragma akibat tusukan benda tajam. Terdapat beberapa jenis pneumotoraks yang dikelompokkan berdasarkan penyebabnya: Pneumotoraks spontan terjadi tanpa penyebab yang jelas. Pneumotoraks spontan primer terjadi jika tidak ditemukan penyakit paru-paru pada penderita. Pneumotoraks ini diduga disebabkan oleh pecahnya kantong kecil berisi udara di dalam paru-paru yang disebut bleb atau bulla.

Pneumotoraks spontan sekunder merupakan komplikasi dari penyakit paru-paru seperti penyakit paru obstruktif menahun, asma, fibrosis kistik, tuberkulosis, dan batuk rejan. Pneumotoraks traumatik terjadi akibat cedera traumatik pada dada, baik berupa luka tusuk (trauma penetrasi) atau benturan (trauma tumpul) seperti pada kecelakaan. Pneumotoraks juga bisa merupakan komplikasi dari tindakan medis tertentu seperti torakosentesis. Jika disebabkan oleh jatuh atau patah tulang rusuk, sering kali ditemukan emfisema subkutan karena kerusakan pada pleura parietalis. Pneumotoraks tertutup terjadi ketika tekanan intrapleural terus meningkat ke tingkat yang positif sepanjang siklus pernapasan, menyebabkan kolaps paru-paru, pergeseran mediastinum, dan gangguan aliran balik vena ke jantung. Udara terus masuk ke dalam rongga pleura tetapi tidak bisa keluar. Pneumotoraks iatrogenik disebabkan oleh intervensi medis, termasuk aspirasi jarum transthoracic, thoracentesis, pemasangan kateter vena pusat, ventilasi mekanik, dan resusitasi kardiopulmoner.

Klasifikasi Pneumothoraks terdiri dari ; Pneumotoraks spontan terjadi secara tiba-tiba tanpa adanya kecelakaan atau trauma sebelumnya. Pneumotoraks jenis ini dapat dibagi menjadi Pneumotoraks Spontan Primer dan Pneumotoraks Spontan Sekunder (Rohmah, 2023). Pneumotoraks Spontan Primer biasanya disebabkan oleh

pecahnya bleb pada paru-paru. Ini sering terjadi pada pria muda yang tinggi dan kurus, serta pada individu dengan sindrom Marfan atau orang sehat tanpa riwayat penyakit paru-paru. Pneumotoraks Spontan Sekunder seringkali terjadi sebagai komplikasi dari penyakit paru-paru, seperti Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), *cystic fibrosis*, dan penyakit paru interstisial. Pneumotoraks traumatis yang disebabkan oleh trauma biasanya dibagi menjadi dua kategori: cedera langsung dan cedera tidak langsung pada dada, yang selanjutnya diklasifikasikan menjadi iatrogenik atau noniatrogenik (Gupta, 2020). Cedera tidak langsung sering disebut juga dengan luka penetrasi atau non-penetrasi (misalnya akibat kecelakaan lalu lintas, luka tembak, atau fraktur tulang rusuk yang menyebabkan *puncture* pada paru-paru) (Hapsari, 2024). Pneumotoraks iatrogenik terjadi akibat komplikasi dari tindakan medis atau prosedur yang secara sengaja atau tidak sengaja melukai paru-paru. Tindakan medis ini termasuk pemasangan subclavian vein cannulation, aspirasi dan biopsi pleura, biopsi paru transtorasik atau transbronkial, dan lain-lain. Pneumotoraks juga dapat berkembang karena kondisi barotrauma (cedera paru) yang disebabkan oleh penerapan tekanan jalan napas positif selama ventilasi mekanis (Gupta, 2020).

Patofisiologi Pneumotoraks yaitu meningkatnya tekanan intrapleural akan menyebabkan kemampuan dilatasi alveoli menurun, yang lama-kelamaan mengakibatkan atelektasis (kolapsnya paru-paru). Jika luka pada dinding dada tertutup dan pasien masih mampu bertahan, udara berlebihan dapat diserap hingga tekanan udara di dalam rongga pleura kembali normal. Adanya luka terbuka atau pecahnya dinding paru-paru memungkinkan bakteri masuk dan berkoloni di dalam pleura, menyebabkan pleuritis infeksius. Bakteri penyebab radang yang paling umum adalah *Fusobacterium necrophorum*, *Corynebacterium spp.*, dan *Streptococcus spp.* Proses radang ini menghasilkan eksudat yang bersifat mukopurulen, purulen, atau serosanguineus, disertai pembentukan fibrin. Pada luka tembus dada, suara aliran udara terdengar di area luka tembus, yang disebut "*sucking chest wound*" (luka dada menghisap). Jika tidak ditangani, hipoksia dapat menyebabkan kehilangan kesadaran dan koma. Pergeseran mediastinum ke arah berlawanan dari area cedera dapat menghambat aliran vena kava superior dan inferior, mengurangi preload jantung dan menurunkan output jantung. Jika tidak segera diatasi, pneumotoraks yang semakin parah dapat menyebabkan kematian dalam beberapa menit. Beberapa pneumotoraks spontan disebabkan oleh pecahnya

"blebs," yaitu struktur gelembung pada permukaan paru yang pecah dan menyebabkan udara masuk ke dalam rongga pleura.

Komplikasi Pneumothorax yang parah dapat menyebabkan kondisi berbahaya seperti kegagalan napas, empiema (nanah di rongga pleura), edema paru (cairan di kantong paru-paru), hemopneumothorax (udara dan darah di rongga pleura), pneumomediastinum (udara di tengah-tengah dada), pneumoperikardium (udara di antara lapisan jantung), hipoksemia (kekurangan oksigen dalam darah karena kegagalan napas), emfisema subkutis (udara menumpuk di jaringan kulit), dan henti jantung jika tidak ditangani dengan tepat (Riyadi, 2021).

Penatalaksanaan medis pneumotoraks bergantung pada jenisnya, derajat kolaps paru-paru, gejala yang dialami, serta kondisi penyakit yang mendasarinya. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan termasuk; 1) Dekompresi: Membuat hubungan antara rongga pleura dan lingkungan luar untuk mengubah tekanan udara positif di rongga pleura menjadi negatif. Cara ini dilakukan dengan menusukkan jarum ke rongga pleura atau menggunakan pipa *Water Sealed Drainage* (WSD). 2) Pengisapan Kontinu (*Continuous Suction*): Pengisapan dilakukan secara terus menerus dengan tekanan negatif untuk memfasilitasi pengembangan paru-paru dan pembentukan perlekatan antara pleura viseralis dan pleura parietalis. 3) Pencabutan Drain: Setelah paru-paru mengembang maksimal dan tekanan intrapleura menjadi negatif, drain bisa dicabut setelah ditutup selama 24 jam 4) Tindakan Bedah: Jika diperlukan, seperti dalam kasus lubang yang menyebabkan pneumotoraks atau penebalan pleura yang menghambat ekspansi paru-paru, dapat dilakukan operasi untuk mengatasi masalah tersebut, termasuk mengelupas pleura atau menjahit lubang robekan pada paru-paru.

Penatalaksanaan keperawatan Untuk mengatasi proses lain yang mungkin terjadi pada paru-paru: 1) Proses TB paru: Terapi utama yang diberikan adalah OAT (Obat Anti Tuberkulosis) untuk mengobati infeksi Tuberkulosis.. 2) Mencegah obstipasi: Penderita diberi obat laksatif ringan untuk memperlancar buang air besar, dengan tujuan agar saat buang air besar, tidak perlu mengejan terlalu keras. 3) Istirahat total: Pasien disarankan untuk menghindari aktivitas fisik yang berat seperti mengangkat barang, serta untuk mengurangi batuk, bersin, dan mengejan terlalu keras.

Pemeriksaan penunjang terkait hematothorax menurut (Riyadi, 2021) yaitu 1) Laboratorium : Hematokrit dari cairan pleura; Pengukuran hematokrit jarang dilakukan pada pasien dengan hematothorax traumatis. Namun, pada efusi pleura

nontraumatik, jika hematokrit cairan pleura lebih dari 50% dari hematokrit sirkulasi, dapat dianggap sebagai hemothorax. 2) Imaging : Pemeriksaan Radiologi Dada: Radiografi dada adalah pilihan utama untuk mengevaluasi hemothorax. Pada gambaran normal, cairan dalam rongga pleura akibat hemothorax tampak sebagai meniskus di sudut *costophrenic* atau mengaburkan permukaan diafragma. Radiografi dada juga membantu dalam menentukan posisi tepi atas pleura paru-paru. 3) Ultrasonografi (USG): USG digunakan sebagai evaluasi awal pada pasien hemothorax di beberapa pusat trauma. Namun, kelemahannya adalah sulit mengidentifikasi cedera lain seperti fraktur tulang atau pneumothorax. 4) CT Scan: CT scan merupakan studi diagnostik yang sangat akurat untuk mengidentifikasi cairan pleura atau darah. Meskipun tidak selalu digunakan sebagai pemeriksaan utama pada trauma, CT scan memberikan informasi tambahan yang penting setelah radiografi dada atau evaluasi abdomen.

Dari penjelasan di atas, ditarik kesimpulan Pneumothoraks merupakan penyakit yang diperlukan tinjauan medis karena pneumotoraks terjadi setiap kali permukaan paru-paru pecah dan terbuka ke rongga pleura. Pneumotoraks spontan dapat terjadi tanpa adanya trauma dada dan biasanya disebabkan oleh adanya kista kecil pada permukaan paru-paru. Pneumotoraks adalah kondisi di mana terdapat udara atau gas dalam rongga pleura. Dalam keadaan normal, rongga pleura tidak mengandung udara, memungkinkan paru-paru untuk mengembang bebas di dalam rongga dada. Pneumotoraks dapat dibagi menjadi pneumotoraks spontan atau traumatik. Pneumotoraks spontan dibagi menjadi primer dan sekunder: primer jika penyebabnya tidak diketahui, dan sekunder jika ada penyakit paru yang mendasarinya.

2.2 Asuhan Keperawatan Teori

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data primer dan sekunder yang terfokus pada status kesehatan pasien di rumah sakit secara sistematis, akurat, dan berkesinambungan (Dharma, 2023). Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan, di mana data dikumpulkan secara sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien, menurut Setiadi (2023). Pengkajian merupakan pendekatan sistematis untuk mengumpulkan dan menganalisis data (Sinulangga, 2019). Ini adalah dasar pemikiran dalam proses keperawatan yang bertujuan mengumpulkan informasi mengenai pasien untuk

mengidentifikasi masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan, baik fisik, mental, sosial, maupun lingkungan, menurut Fajriah (2023). Pengkajian pada kasus pneumothoraks meliputi data seperti nama, umur (studi epidemiologi menunjukkan pneumothoraks sering terjadi pada usia 15-34 tahun dan >55 tahun, dengan tipe pneumothoraks berbeda sesuai kelompok usia), alamat, pekerjaan, tanggal dan jam pengkajian, nomor register, serta diagnosa medis (Riendra, 2024). Selain itu, pengkajian mencakup riwayat keperawatan yang terdiri dari keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan riwayat psikososial. Selain itu, Pemeriksaan Pola Fungsi, Aktivitas/Istirahat, Gejala: Sesak napas saat beraktivitas atau istirahat. Sirkulasi: Takikardi, frekuensi TAK teratur atau disritmia, S3/S4 atau irama gallop (gagal jantung sekunder terhadap efusi), nadi apikal berpindah karena penyimpangan mediastinal dengan tegangan pneumotoraks, bunyi renyah (menunjukkan udara dalam mediastinum), hipotensi atau hipertensi. Integritas EGO: Ketakutan, kegelisahan. Makanan atau Cairan: Adanya pemasangan IV sentral atau infus tekanan. Nyeri atau Kenyamanan : Nyeri dada unilateral, meningkat saat bernapas atau batuk; nyeri tajam dan menusuk yang diperberat oleh napas dalam. Pernapasan: Kesulitan bernapas, batuk, riwayat bedah dada atau trauma, infeksi paru, Ca pneumotoraks sebelumnya, ruptur bulla emfisematus, bleb subpleural. Tanda: Peningkatan frekuensi pernapasan (takipnea), penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi napas menurun atau tidak ada, frekuensi napas menurun (sisi yang terlibat), perkusi hipersonor, gerakan dada tidak sama (paradoks), kulit pucat, sianosis, berkeringat, krepitus subkutan, ansietas, gelisah, bingung, pingsan. Keamanan: Trauma dada, radiasi atau kemoterapi untuk keganasan. Pemeriksaan Fisik yang meliputi : B1 (*Breathing*), B2 (*Blood*), B3 (*Brain*), B4 (*Bladder*), B5 (*Bowel*), B6 (*Bone*), (Riendra, 2024).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan singkat, tegas, dan jelas mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau penyakit tertentu, baik aktual maupun potensial, yang disebabkan oleh ketidaktahuan, ketidakmauan, atau ketidakmampuan pasien dalam mengatasinya, sehingga memerlukan intervensi keperawatan (Kurniati, 2019). Ini adalah keputusan klinis perawat mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan yang aktual atau berisiko mengancam jiwa (Depkes, 2011 dalam Tilman dkk, 2019). Diagnosa ini juga menggambarkan respons individu terhadap rangsangan dari dalam diri atau lingkungan (Rosidah, 2023).

Beberapa diagnosa umum pada pasien pneumotoraks meliputi pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, nyeri akut, intoleransi aktivitas, risiko infeksi, dan risiko penurunan curah jantung (SDKI). Pneumothoraks disebabkan oleh kolaps paru-paru, gangguan aliran udara, perubahan tekanan pleura serta trauma dada sehingga mengakibatkan pola nafas tidak efektif. Diagnosa tersebut di jadikan diagnose utama untuk memperbaiki oksigenasi pasien pneumothoraks serta memperbaiki pola nafas yang tidak efektif.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perencanaan yang bertujuan untuk mengubah atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual, dan residual serta meningkatkan kemampuan pasien dalam menggunakan koping secara efektif (Arisdiandi, 2019). Tujuannya adalah mencapai kondisi optimal pasien dengan menggunakan koping yang konstruktif, di mana tujuan jangka panjang menggambarkan penyelesaian masalah adaptif dan tujuan jangka pendek mengidentifikasi perilaku yang diharapkan setelah manipulasi stimulus. Intervensi ini melibatkan pasien, keluarga, dan orang terdekat dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan (Hutagalung, 2019). Intervensi keperawatan didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan dirancang untuk membantu pasien mencapai tahap penyembuhan optimal dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

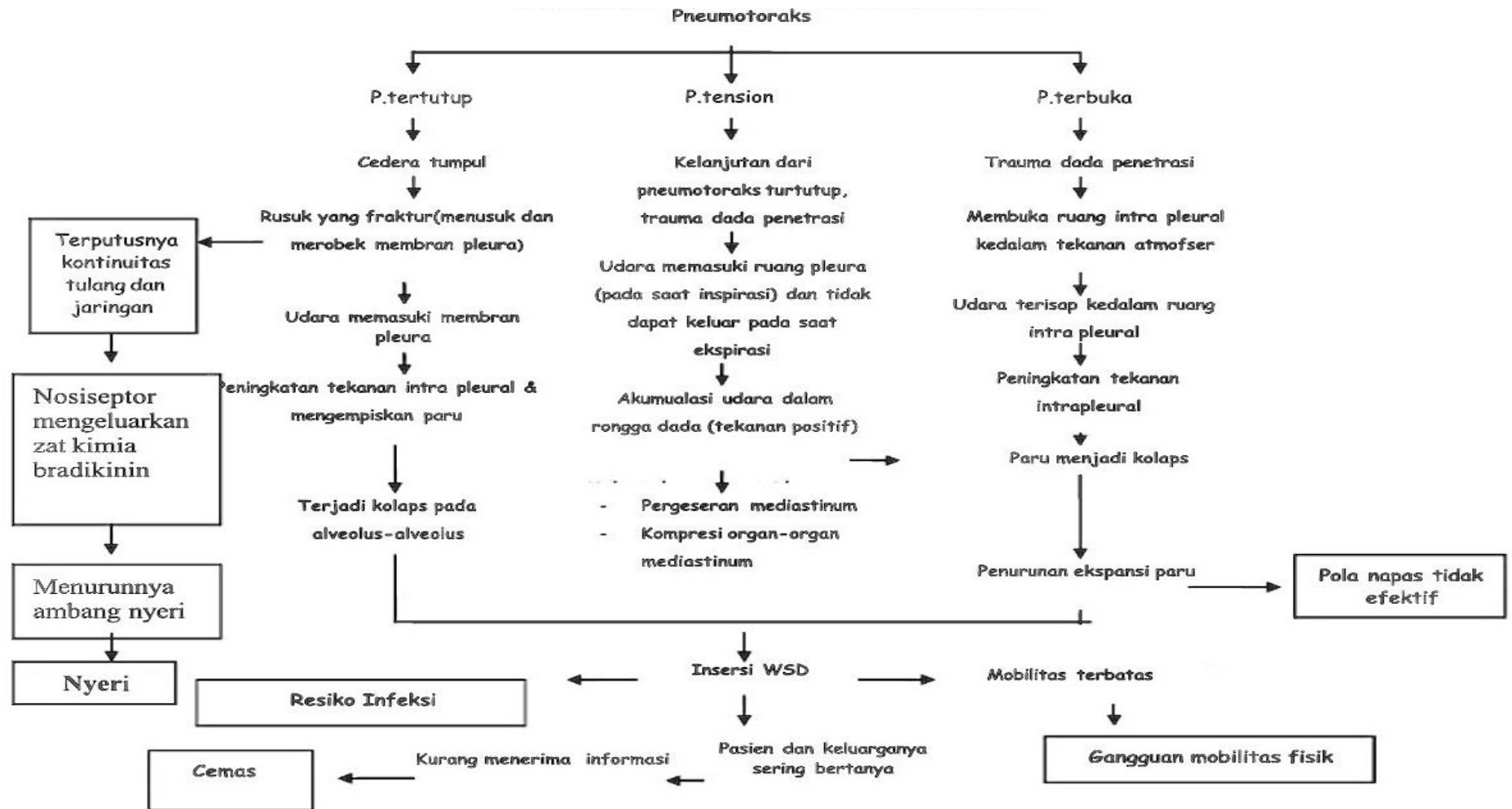
2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah kesehatan menuju kondisi yang lebih baik, berdasarkan standar prosedur operasional dan tingkat kegawatan pasien (Depkes, 2011 dalam Tilman, dkk, 2019). Pada tahap ini, perawat menerapkan rencana asuhan keperawatan ke dalam intervensi keperawatan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Amalia, 2023). Implementasi akan berhasil jika perawat memiliki kemampuan kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan tindakan yang berpusat pada kebutuhan pasien. Implementasi juga merupakan tahap dimana perawat menjalankan rencana perawatan dengan tindakan yang terstruktur dan berbasis bukti. Dalam tahap ini, komunikasi dengan pasien dan kolaborasi dengan tim medis lainnya sangat penting untuk memastikan perawatan yang efektif (Rahmatiana, 2020).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah hasil yang diharapkan telah tercapai atau belum. Evaluasi ini membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan (Rani, 2023). Ini merupakan kegiatan berkelanjutan untuk menentukan efektivitas rencana keperawatan dan apakah perlu dilanjutkan, direvisi, atau dihentikan. Evaluasi keperawatan adalah komponen esensial dalam proses keperawatan yang memastikan bahwa setiap intervensi yang dilakukan berdampak positif terhadap pasien. Dengan melakukan evaluasi, perawat dapat memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien dan dapat menyesuaikan rencana perawatan sesuai dengan kebutuhan pasien dan dapat menyesuaikan rencana perawatan sesuai dengan perubahan kondisi pasien (Ayunda, 2019).

2.3 PATHWAY TEORI PNEUMOTHORAKS



Patofisiologi berdasarkan penyimpangan KDM Pneumothoraks

(Sumber : Novela , 2019)

2. 4 Penelitian Terkait

(Tabel 2.4 Penelitian Terkait)

No.	Penulis, Tempat, Tahun	Desain/ Metode/ Statistik Test	Tujuan	Populasi/ Sampling/ Sampel	Hasil	Manfaat dan / atau Limitasi dari penelitian
1.	Okta Jaka Purnama (2022) di Bangsal Raudhah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta	Studi deskriptif metode kasus pada 41 pasien pneumothoraks	Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas perawatan WSD dan posisi semifowler dalam meningkatkan frekuensi pernapasan dan saturasi oksigen.	Jumlah populasi sebanyak 41 pasien pneumothoraks dengan TB paru	Hasil Penelitian ini yaitu menunjukkan penurunan frekuensi pernapasan dari 31 kali per menit pada hari pertama menjadi 22 kali per menit pada hari keenam, serta peningkatan saturasi oksigen mencapai 95% pada hari pertama	Penelitian ini bermanfaat dalam mengetahui efektivitas perawatan WSD dan posisi semifowler untuk meningkatkan frekuensi pernapasan dan saturasi oksigen pada pasien pneumotoraks
2.	Ni Made Devi Hariska Milasari dan Komang Yogi Triana (2021) di HCU RSD Mangusada	Penelitian kuantitatif desain kuantitatif pre-eksperimental dengan rancangan One-Group Pretest-Posttest.	Tujuannya adalah untuk mengetahui efektivitas posisi semifowler dan teknik pursed-lips breathing dalam meningkatkan SPO2 pada pasien PPOK.	Jumlah populasi yaitu 30 pasien PPOK menggunakan desain kuantitatif pre-eksperimental dengan rancangan One-Group Pretest-Posttest	Hasil Penelitian ini menunjukkan bahwa posisi semifowler dan teknik pursed-lips breathing dapat menjadi terapi noninvasif yang efektif untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien PPOK	Manfaat yang didapatkan dari penelitian ini yaitu mengetahui tentang efektivitas posisi semifowler dan teknik pursed-lips breathing untuk meningkatkan SPO2 pada pasien PPOK.

3.	Muhammad Rasya Islamayshaka, Arif Wahyu Setyo Budi, dan Nurfaizah (2024) di ICU RSUD dr. Tjitrowardojo Purworejo	metode deskriptif melalui observasi dan dokumentasi keperawatan	Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh posisi semifowler terhadap perubahan status saturasi oksigen pada pasien PPOK	Jumlah populasi yaitu pasien PPOK	Hasil menunjukkan bahwa intervensi posisi semifowler dan pemberian oksigen NRM 10 lpm meningkatkan kadar oksigen dalam darah pasien.	Penelitian ini bermanfaat untuk mengetahui efektivitas posisi semifowler dalam meningkatkan status oksigen pasien PPOK.
4.	Siti Zuraida Muhsinin, Musniati Musniati, Eva Zulfa, dan Ni Wayan Mei Yanti (2022) di RSUD Kota Mataram	Penelitian kuantitatif quasi eksperimen dengan desain two-group pre-test and post-test	Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan efektivitas posisi Fowler dan semifowler dalam mengurangi sesak napas	Populasi dari penelitian ini berjumlah 36 pasien sesak napas di RSUD Kota Mataram	Hasil menunjukkan tidak ada perbedaan efektivitas antara posisi Fowler dan semifowler dalam mengurangi sesak napas pada pasien dengan gangguan pernapasan. Penelitian ini bermanfaat dalam mengetahui bahwa kedua posisi tersebut efektif dalam menurunkan sesak napas pasien.	Penelitian ini bermanfaat dalam mengetahui bahwa kedua posisi tersebut efektif dalam menurunkan sesak napas pasien.

5.	Rosyta Amalia, Nur Rahmawati, dan Ika Silvitasari (2023) di RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.	Studi deskriptif metode kasus pada Salah satu pasien STEMI	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hasil implementasi posisi semifowler dalam meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan laju pernapasan pada pasien STEMI.	Studi kasus pada salah satu pasien STEMI	Hasil menunjukkan bahwa sebelum diberikan posisi semifowler, saturasi oksigen pasien di bawah 95% dan laju pernapasan di bawah 16-20 x/menit (abnormal). Setelah penerapan posisi semifowler, kedua responden menunjukkan laju pernapasan di atas 16-20 x/menit dan saturasi oksigen di atas 95% (normal).	Manfaat yang didapatkan dari penelitian adalah menunjukkan posisi semifowler efektif untuk pasien dengan STEMI dalam menormalkan laju pernapasan dan saturasi oksigen.
----	--	---	--	--	--	---

Kesimpulan :

Terdapat beberapa persamaan dari lima penelitian terkait dan penelitian ini yaitu membahas tentang efektifitas posisi semi-fowler pada pasien dengan gangguan pernapasan . Sehingga semua jurna menjelaskan hal yang sama yaitu membantu mengurangi sesak nafas serta menaikkan saturasi oksigen dalam tubuh Terdapat juga beberapa perbedaan dari beberapa jurnal di atas yaitu penulis, tempat penelitian, tahun penelitian, jumlah sampel, pelaksanaan intervensi, dan pada penelitian ini memakai metode yang digunakan.

BAB III

GAMBARAN KASUS

Dalam bab ini, penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada kasus yang telah diangkat, mencakup pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi terhadap pasien dengan Pneumothoraks yang di lakukan mulai tanggal 9 sampai dengan 19 Januari 2024 di Ruang Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou.

3.1 Pengkajian

Klien Tn. R.A, 19 tahun, dirawat di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou pada 5 Januari dengan keluhan kesulitan bernapas dan napas berat. Pada 7 Januari, klien menjalani operasi di ruang Bedah IBS dengan diagnosis medis pneumothoraks dextra kontinue paru dextra. Klien tampak lemah dan mengalami kesulitan bernapas. Pemeriksaan fisik pada sistem pernapasan menunjukkan tidak ada sumbatan jalan napas, dengan frekuensi pernapasan 30x/menit dan penggunaan otot bantu pernapasan. Klien tidak menggunakan ETT, ventilator, atau oksigen. Pola pernapasan klien cepat dan dangkal, serta auskultasi menunjukkan suara napas menghilang di dada kanan. Klien menerima kondisinya dan merasa tidak berdaya. Karena berisiko jatuh, klien memerlukan bantuan saat berjalan. Hasil foto thorax menunjukkan kolaps pada paru kanan, dan pemeriksaan EKG menunjukkan sinus takikardi. Klien mengalami sesak napas dan nyeri dada yang hilang timbul. Warna kulitnya tampak pucat dan akril terasa dingin. Pulsasi terasa lemah dengan nadi 94 x/menit. Tekanan darah klien adalah 120/90 mmHg. Klien tidak mengalami perdarahan dan tingkat kesadarannya compos mentis dengan GCS 15 (eye 4, verbal 5, motoric 6). Kekuatan otot tangan dan kaki kanan serta kiri bernilai 5. Pengkajian sistem gastrointestinal menunjukkan defekasi klien normal dengan gerakan peristaltik usus 24x/menit. Klien menggunakan kateter urine dan memiliki selang WSD di paru kanan setelah operasi. Turgor kulit klien tampak kering. Klien tidak mengalami fraktur, tetapi belum dapat beraktivitas karena nyeri pada bekas operasi.

3.2 Klasifikasi Dan Analisa Data

Masalah keperawatan yang di tetapkan berdasarkan pengkajian yang di ambil yaitu yang pertama masalah keperawatan Pola nafas tidak efektif di mana didukung oleh data subyektif klien mengatakan sesak nafas, ber nafas terasa berat, nyeri dada

kanan saat bernafas, susah bernafas, dan data objektif yang didapatkan yaitu lain tampak sesak nafas, keringat dingin, nyeri dada kanan saat bernafas, klien tampak gelisah, tampak menggunakan otot bantu nafas, pola nafas cepat dan dangkal, saat Auskultasi suara nafas menghilang di dada kanan, hasil pemeriksaan radiologi foto thoraks kolaps pada paru kanan,serta hasil pemeriksaan TTV : TD=120/90mmhg, N=94x/m, R=30x/m, SB : 36,2 derajat. Masalah keperawatan yang kedua yaitu Resiko infeksi dengan data pendukung yaitu data subyektif klien mengatakan terpasang selang di dada kanan dengan data objektif adanya luka 1 cm dengan Jahitan mengelilingi selalu WSD, terpasang selang WSD di IC 4/5 dihubungkan dengan selang penyambung ke botol WSD. Masalah keperawatan yang ketiga adalah nyeri akut yang didukung oleh data subyektif klien mengatakan Terasa nyeri pada dada kanan yang terpasang selang WSD, skala nyeri 4 yaitu pada luka post op, Seperti ditusuk-tusuk , Hilang timbul dan terasa nyeri hebat ketika bergerak. Klien tampak meringis. TTV : TD=120/90mmhg, N=94x/m, R=30x/m.

3.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn.RA yang telah dilakukan, baik dari data primer maupun sekunder, penulis merumuskan tiga diagnosis keperawatan. Diagnosis tersebut ditetapkan berdasarkan skala prioritas dan berpedoman pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekapansi paru sekunder terhadap peningkatan tekanan di dalam rongga pleura; pneumothoraks didukung oleh data subyektif klien mengatakan sesak nafas, ber nafas terasa berat, nyeri dada kanan saat bernafas, susah bernafas, dan data objektif yang didapatkan yaitu lain tampak sesak nafas, keringat dingin, nyeri dada kanan saat bernafas, klien tampak gelisah, tampak menggunakan otot bantu nafas, pola nafas cepat dan dangkal, saat Auskultasi suara nafas menghilang di dada kanan, hasil pemeriksaan radiologi foto thoraks kolaps pada paru kanan,serta hasil pemeriksaan TTV : TD=120/90mmhg, N=94x/m, R=30x/m, SB : 36,2 derajat
2. Resiko infeksi yang berhubungan dengan tindakan invasif sekunder pemasangan selang WSD dengan data pendukung yaitu data subyektif klien mengatakan terpasang selang di dada kanan dengan data objektif adanya luka 1 cm dengan Jahitan mengelilingi selalu WSD, terpasang selang WSD di IC 4/5 dihubungkan dengan selang penyambung ke botol WSD.

3. Diagnosa ketiga yaitu Nyeri akut berhubungan dengan luka Jahitan akibat tindakan invasif pemasangan selang USD. yang didukung oleh data subyektif klien mengatakan Terasa nyeri pada dada kanan yang terpasang selang WSD, skala nyeri 4 yaitu pada luka post op, Seperti ditusuk-tusuk , Hilang timbul dan terasa nyeri hebat ketika bergerak. Klien tampak meringis. TTV : TD=120/90mmhg, N=94x/m, R=30x/m.

Ketiga diagnosa keperawatan ini ditemukan pada tanggal 9 Januari dan tanggal teratasi yaitu 12 Januari 2024.

3.4 Intervensi Keperawatan

Beberapa intervensi ini dibuat untuk mengatasi tiga masalah keperawatan yang ditemukan pada klien. Pada diagnosa keperawatan pertama ada 10 intervensi yang diberikan dengan tujuan dan kriteria hasil keluhan sesak nafas berkurang tak tampak sesak nafas, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, pola nafas normal, TTV dalam batas normal, Auskultasi : vesikuler simetris. Intervensi yang dilakukan yaitu dengan monitor pola nafas, monitor bunyi Nafas Tambahan, monitor sputum, Mempertahankan Kecepatan an jalan nafas dengan head-tint dan chin-lift, Posisi Semi-Fowler atau Fowler, Memberikan minuman hangat, memberikan oksigen jika perlu. Pada diagnosa keperawatan kedua yaitu resiko infeksi, intervensi yang akan dilakukan ada enam dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu tidak ada tanda tanda infeksi pada luka, TTV dalam batas normal, luka sembuh tanpa komplikasi, Kecepatan an sistem Drainage WSD dalam kondisi baik, intervensi yang akan dilakukan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi setiap delapan jam, berikan perawatan luka pada area bekas operasi WSD, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi dan jika ditemukan segera laporkan ke perawat, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, kolaborasi dengan tindakan medis. Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu nyeri akut dengan Tujuh intervensi dengan tujuan kriteria hasil yaitu Nyeri terkontrol, keluhan nyeri menurun, Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat, TTV dalam batas normal. Intervensi yang dilakukan untuk masalah keperawatan yang ketiga yaitu Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri Identifikasi lokasi, karakteristik, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Monitor efek

samping penggunaan analgetik, Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), Jelaskan strategi meredakan nyeri, Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dan Kolaborasi pemberian analgetik

3.5 Implementasi dan Evaluasi

(Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi)

DX.	HARI/TANGGAL	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Hari Ke-1 10 Januari 2024	08.00	Monitor pola nafas dan Saturasi oksigen Hasil: klien mengatakan masih Sesak nafas, RR : 26x/m, SPO2 : 78%, klien Tampak masih bernapas dispnea.	08.43 WITA S : Klien mengatakan masih sesak nafas O : Klien tampak masih bernapas dispnea,
		08.06	Monitor bunyi nafas tambahan dan monitor sputum. Hasil : Terdapat bunyi nafas ronki ipsilateral, mengi, Tampak tidak ada sputum	Terdengar bunyi nafas ronki ipailateral dan mengi, Tidak ada sputum, Klien tampak lebih mudah bernapas / tidak ada hambatan, gelisah
		08.12	Mempertahankan Kepaten an jalan nafas dengan head-tint dan chin-lift. Hasil: klien tampak lebih mudah bernafas / tidak ada hambatan	berkurang, pemberian O2 3L / menit via nasal kanul, TTV : TD : 110/70 mmHg, SB : 36,7 derajat, N : 94x/m, SPO2 : 98%

		(Menggunakan
08.17	Berikan posisi Semi-Fowler atau Fowler Dan minuman hangat Hasil: Pasien tampak gelisah berkurang dan masih sesak nafas	O2) A : Masalah keperawatan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
08.24	Mengatur interval pemantauan respirasi pasien dan melakukan pemberian oksigen Hasil: pemantauan dilakukan setiap delapan jam, pemberian oksigen 3 L / menit nasal kanul	
08.27	Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: hasil dicatat untuk memantau perkembangan pasien di buku perawat	
08.34	Menjelaskan prosedur pemantauan Hasil: klien dan keluarga tampak	

mengerti

08.39

Pemberian
Bronkodilator,
ekspektoran,
mukolitik, jika perlu
.Hasil: tindakan
tidak dilakukan
karena tidak ada
instruksi dokter,
TTV : TD : 110/70
mmHg, SB : 36,7
derajat, N : 94x/m,
SPO2 : 98%
(Menggunakan O2)

DX	HARI/TANGGAL	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Hari Ke-2 11 Januari 2024	08.00	Monitor pola nafas dan Saturasi oksigen	08.15 WITA
			Hasil: Klien mengatakan tidak terlalu sesak nafas karena memakai oksigen, SP O2: 97%, klien tampak ber nafas teratur, tidak ada bunyi nafas tambahan	S: klien mengatakan sudah tidak terlalu sesak nafas karena memakai oksigen O : Klien tampak bernapas teratur, tidak ada bunyi napass tambahan, Klien tampak nyaman dengan posisi setengah duduk, sesak nafas klien tampak berkurang, TTV TD: 128 / 90 mmHg, N: 80 x/ menit, RR : 21 x / m, SB: 36 ° Celsius, klien tampak sesak nafas berkurang, terpasang NaCL0,9% 20 tpm, Nasal cunul ke 3L / m, Terpasang WSD Di dada kanan, gelisah tampak berkurang
		08.07	Berikan posisi semi-fowler atau fowler	
			Hasil: klien tampak nyaman dengan posisi tersebut	
		08.11	Mendokumentasikan hasil pemantauan	
			Hasil: TTV TD: 128 / 90 mmHg, N: 80 x/ menit, RR : 21 x / m, SB: 36 ° Celsius, klien tampak sesak nafas berkurang, terpasang NaCL0,9% 20 tpm, Nasal cunul ke 3L / m, Terpasang WSD Di dada kanan, gelisah tampak berkurang	

				A : Masalah keperawatan belum teratasi
				P : Intervensi dilanjutkan
2	11 Januari 2024	08.20	Monitor tanda dan gejala infeksi	09.17 WITA
		08.29	Hasil: P: nyeri pada saat bergerak / disenggol, Q : Cenat-cenut, R: dada kanan, S : 4 (0-10), T : Hilang timbul. TTV : TD : 128/90 mmHg, SB : 36 derajat, N : 94x/m, SPO2 : 98% (Menggunakan O2), Klien tampak kesakitan saat disentuh bagian luka.	S : Klien mengatakan masih nyeri di bagian dada kanan O : Klien tampak kesakitan saat disentuh bagian luka, luka tampak bersih, luka tidak ditemui tanda infeksi, P: nyeri pada saat bergerak / disenggol, Q : Cenat-cenut, R: dada kanan, S : 4 (0-10), T : Hilang timbul. TTV : TD : 128/90 mmHg, SB : 36 derajat, N : 94x/m, SPO2 : 98% (Menggunakan O2), Klien
		08.35	Cuci tangan dan melakukan perawatan luka Hasil: luka tampak bersih, tanda infeksi tidak ada Kolaborasi dengan tindakan medic Hasil : pemberian injeksi cinan 2x1 5 gr + pelarut NS 5 ml/ IV.	

				tampak kesakitan saat disentuh bagian luka. pemberian injeksi cinan 2x1 5 gr + pelarut NS 5 ml/ IV. A : Masalah keperawatan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
				08.41
3.	11 Januari 2024	08.15	Identifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri Hasil: P: nyeri pada saat bergerak , Q : Cemat-cemat, R: dada kanan, S : 4 (0-10), T : Hilang timbul. TTV : TD : 128/90 mmHg, R : 21x/m , SB : 36,derajat, N : 80x/m, SPO2 : 97% (Menggunakan O2), klien mengatakan masih nyeri di dada kanan, klien tampak meringis ketika di sentuh pada area luka, Berikan teknik non	WITA S : klien mengatakan masih nyeri di dada kanan , klien mengatakan nyeri agak berkurang, S = 3 (0-10), klien mengatakan sudah melakukan teknik tersebut ketika nyeri timbul. O : P: nyeri pada saat bergerak , Q : Cemat-cemat, R: dada kanan, S : 4 (0-10), T : Hilang timbul. TTV : TD : 128/90 mmHg, R : 21x/m , SB :
		08.25		

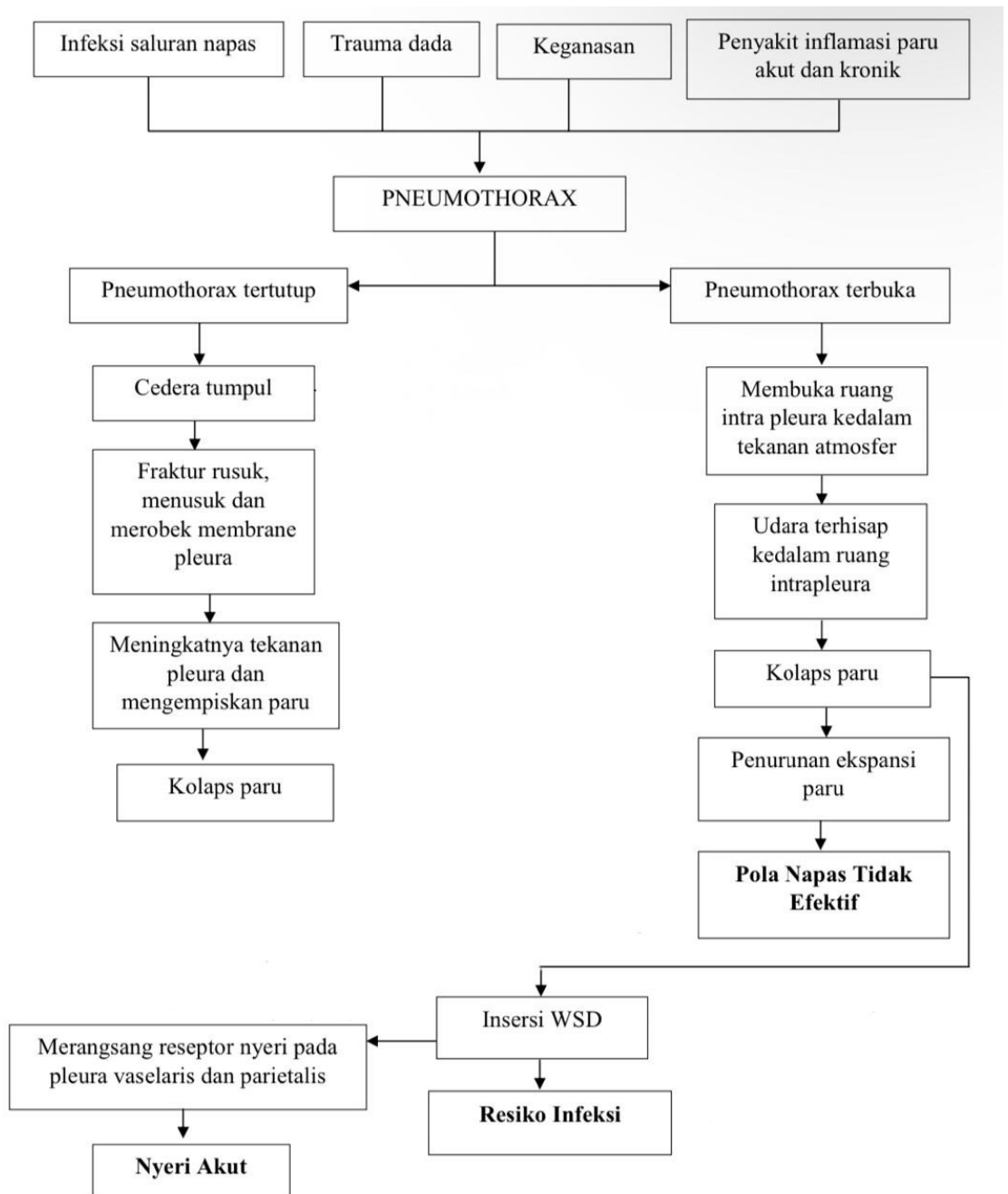
DX	HARI/TANGGAL	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Hari Ke-3 12 Januari 2024	14.30	<p>Memantau pola nafas dan saturasi oksigen nafas (hasil) dan Ajarkan klien menggunakan teknik non farmakologi tidak sesak mengurangi tarajak oksigen sudah diapas, : Saturasi oksigen 96% nyeri tidak berkurang, bunyis = nafas tambahan mengatakan hasil Ratinologi: mematuikan ekspansi tersebut ketika nyeri timbul</p>	<p>36, berajat, WSP02 : 80x45, WSP02 : 97% Klien (Menggunakan Klien mengatakan tampak sudah tidak sesak di nafas pada area dengan inj. 1 pasien Ketorolac/12 jam Q : Klien Masupak tidak sesak nafas, tampak teratasi menggunakan</p>
		08.31		
		14.35		
			<p>Kolaborasi pemberian analgetik Hasil : Inj. 1 amp Ketorolac/12 jam</p>	<p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

			<p>Posisikan pasien pada posisi semifowler</p> <p>Hasil: pasien mengatakan nyaman dengan posisi tersebut, gelisah tampak berkurang, tidak menggunakan otot bantu nafas, tampak tidak sesak nafas</p> <p>Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil: Aff Oksigen, Aff infus, TD : 120 / 90 mmHg, N: 78 x / m, RR: 20 x / m, SB: 36,3 ° Celsius, hasil Radiologi paru-paru yang kolaps menjadi X pansi, Aff selang WSD.</p> <p>A : Masalah keperawatan Radiologi paru-paru yang kolaps menjadi X pansi, Aff selang WSD.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
14.41			<p>otot bantu nafas, tidak terdengar bunyi nafas tambahan, tampak tidak gelisah, Aff kateter, infus dan selang WSD, TD : 120 / 90 mmHg, N: 78 x / m, RR: 20 x / m, SB: 36,3 ° Celsius, hasil Radiologi paru-paru yang kolaps menjadi X pansi, Aff selang WSD.</p> <p>A : Masalah keperawatan Radiologi paru-paru yang kolaps menjadi X pansi, Aff selang WSD.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
2	12 Januari 2024	14.50	<p>Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Hasil: tanda infeksi tidak ada, klien mengatakan skala nyeri yaitu 3, klien tidak ada keluhan</p> <p>14.55</p> <p>Perawatan luka WSD, Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>15.05 WITA</p> <p>S: klien mengatakan skala nyeri 3.</p> <p>O : tanda infeksi tidak ada , luka tampak bersih, klien tampak tidak gelisah dan</p>

		15.00	<p>Hasil: luka tampak meringis, bersih, klien tampak kemerahan area tidak gelisah dan luka tampak meringis, kemerahan berkurang, Klien area luka tampak dan keluarga berkurang.</p> <p>Ajarkan pada keluarga membersihkan cara membersihkan luka</p> <p>Hasil: keluarga tampak mengerti dan banyak bertanya.</p>	<p>A : Masalah keperawatan teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi perawatan luka dilanjutkan di rumah (pasien pulang)</p>
3.	12 Januari 2024	14.53	<p>Identifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri</p> <p>Hasil: Nyeri sudah berkurang, skala nyeri : 3 (0-10) di bagian dada kanan, nyeri hanya saat luka di bersihkan, klien mengatakan nyeri sudah berkurang , klien tampak tenang (tidak meringis).</p> <p>Anjurkan teknik non</p>	<p>15.05</p> <p>WITA</p> <p>S : klien mengatakan nyeri sudah berkurang klien mengatakan akan melakukan teknik tersebut ketika nyeri timbul.</p> <p>O : Nyeri sudah berkurang, skala nyeri : 3 (0-10) di bagian dada</p>

farmakologi untuk kanan, nyeri
 mengurangi nyeri hanya saat luka di
 Hasil : klien bersihkan , klien
 mengatakan akan tampak tenang
 melakukan teknik (tidak meringis),
 tersebut ketika nyeri TTV : TD :
 timbul, TTV : TD : 120/90 mmHg, R
 120/90 mmHg, R : : 20x/m , SB :
 20x/m , SB : 36,3 36,3 derajat, N :
 derajat, N : 78x/m, 78x/m, SPO2 :
 SPO2 : 96% (tanpa 96% (tanpa O2)
 O2) A : Masalah
 Keperawatan
 teratasi
 P : Intervensi
 dihentikan
 (pasien pulang)

3.6 PATHWAY KASUS *PNEUMOTHORAKS*



Gambar 3.6 Pathway Kasus *Pneumothoraks* Tn.RA

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini, penulis akan membahas kesenjangan antara teori atau praktik berbasis bukti dengan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan masalah pneumotoraks. Pembahasan ini akan mencakup seluruh proses keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, intervensi, implementasi, hingga evaluasi. Di akhir bab, penulis juga akan mencantumkan informasi mengenai keterbatasan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada kasus tersebut.

4.1 Analisis dan diskusi hasil

4.1.1. Pengkajian

Pada kasus manajemen penulisan karya ilmiah yang ditemukan di ruangan Irina A Atas, klien menjalani perawatan pasca operasi dengan diagnosis medis pneumotoraks. Bab ini akan menguraikan kesenjangan yang ditemukan antara praktik dan teori dalam tahapan asuhan keperawatan. Berdasarkan kasus Pada kasus klien Tn. RA, 19 tahun, yang dievaluasi pada 9 Januari 2024, ditemukan tanda dan gejala seperti sesak napas dan napas berat mengatakan sesak nafas, ber nafas terasa berat, nyeri dada kanan saat bernafas, susah bernafas, dan data objektif yang didapatkan serta, menggunakan otot bantu nafas, pola nafas cepat dan dangkal. Ini sejalan dengan Jurnal Pramudaningsih (2023) yang mencatat bahwa tanda dan gejala pneumotoraks meliputi sesak napas, dada terasa sempit, gelisah, keringat dingin, dan sianosis. Saat dilakukan Pemeriksaan Auskultasi terdengar suara nafas menghilang di dada kanan, hasil pemeriksaan radiologi foto thoraks kolaps pada paru kanan, serta, R=30x/m ini sejalan dengan laporan Imam Ari Santoso (2020) mengenai kolaps paru pada kasus pneumotoraks yang disebabkan oleh pecahnya lepuh udara (blebs), sering akibat perubahan tekanan udara atau trauma. Faktor risiko lainnya termasuk kebiasaan merokok dan postur tubuh yang tinggi dan kurus (D Mayangsari, 2020).

Pada pengkajian Tn.RA di temukan juga data bahwa klien terpasang selang di dada kanan dengan data objektif adanya luka 1 cm dengan Jahitan mengelilingi selalu WSD, hal ini sama dengan jurnal yang di kemukakan oleh Wulansari (2022) yaitu proses pemasangan WSD dengan melakukan luka terbuka untuk mengeluarkan cairan atau udara sehingga ini sangat beresiko infeksi. Masalah keperawatan yang ketiga adalah nyeri akut yang didukung oleh data subyektif klien mengatakan Terasa

nyeri pada dada kanan yang terpasang selang WSD, skala nyeri 4 yaitu pada luka post op, hal ini seperti yang di dikemukakan oleh Malahayati (2023) mengatakan bahwa Nyeri akut merupakan respons sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan actual atau potensial, dengan onset mendadak dan menyebabkan gangguan fisik, psikologis dan emosional serta berkembang menjadi nyeri kronis seperti halnya yang di rasakan pasien yang dilakukan pemasangan selang WSD mengalami nyeri sedang hingga berat sehingga perlu dilakukan intervensi untuk mengurangi nyeri tersebut.

4.1.2 . Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Tn. RA meliputi pola napas tidak efektif yang terkait dengan penurunan ekspansi paru akibat peningkatan tekanan dalam rongga pleura; pneumotoraks. Hal ini konsisten dengan jurnal Resti (2021), yang juga menempatkan pola napas tidak efektif sebagai diagnosa utama pada kasus pneumotoraks yang dimana data-data pendukung mengarah pada gangguan pernapasan sehingga pola napas tidak efektif menjadi masalah utama yang sangat perlu di atasi. Penelitian Omega Diana (2019) menambahkan risiko infeksi sebagai diagnosa kedua seperti pada kasus Tn.RA karena masalah resiko infeksi sangat beresiko jika tidak di tangani, di tinjau dari masalah keperawatan yang di alami oleh Tn.RA serta di dukung oleh data yang signifikan sehingga resiko infeksi perlu di lakukan penanganan untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka terbuka post-op pemasangan WSD Tn.RA .Beberapa diagnosa lain yang mungkin muncul pada kasus pneumotoraks, seperti gangguan pertukaran gas dan intoleransi aktivitas, tidak di angkat menjadi masalah keperawatan Tn.RA karena tidak ditemukan keluhan yang serius mengenai data pendukung yang mengarah pada masalah keperawatan tersebut .

4.1.3. Intervensi Keperawatan

Pada diagnosa pola napas tidak efektif, intervensi meliputi pemberian oksigen sesuai kebutuhan klien, konsisten dengan penelitian Pamungkas (2020) yang menekankan pentingnya terapi oksigen untuk pasien pneumotoraks. Salah satunya dengan pemberian Posisi semi-Fowler juga dianjurkan untuk membantu mengurangi sesak napas dan memaksimalkan ekspansi paru bersamaan dengan jurnal yang di kemukakan oleh Amalia (2023) yang mengatakan bahwa dengan posisi semi-fowler pasien dengan gangguan pernapasan dapat mengurangi sesak napas serta membantu pasien untuk bernapas dengan nyaman dengan bantuan oksigen . Untuk diagnosa

risiko infeksi, perawatan luka aseptik pada area bekas operasi WSD dilakukan untuk mencegah infeksi, sesuai dengan penelitian Ernita (2024). Pada diagnosa nyeri akut, teknik relaksasi napas dalam digunakan sebagai intervensi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Astuti, 2019). Pemeriksaan penunjang meliputi laboratorium, elektrokardiogram, dan radiologi untuk memantau kondisi pasien. Intervensi tambahan meliputi kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik, meskipun tidak diterapkan pada kasus Tn. RA.

4.1.4 Implementasi

Intervensi pada Tn. RA meliputi pemberian oksigen dengan nasal kanul 3 L/menit dan posisi semi-Fowler, sesuai dengan jurnal Hartatik (2021) dimana pemberian oksigen menggunakan nasal kanul diberikan terhadap pasien yang mengalami sesak nafas akibat pneumothoraks serta posisi semi-Fowler yang membantu klien yang sesak nafas agar sesak nafasnya berkurang. Implementasi lainnya yang dilakukan selain pemberian oksigen dan posisi semi-Fowler yaitu termasuk perawatan luka dan teknik relaksasi napas dalam untuk mengatasi nyeri akut dan risiko infeksi yang diajarkan kepada pasien maupun keluarga agar ketika pasien pulang, keluarga mampu merawat luka untuk menghindari terjadinya infeksi. Evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan dalam bentuk SOAP 1x8 jam selama tiga hari, dan masalah keperawatan pola napas tidak efektif berhasil teratasi pada hari ketiga.

4.1.5 Evaluasi

Menurut jurnal Susanti (2020), pasien pneumotoraks memerlukan perawatan selama yang intensive selama 24 jam. Namun, di temukan pada pada kasus Tn. RA, evaluasi hanya dilakukan setiap 8 jam, dan tidak semua diagnosa keperawatan langsung teratasi oleh karena itu pada hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Pada hari ketiga, masalah pola napas tidak efektif bisa teratasi, sehingga pasien boleh dipulangkan, intervensi lainnya untuk masalah keperawatan risiko infeksi dan nyeri akut juga teratasi melalui perawatan luka dan teknik relaksasi napas dalam yang diajarkan terhadap pasien dan keluarga pasien. Terdapat beberapa kesamaan antara teori dan praktik dalam penanganan kasus pneumotoraks, namun juga terdapat kesenjangan, terutama dalam intervensi kolaboratif seperti pemberian bronkodilator yang tidak diterapkan pada kasus Tn. RA. Evaluasi menunjukkan bahwa pendekatan yang diterapkan berhasil mengatasi masalah utama 1x8 jam dalam waktu tiga hari, memungkinkan pasien untuk dipulangkan.

4.2. Keterbatasan Pelaksanaan

Keterbatasan yang ditemui selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini meliputi keterbatasan waktu, di mana waktu yang tersedia terasa singkat untuk memberikan implementasi keperawatan pada klien. Selain itu, keadaan klien yang mengalami sesak membuat wawancara mendalam menjadi sulit dilakukan. Keterbatasan lainnya adalah keluarga pasien yang tidak kooperatif dan sangat kurangnya kunjungan dari keluarga, sehingga informasi yang diterima tidak dapat diperoleh dengan optimal.

BAB V

PENUTUP

Bab ini berisi kesimpulan dari asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien Tn. P.M dengan Pneumotorax, serta saran-saran yang dapat membantu perbaikan untuk karya ilmiah berikutnya.

5.1 KESIMPULAN

Tn. R.A, 19 tahun, dirawat di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou dengan diagnosis medis pneumotoraks. Asuhan keperawatan yang diberikan meliputi pengkajian atau pengumpulan data, klasifikasi data, dan analisis data untuk menemukan diagnosa atau masalah keperawatan. Selanjutnya dilakukan intervensi atau perencanaan hingga tahap evaluasi. Ditemukan tiga masalah keperawatan pada kasus Tn. RA: pola napas tidak efektif terkait dengan penurunan ekspansi paru akibat peningkatan tekanan dalam rongga pleura, risiko infeksi terkait tindakan invasif sekunder pemasangan selang WSD, dan nyeri akut terkait luka operasi pemasangan selang WSD. Intervensi dilakukan selama 1x8 jam sesuai diagnosa keperawatan, dan semua masalah keperawatan dapat teratasi pada hari ketiga.

Dalam kasus ini, terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Misalnya, untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif, intervensi pemberian bronkodilator atau ekspektoran tidak dilakukan, hanya menggunakan oksigen nasal kanul. Kesenjangan lain ditemukan dalam pathway keperawatan menurut Joyce Richard (2019) yang mencakup enam diagnosa keperawatan: pola napas tidak efektif, risiko infeksi, nyeri akut, gangguan pertukaran gas, risiko penurunan curah jantung, dan intoleransi aktivitas. Sedangkan pada kasus Tn. RA, hanya ditemukan tiga diagnosa: pola napas tidak efektif, risiko infeksi, dan nyeri akut.

5.2 SARAN

5.2.1 Saran untuk Rumah Sakit

Diharapkan dengan adanya Karya Ilmiah Akhir Ners ini, para perawat di ruang Irina A Atas Rumah Sakit Umum Prof.Dr. R.D. Kandou dapat lebih peduli terhadap pasien , terutama dalam memperhatikan kondisi umum dan keluhan yang dirasakan oleh klien.

5.2.2 Saran untuk keperawatan

Diharapkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat memberikan pemahaman kepada klien dengan masalah pneumothorax dan tenaga keperawatan tentang pentingnya menggunakan proses keperawatan yang tepat serta terus memberikan edukasi kesehatan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan klien dan keluarganya serta memberikan hasil perawatan yang optimal bagi klien dengan pneumothorax

5.2.3 Saran untuk institusi pendidikan

Diharapkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat membantu dan menjadi referensi pembelajaran bagi mahasiswa lain yang sedang memperdalam ilmu pengetahuan terkait pneumothorax

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya Heru Siswanto, A. H. S. (2020). *Gambaran Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Awal Tension Pneumothorax di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Karanganyar* (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta).
- Aji, P. T., & Ns, M. K. (2020). Modul Praktikum KMB I.
- AMALIA, E., & SASIH, S. K. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH) POST OPERASI TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE (TURP) HARI KE-0 DENGAN NYERI DAN TINDAKAN RELAKSASI NAFAS DALAM DI RUANG AL-KAUTSAR RUMAH SAKIT ISLAM FATIMAH CILACAP* (Doctoral dissertation, Universitas Al-Irsyad Cilacap).
- Arisdiani, T., & Asyrofi, A. (2019, October). Pengaruh Intervensi Keperawatan Non Farmakologi Aromaterapi Jahe Terhadap Mual Muntah Pasien Post Operasi. In *Prosiding Seminar Nasional Widya Husada*.
- Ayub, A. A. (2024). *Karakteristik Pasien Penyakit Jantung Bawaan Asianotik yang Mengalami Hipertensi Pulmonal di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Juni 2023* (Doctoral dissertation, Universitas Hasanuddin).
- Ayunda, T. (2019). *EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI*.
- Azmi, A. U. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. C DENGAN POST LAPARATOMI INDIKASI ILEUS OBRUKTIF HARI KE-3 DI BAITUSSALAM I RSI SULTAN AGUNG SEMARANG* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung Semarang).
- Cartin-Ceba, R., Jokerst, C. E., Jensen, E. A., Cummings, K. W., & Gotway, M. B. (2019). A Rare Cause of Spontaneous Pneumothorax. *Clinical Pulmonary Medicine*, 26(4), 130-134.
- Dharma, K. K., Mallongi, A., Palutturi, S., Sajidah, A., Utami, N. K., Rizani, K., ... & Rasyid, M. (2023). The Mediating Role of Perceived Value on the Relationship between Quality Assurance and Student Satisfaction in Nursing Education. *Pharmacognosy Journal*, 15(6).
- Fajriyah, N., & Dermawan, D. (2022). Penatalaksanaan Manajemen Nyeri: Relaksasi Otogenik dan Pemberian Perasan Air Kunyit dengan Masalah Keperawatan Nyeri pada Pasien Gastritis di Desa Nguter. *Jurnal Indonesia Sehat*, 1(02), 82-92.

- Gupta, S., Cho, K., Papagiannis, J., Tisma-Dupanovic, S., & Borsa, J. (2020). A novel technique for extraction of a leadless pacemaker that embolized to the pulmonary artery in a young patient: A case report. *HeartRhythm Case Reports*, 6(10), 724-728.
- Hapsari, T. R., Waluyo, A., & Aryani, D. F. (2024). Efektivitas Relaxation Technique dalam Menurunkan Kecemasan pada Pasien Heart Disease. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 6(1), 1049-1057.
- Hutagalung, D. N. (2019). Tahapan Perencanaan Asuhan Keperawatan.
- Irayanti, W., Wijianto, W., Utami, M. N., & Hidayati, R. N. R. (2021). EXERCISE THERAPY PROGRAM IN SECONDARY SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX ASSOCIATED WITH PULMONARY TUBERCULOSIS: A CASE REPORT. In *Academic Physiotherapy Conference Proceeding*.
- Islamayshaka, M. R., Budi, A. W. S., & Nurfaizah, N. (2024). Pemberian Posisi Semi Fowler terhadap Perubahan Saturasi Oksigen pada Pasien PPOK: Studi Kasus. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(6), 2453-2462.
- Jundiah, R. S., Ulum, M. A. B., & Rifa'i, S. I. (2023). Hubungan Faktor Individu dengan Kejadian Computer Vision Syndrome pada Mahasiswa Sarjana Keperawatan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(2), 783-794.
- Khodijah, S., Syari, W., & Raharyanti, F. (2022). Analisis Implementasi penemuan dan tatalaksana pneumonia pada program infeksi saluran pernapasan akut di puskesmas ciampea tahun 2020. *Promotor*, 5(1), 75-93.
- Kurniati, D. (2019). Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.
- Milasari, N. M. D. H., & Triana, K. Y. (2021). PENGARUH PEMBERIAN POSISI SEMIFOWLER DAN TEKNIK PURSED LIPS BREATHING TERHADAP SATURASI OKSIGEN PADA PASIEN PPOK DI RUANG HCU RSD MANGUSADA: The Effect of Semi Fowler Positioning and Pursed Lips Breathing Technique on Oxygen Saturation of Patients with COPD in HCU Ward Mangusada Hospital Badung Regency. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 7(1), 107-116.
- Muhsinin, S. Z., Musniati, M., Zulfa, E., & Yanti, N. W. M. (2022). Perbedaan Efektifitas Posisi Fowler Dengan Posisi Semifowler Untuk Mengurangi Sesak Nafas. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Farmasi*, 10(2), 47-50.
- PPNI, T. P. S. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). *Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Cetakan II edisi, 1*.

- Pramudaningsih, I. N., Cahyanti, L., Yuliana, A. R., Khamdannah, E. N., & Fitriana, A. A. (2023). Pencegahan Penularan TBC Melalui Implementasi Cekoran Bu Titik (Cegah Resiko Penularan Melalui Batuk Efektif dan Etika Batuk) Pada Remaja di SMAN 2 Kudus. *Jurnal Pengabdian Kesehatan*, 6(1), 77-87.
- PURNAMA, O. J. (2022). *PERAWATAN WSD DAN POSISI SEMIFOWLER PADA PASIEN PNEUMOTHORAX DENGAN TUBERCULOSIS UNTUK MENINGKATKAN FREKUENSI NAFAS DAN SATURASI OKSIGEN DI BANGSAL RAUDHAH RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta).
- RAHMADANI, F. Y. Asuhan Keperawatan Pasien Tuberkulosis Paru Pada Tn. M dan Tn. L Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019.
- Rani Permatasari, R. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y (P₂ A₀) 30 MENIT POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DI RUANG DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS* (Doctoral dissertation, STIKes Karsa Husada Garut).
- Ransun, D. (2024). BAB 7 Konsep Empiema: Definisi, Patofisiologi, Penatalaksanaan dan terapi diet. *BUNGA RAMPAI PENYAKIT SISTEM PERNAPASAN DAN DIIT*, 73.
- Rahmatiana¹, F., Clara, H., & No, J. T. M. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A Dengan Congestive Heart Failure.
- Riendra, M., Lipoeto, N. I., Rita, R. S., & Basyar, M. (2024). Peran Epigallocatechin-3-gallate (EGCG) dalam Menghambat Perkembangan Fibrosis Pleura, Ekspresi SCUBE3, dan Transforming Growth Factor- β (TGF- β) pada Pasien Empiema: sebuah tinjauan pustaka. *Intisari Sains Medis*, 15(1), 495-500.
- RIYADI, F. A. EVALUASI PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN PNEUMONIA DEWASA DI INSTALASI RAWAT INAP RSI SITI KHADIJAH PALEMBANG TAHUN 2021.
- Rohmah, M., Haniawati, E., Santi, E. N., Nupus, S. H., Kholifah, N., Aini, F., ... & Aprilia, T. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN DIAGNOSA PNEUMOTHORAX DEXTRA SPONTAN ON WSD EC TB PARU ON OAT DI RUANG ULIN 1 RSUD KOTA TANGERANG. *Medic Nutricia: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(4), 51-60.
- Rosidah, R., & Sajidin, M. (2023). *Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Hipertensi Dengan Defisit Pegetahuan Melalui Penerapan Edukasi Self-Care Management* (Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Bina Sehat PPNI).

- Rosyta Amalia, Nur Rahmawati, dan Ika Silvitasari (2023) di RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.
- Setiadi, D. K., & Hudaya, A. P. (2021). Pelatihan Kader Posyandu Untuk Pencegahan Stunting pada Balita di Desa Cibeureum Kulon Kecamatan Cimalaka Kabupaten Sumedang. *ANDASIH Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat*, 2(1), 7-14.
- Sinulingga, S. B. (2019). Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan.
- Suanda, I. K. (2019). Pseudoangina ludovici dengan komplikasi mediastinitis akut dan perikarditis bakterial. *ENT UPDATE*, 245.
- TRISTANTI, K. K. (2022). *LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR GAMBARAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I) DI JAWA TIMUR TAHUN 2022* (Doctoral dissertation, UNIVERSITAS AIRLANGGA).
- Tilman, R. J. D. J. A., Fouk, M. F. W., & Rohi, E. D. R. (2019). Kinerja Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Ruang UGD Rumah Sakit Nasional Guido Valadares Dili, Timor-Leste. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 1(01), 28-40.
- Yogi, P., Andrika, I. P., Sajinadiyasa, I. G. K., & Bagiada, I. M. (2021). Diagnosis dan penatalaksanaan tuberkulosis sistem saraf pusat. *Intisari Sains Medis*, 12(3), 912-916.

Lampiran 1. Asuhan Keperawatan Kasus Pneumothoraks Tn.RA

KLASIFIKASI DATA

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan sesak nafas, bernafas terasa berat, sesak seluruh 	<ul style="list-style-type: none"> • klien tampak sesak nafas, kardiopulmoner, nyeri dada kanan saat bernafas
<ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan terpasang selang di dada kanan 	<ul style="list-style-type: none"> • klien tampak gelisah • penggunaan obat bantu pernapasan • Auskultasi : Suara nafas menghiang di dada kanan
<ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan nyamuk pada tube operasi 	<ul style="list-style-type: none"> • pola nafas cepat dan dangkal • Adanya luka 1 cm dengan jahitan mengkilap selang WSD • terpasang selang WSD PC A-S dihubungkan dengan selang • Radiologi : Foto thorax bolaps pada paru kanan • TV : TD = 120/80 mmHg N = 94 x/m R = 30 x/m SB = 36,2 °C • klien tampak menipis • P = nyamuk bergerak T = selang timbal Q = Conat - Conut R = Dada kanan S = 6 (0-10)

ANALISA DATA

Data Fokus	Etiologi	Problema
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan Sesak nafas bernafas terasa berat, sulit untuk melakukan pernapasan dan nyeri dada kanan saat bernafas 	<p>Pneumothorax</p> <p>↓</p> <p>udara masuk ke dlm kavum pleura</p> <p>↓</p> <p>Meningkatkan tekanan intra pleura</p> <p>↓</p> <p>Kemampuan Sirkulasi Alveoli menurun</p>	<p>polo nafas tidak efektif.</p>
<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak Sesak nafas, kengisat dada, nyeri dada kanan saat bernafas • klien tampak gelisah • Peningkatan otot bantu nafas • pola nafas cepat & dangkal • Auskultasi: suara nafas menghiang & tidak beres • Radiologi: Foto thorax (kolaps pada paru kanan) • TTV : TD = 120/80 mmHg, N = 94/menit, R = 30/menit, SB = 36,2°C 	<p>Atelaktasis</p> <p>↓</p> <p>Sesak nafas</p> <p>↓</p> <p>polo nafas tidak efektif</p>	
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan terpasang selang di dada kanan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya luka 1 cm dengan jahitan mengotifasi selang WSD • Pemasangan selang WSD di RL A-5 dihubungkan dengan selang penyambung ke botol WSD 	<p>Pneumothoraks</p> <p>↓</p> <p>Tindakan kurative sekunder</p> <p>↓</p> <p>Pemasangan Selang WSD</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Posteo lufektu</p>	<p>Resiko lufektu</p>

AVALISA DATA

Data fokus	Etiologi	Problem
DS : klien mengatakan Nyeri dada luka operasi	pneumothorax ↓ tanda-tanda kurangnya sekunder ↓ penurunan Selang WSD ↓ Dikontinuasi Jantung ↓ luka post op ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut.
DO : - Uterus terpal Meningis - P = Nyeri sakit beres A = Ceras - Cerah R = 05 dada kanan S = 6 (0-10) T = Jantung terpal - TTV = TD = 104/60 mmHg M = 54 x/m P = 50 x/m SB = 36,2°C SPO ₂ = 98%		

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Prioritas	Diagnosa Keperawatan	Tanggal & Waktu	Tanggal tuntas
1)	<p>paru kanan tidak efektif b/d penurunan ekspansi paru sekunder terhadap penyebaran tekanan & dalam rongga pleura; pneumotorak, atelektasis</p> <p>DS : • klien mengatakan sesak nafas, bergetar & bunyi wheezing nyeri dada kanan saat bernafas, batuk berdarah</p> <p>DO : • Klien tampak sesak nafas, bergetar & bunyi wheezing nyeri dada kanan saat bernafas • Klien tampak gelisah • Penggunaan otot bantu nafas • paru kanan Copal & dangkal • Auskultasi : suara nafas menghiang tidak ada • Radiologi : foto thorax kilap pada dekster kanan • TV : TD = 120/80 mmHg, N = 94 x/m R = 30 x/m, SB = 36, 20°</p>	9/01-2024	12-01-2024
2)	<p>Risiko infeksi b/d tindakan invasif sekunder pemasangan selang WSD, dibandui dengan DS ; klien mengatakan pemasangan selang di dada kanan</p> <p>DO : - adanya luka 1cm dengan jahitan mengelilingi selang WSD - pemasangan selang WSD di IC 4/5 di hubungkan dengan selang penyambung ke botol WSD</p>	09-01-2024	ditinjau & ulang Int-Perawatan nke



DIAGNOSA KEPERAWATAN

Prioritas	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Diteamben	Tanggal Resolusi
3	<p>Nyeri Akut b.d luka post op. Penunjang Selang WSD, & Padei dgn :</p> <p>DS : - klien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>DO : - klien tampak menangis</p> <p>- P = Nyeri saat bergerak A = Conat-Conul R = & didek benci S = 6 (0-10) T = Pileng timbul</p> <p>- TVV = TD = 120/80 mmHg N = 54 x/m R = 20 x/m SB = 36,2°C S/O₂ = 98%</p>	9-01-24	12-01-2024

No.	Diagnosa Keperawatan	Sintoma & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Pencapaian Keperawatan		TT	
				Jam	Implementasi		
1	<p>polo napas tidak efektif N/A</p> <p>Perumusan diagnosis pada skenario terdapat penyulutan karena di dalam rangka pleura; pneumothorax. Akibat dengan:</p> <p>DS: klien mengatakan sesak napas, beresap karena batuk, sesak utk melakukan pernapasan dan nyeri dada saat beresap.</p> <p>DO: - klien tampak sesak napas, keningat dengan tangan dada kanan saat beresap - klien tampak gelisah - pernapasan oral tidak efektif - plele napas cepat dan dangkal - Auskultasi: bunyi napas menurun di dada kanan - Radiologi: Foto Toraks bilapada paru kanan</p> <p>TTV: TP: 110/70 mmHg N: 94x/m R: 20x/m S: 36,2°C</p>	<p>Sakit Akut dan terdapat Keperawatan 5-24 jam</p> <p>polo napas tidak efektif dengan bunyinya kecil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake sesak napas - berkeringat, melen, tidak nyenyak saat tidur - tidak tampak sesak napas - beresap karena batuk, sesak - tidak beresap oral - TTV dalam batas normal - Auskultasi: vesikuler di atas - Radiologi: paru yang tidak ada opacity 	<p>1.0101</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, warna mukosa), saturasi oksigen 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor SpO2 (jambu, warna, oral) Temporali: 4. Pertahankan kepalaun dalam posisi dengan head-Tilt dan chin-LIFT 5. Posisi Semi-Fowler dan Fowler 45° dengan 90° 6. berikan minuman hangat 7. berikan oksigen jika perlu 8. Monitor intenal pernapasan-respirasi 9. Monitor vital sign 10. Mendokumentasikan hasil perawatan 11. Mendokumentasikan: perburian bronchodilator, ekspetoran, mukolitik jika perlu 	<p>08.05</p> <p>Monitor pola napas dan saturasi oksigen</p> <p>Hasil: - klien mengatakan merasa sesak napas - RR = 26 x/m - SpO2 = 98%</p> <p>08.06</p> <p>Monitor bunyi napas tambahan dan SpO2</p> <p>Hasil: - beresap bunyi napas rales - tidak ada edema - tidak ada sputum</p> <p>08.10</p> <p>Monitor vital sign dan pola napas</p> <p>Hasil: - klien tampak lebih mudah beresap / tidak ada hambatan</p> <p>08.12</p> <p>berikan posisi semi-fowler atau fowler dan minuman hangat</p> <p>Hasil: - paru tampak gelisah berkurang - paru kanan masih sesak napas</p> <p>08.24</p> <p>Monitor intenal pernapasan-respirasi</p> <p>Hasil: - pernapasan Alveolar setiap 8 jam - paru kanan sesak s/l/mant. hasil found</p>	<p>08.03</p> <p>Monitor pola napas dan saturasi oksigen</p> <p>Hasil: - klien mengatakan merasa sesak napas - RR = 26 x/m - SpO2 = 98%</p> <p>08.06</p> <p>Monitor bunyi napas tambahan dan SpO2</p> <p>Hasil: - beresap bunyi napas rales - tidak ada edema - tidak ada sputum</p> <p>08.10</p> <p>Monitor vital sign dan pola napas</p> <p>Hasil: - klien tampak lebih mudah beresap / tidak ada hambatan</p> <p>08.12</p> <p>berikan posisi semi-fowler atau fowler dan minuman hangat</p> <p>Hasil: - paru tampak gelisah berkurang - paru kanan masih sesak napas</p> <p>08.24</p> <p>Monitor intenal pernapasan-respirasi</p> <p>Hasil: - pernapasan Alveolar setiap 8 jam - paru kanan sesak s/l/mant. hasil found</p>	<p>08.03</p> <p>Monitor pola napas dan saturasi oksigen</p> <p>Hasil: - klien mengatakan merasa sesak napas - RR = 26 x/m - SpO2 = 98%</p> <p>08.06</p> <p>Monitor bunyi napas tambahan dan SpO2</p> <p>Hasil: - beresap bunyi napas rales - tidak ada edema - tidak ada sputum</p> <p>08.10</p> <p>Monitor vital sign dan pola napas</p> <p>Hasil: - klien tampak lebih mudah beresap / tidak ada hambatan</p> <p>08.12</p> <p>berikan posisi semi-fowler atau fowler dan minuman hangat</p> <p>Hasil: - paru tampak gelisah berkurang - paru kanan masih sesak napas</p> <p>08.24</p> <p>Monitor intenal pernapasan-respirasi</p> <p>Hasil: - pernapasan Alveolar setiap 8 jam - paru kanan sesak s/l/mant. hasil found</p>	<p>08.03</p> <p>Monitor pola napas dan saturasi oksigen</p> <p>Hasil: - klien mengatakan merasa sesak napas - RR = 26 x/m - SpO2 = 98%</p> <p>08.06</p> <p>Monitor bunyi napas tambahan dan SpO2</p> <p>Hasil: - beresap bunyi napas rales - tidak ada edema - tidak ada sputum</p> <p>08.10</p> <p>Monitor vital sign dan pola napas</p> <p>Hasil: - klien tampak lebih mudah beresap / tidak ada hambatan</p> <p>08.12</p> <p>berikan posisi semi-fowler atau fowler dan minuman hangat</p> <p>Hasil: - paru tampak gelisah berkurang - paru kanan masih sesak napas</p> <p>08.24</p> <p>Monitor intenal pernapasan-respirasi</p> <p>Hasil: - pernapasan Alveolar setiap 8 jam - paru kanan sesak s/l/mant. hasil found</p>

CS Dipindai dengan CamScanner

Catatan Perkembangan

Diagnosa	Hari/ Tanggal (jam)	Implementasi	Evaluasi	TT
①	11/01/2023	Monitor pda napas dan saturasi oksigen	08-11	
	08-00	Hasil : - klien mengatakan sudah tidak terlalu sesak napas karena sudah oksigen - SPO ₂ = 97% (pake oksigen) - klien tampak bernapas teratur - tidak ada ^{ruang} napas tambahan	S = klien mengatakan sudah tidak terlalu sesak napas (pake oksigen) O = - klien tampak bernapas teratur	
	08-07	Berikan posisi Semi-fowler / Fowler Hasil : - klien tampak nyaman dgn posisi Semi-fowler	(-) ^{ruang} napas / ^{ruang} napas - klien tampak nyaman dgn posisi semi fowler	
	08-11	Mendokumentasikan hasil pemantauan Hasil : - ITV TD = 128/80 mmHg N = 80 x/m ML = 21 x/m SB = 36°C - klien tampak sesak napas berkurang - terpasang NaCl 0,9% 20 tpu - Nasal kanul, 3 Lt/menit - Monitor hasil radiologi - terpasang Selang WSD & Dada kanan - klien tampak gelisah berkurang	- klien tampak sesak napas berkurang - terpasang IV NaCl 20 tpu - Nasal kanul, 3 Lt/menit - terpasang Selang WSD & dada kanan - klien tampak gelisah berkurang - Mengurangi hasil radiologi A = Masalah kopresensi belum teratasi P = Lanjutkan intervensi	

Catatan Perkembangan

Diagnosa	Hari/tgl Jam	Implementasi	Evaluasi	IT
1	12/01-24 Jummat 04-30	Monitor pola nafas dan saturasi oksigen HARI : - klien mengatakan sudah tidak sesak nafas - Gelas oksigen, SPO ₂ = 96% - (-) bunyi nafas tambahan - Hasil Radiologi : paru * Ekspansi	17-45 S = klien mengatakan sudah tidak sesak nafas = klien mengatakan nyaman O ₂ positif semi-fowler	
	14-35	posisi pasien pada posisi semi Fowler HARI : - pasien mengatakan nyaman dengan posisi tersebut - klien tampak gelisah beres-beres - klien tampak tidak menggerakkan otot bantu nafas - klien tidak tampak sesak nafas	O = - klien tampak tidak sesak nafas - klien tampak tidak menggerakkan otot bantu nafas - (-) bunyi nafas tambahan - klien tampak tidak gelisah - Aff: lupus, kateter urine, selang WSD	
	14-41	Mendokumentasikan hasil pemantauan HARI : - Aff oksigen - Aff lupus - TTV : 90 = 120/90 mmHg N = 78 x/m K = 20 x/m SB = 36,3°C - Hasil radiologi : Paru-paru yg kolaps sudah ekspansi - Aff Selang WSD	- TTV = T1 = 120/90 mmHg N = 78 x/m K = 20 x/m SB = 36,3°C SPO ₂ = 96% - Hasil Radiologi : Paru-paru yg kolaps sudah ekspansi A = Masalah lae parasetamol teratasi P = Interaksi Rheumatoid (patena pulcus).	

Catatan Perkembangan

Minggu	Hari/tgl Jam	Implementasi	Evaluasi	TT
2	1/01-24 08.20	Monitor tanda dan gejala infeksi. Hxnt: P = nyeri pada saat bangun Q = lemas-lemas R = dada kanan S = 4 (0-10) T = tidak tidur - bila mengetahui masalah nyeri di bagian dada kanan ITV - TD = 128/90, N = 80 x/l R = 21 x/l, SB = 36°C - bila tempat kasahatir saat disentuh bagian lute	08.41 S = bila mengetahui nyeri nyeri di bagian dada kanan D = bila tempat kasahatir saat disentuh bagian lute saat disentuh bagian lute - lute tempat bernik - lute WSD ± 2cm - (-) tanda-tanda infeksi - P = nyeri pada saat bangun Q = lemas-lemas R = dada kanan S = 4 (0-10) T = tidak tidur - ITV TD = 128/90, N = 80 x/l R = 21 x/l, SB = 36°C - pemb. lute. kanan 2x1	Afes Asya
	08.29	Cuci tangan dan mencuci papirasi lute WSD Hxnt: - lute tempat bernik - lute bebas WSD ± 2cm - (-) tanda-tanda infeksi	R = dada kanan S = 4 (0-10) T = tidak tidur - ITV TD = 128/90, N = 80 x/l R = 21 x/l, SB = 36°C - pemb. lute. kanan 2x1	
	08.35	koleborn dengan tindakan medik Hxnt: pemberian lute. kanan 2x1 5 gr + polent NS 5ml/lv	5 gr + polent NS 5ml/lv A = Masalah keperawatan belum teratasi P = lanjutkan intervensi	

Catatan Perkembangan				
	Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi	TT
Diagnosa	Jatu			
2	2/01-24	Monitor tanda dan gejala infeksi	15.05	
	14.50	H :- (-) tanda + infeksi - klien mengatakan skala nyeri yaitu 3 (0-10) - klien tidak ada keluhan	S = klien mengatakan skala nyeri = 3 (0-10) O = (-) tanda & gejala infeksi	
	14.55	perawatan luka WSD, luka banyu sebelum & sesudah tindakan H :- Luka tampak bersih - tampak klien tidak gelisah dan menangis - kemerahan area luka tampak berkurang	- klien tidak ada keluhan - luka tampak bersih - klien tidak tampak gelisah dan menangis - kemerahan area luka tampak berkurang - keluhan tampak berkurang	
	15.00	Ajarkan pada keluarga cara membersihkan luka H :- keluarga tampak mengerti dan banyak bertanya.	A = Masalah keperawatan teratasi sebagian P = intervensi perawatan luka dapat dilakukan dengan (pasien pulsat)	

Catatan perkembangan

Diagnosa	Hari/tgl Jum	Implementasi	Evaluasi	TR
S	10/01-24	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DR.37	
	08-15	Skala nyeri : Identifikasi Nyeri non-Verbal Kaki : P = Nyeri saat bergerak D = Cepuk-Cepuk S = 4 (0-10) R = di dada kanan T = kileng timbul - bisa mengatahui Maki Nyeri di dada kanan - bisa diupak Marings Sikat asetik pada area luka	S :- bisa mengatahui Maki nyeri di dada kanan - bisa mengatahui sudah melakahi teknik napas dan katek nyeri Maki - bisa mengatahui nyeri mulai berkurang	Jaya W.
	08-25	Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam bawha nyeri timbul Kaki : - bisa mengatahui sudah Melakahi tehnik tersebut katek nyeri - bisa mengatahui nyeri mulai berkurang - Skala nyeri = 3 (0-10)	D = P = Nyeri saat bergerak D = Cepuk-Cepuk R = di dada kanan S = 4 (0-10) T = kileng timbul - bisa diupak marings Sikat asetik pd area luka - Skala nyeri = 3 (0-10)	
	08-31	Kelaborasi pemberian Analgetik Kaki : inj. kotrolak 1 amp/12 jam TR : TD = 108/52 mmHg N = 80 x/h R = 21 x/h Sb = 36°C SpO2 = 97%	- inj. kotrolak 1 amp - TR = TD = 108/52 mmHg N = 80 x/h R = 21 x/h SB = 36°C SpO2 = 97%	A = Masalah Kapasitas Return tawar P = Intervensi dilakjutkan

Catatan Perkembangan

Diagnosa	Hari/tgl dan	Implementasi	Evaluasi
3	12/01-2024	Mengidentifikasi: lokasi, karakteristik, Durasi, Frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri, nyeri non-verbal taksi: Nyeri sudah berkurang. Skala nyeri 3 abaxax dada kanan, nyeri hape Sact lula & beritika.	15.05 S = - lha mengatika nyeri sudah berkurang - lha mengatika akan melakukan teknik relaksasi hape dlm ketia nyeri
	14-53	- lha mengatika nyeri sudah berkurang - lha bangun tenang, tidak merasa Merangs	0 = - Nyeri sudah berkurang - S = 3 (0-10) - Nyeri Sact O-sentul area lula - lha bangun tenang; tidak hange - TD = 120/80 mmHg N = 70x6 R = 20x6 SH = 36.3°C SPO ₂ = 96%
	14-57	Mengajarkan teknik relaksasi hape dlm ketia nyeri taksi: - lha mengatika akan melakukan ketia merasa nyeri TD: TD = 120/80 mmHg N = 70x6 R = 20x6 SH = 36.3°C SPO ₂ = 96%	- lha mengatika akan melakukan ketia merasa nyeri - lha bangun tenang; tidak hange - TD = 120/80 mmHg N = 70x6 R = 20x6 SH = 36.3°C SPO ₂ = 96% A: Masal koporata RADA P: Intervensi shantla (Paten Mas)

Pola Napas Tidak Efektif

D.0005

Kategori: Fisiologis
Subkategori: Respirasi

Definisi

Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab

1. Depresi pusat pernapasan
2. Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
3. Deformitas dinding dada
4. Deformitas tulang dada
5. Gangguan neuromuskular
6. Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang)
7. Imaturitas neurologis
8. Penurunan energi
9. Obesitas
10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
11. Sindrom hipoventilasi
12. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)
13. Cedera pada medula spinalis
14. Efek agen farmakologis
15. Kecemasan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Dispnea

Objektif

1. Penggunaan otot bantu pernapasan
2. Fase ekspirasi memanjang
3. Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, *kussmaul*, *cheyne-stokes*)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Ortopnea

Objektif

1. Pernapasan *pursed-lip*
2. Pernapasan cuping hidung
3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
4. Ventilasi semenit menurun
5. Kapasitas vital menurun
6. Tekanan ekspirasi menurun
7. Tekanan inspirasi menurun
8. Ekskursi dada berubah

Risiko Infeksi

0142

Kategori: Lingkungan

Subkategori: Keamanan dan Proteksi

Definisi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Risiko

1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
2. Efek prosedur invasif
3. Malnutrisi
4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
 - 1) Gangguan peristaltik
 - 2) Kerusakan integritas kulit
 - 3) Perubahan sekresi pH
 - 4) Penurunan kerja siliaris
 - 5) Ketuban pecah lama
 - 6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - 7) Merokok
 - 8) Statis cairan tubuh
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
 - 1) Penurunan hemoglobin
 - 2) Imunosupresi
 - 3) Leukopenia
 - 4) Supresi respon inflamasi
 - 5) Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi Klinis Terkait

1. AIDS
2. Luka bakar
3. Penyakit paru obstruktif kronis
4. Diabetes melitus
5. Tindakan invasif
6. Kondisi penggunaan terapi steroid
7. Penyalahgunaan obat
8. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)
9. Kanker
10. Gagal ginjal
11. Imunosupresi
12. *Lymphedema*
13. Leukositopenia
14. Gangguan fungsi hati

Nyeri Akut

D.0077

Kategori: Psikologis

Subkategori: Nyeri dan Kenyamanan

Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh nyeri*

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

Kondisi Klinis Terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom koroner akut
5. Glaukoma

Keterangan

- *) Pengkajian nyeri dapat menggunakan instrumen skala nyeri, seperti:
- *FLACC Behavioral Pain Scale* untuk usia kurang dari 3 tahun
 - *Baker-Wong-FACES scale* untuk usia 3 – 7 tahun